

**UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE
MOGROVEJO**



**Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y
Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA del Hospital
Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE:
MÉDICO CIRUJANO**

Autores:

Bach. Rivas Muro, Jorge Mauricio

Bach. Cavero Ramírez, Rosa Mercedes

Chiclayo, 13 de Febrero 2013

**Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de
Vida de Pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Regional Docente Las
Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011**

POR:

Bachiller en Medicina:

Cavero Ramirez, Rosa Mercedes

Presentada a la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de
Mogrovejo, para optar el título profesional de:

MÉDICO CIRUJANO

APROBADO POR:

Dr. Domingo Chang Dávila

Presidente de Jurado

Blgo. José Llontop Nuñez

Secretario de Jurado

Dr. Franco Ernesto León Jimenez

Vocal/Asesor de Jurado

CHICLAYO, Febrero de 2013

AGRADECIMIENTO

A Dios Padre creador de todas las cosas bellas que hay en el mundo, porque a pesar de todos los obstáculos, siempre nos guió en cada paso de nuestras vidas, llenándonos de fuerza y valentía para seguir adelante y poder cumplir nuestras metas.

A nuestros asesores por su apoyo incondicional, guiando nuestros pasos durante la investigación.

A nuestros padres y familiares, quienes en los momentos más difíciles con su apoyo, nos ayudan a disipar los problemas manteniendo la firme esperanza de culminar y lograr alcanzar todas las metas propuestas.

DEDICATORIA

*A ti Dios por iluminarme, darme la fuerza necesaria,
además de tu infinita bondad y amor
para lograr mis metas y proyectos*

*A mis padres Tania y Jorge, por ser mis guías y un digno
ejemplo de optimismo y trabajo, por formarme con buenos sentimientos,
hábitos y valores, por brindarme su apoyo incondicional durante toda la vida*

*A m querida hermanita Tania por estar siempre a mi lado.
apoyándome en todo momento con su amistad e ilusión que motiva
a alcanzar nuevas metas y llenan de esperanza mi vida.*

J. Mauricio Rivas Muro

*A ti Dios por bendecirme y permitirme lograr
todas mis metas y anhelados sueños.*

*A mis padres José y Margot, por ser mi inspiración y guía,
por su apoyo y comprensión que permitieron
realizarme como profesional; a ellos mi eterna gratitud*

*A Maritza Ramírez Heredia, quien con su oración
constante me acompañó en cada uno de mis logros y con sus consejos me motivó a
alcanzar nuevas metas.*

Rosa Cavero Ramírez

INDICE

	Pag.
Hoja de aprobación	
Agradecimiento	
Dedicatoria	
Resumen y Abstract	
I. INTRODUCCIÓN	08
II. MARCO TEÓRICO CONCEPTUAL	09
1. Antecedentes del Problema	09
2. Bases Teórico – Científicas	11
III. MATERIALES Y MÉTODOS	15
1. Criterios de inclusión	15
2. Criterios de exclusión	15
3. Instrumento de recolección de datos	15
4. Análisis estadísticos	16
5. Aspectos éticos	17
6. Operacionalización de Variables	18
IV. RESULTADOS	20
V. DISCUSIÓN	23
VI. CONCLUSIONES	28
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	29
VII. ANEXOS.....	36
1. Instrumentos de recolección de datos.....	36
2. Consentimiento informado.....	44

Resumen:

Objetivo: Determinar la relación entre adherencia al TARGA y Calidad de Vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) . **Material y Métodos:** Estudio transversal descriptivo, muestreo probabilístico consecutivo; muestra de 80 pacientes, obtenida mediante Epidat versión 3.1, con nivel de confianza de 95% , precisión de 5% y prevalencia esperada de 50%. Se usaron los instrumentos: Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) y el Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT- VIH). Se calcularon razones de prevalencia, intervalos de confianza y valores p. Se usó la prueba estadística de Chi²; se utilizó SPSS versión 15. Se firmó un consentimiento informado. **Resultados:** Se encontró una tasa de rechazo de 3,75%. La media de edad fue de 34 +/-10,6 años; 50 (63%) fueron varones y 30 (37%) mujeres; el 13 (16%) tuvieron estudios superiores, 36 (45%) secundaria completa y 30 (38%) sólo primaria. La adherencia al TARGA fue estricta en 30 % e insuficiente en 25 %; la calidad de vida predominantemente fue buena, en la dimensión física y mental, 80% y 77,5 % respectivamente; la dimensión más afectada fue la del dolor; se halló asociación entre Calidad de Vida física y mental y Adherencia al TARGA: p: 0,03 y 0,04, respectivamente con IC 95% . **Conclusiones:** Existe relación, entre adherencia al TARGA y calidad de vida en los pacientes del HRDLM, predominando el grado de adherencia adecuado, y buena calidad de vida, tanto en su dimensión mental como física.

Palabras clave:Terapia antirretroviral de gran actividad,Calidad de Vida, VIH (Mesh)

Abstract:

Objective: To determine the relationship between HAART adherence and quality of life in HIV / AIDS patients at the Hospital Regional Las Mercedes (HRDLM) of Chiclayo - Peru 2011. Material and Methods: Cross sectional descriptive study, consecutive probabilistic sampling. The sample consisted of 80 patients, obtained by Epidat version 3.1, with a confidence level of 95% and a precision of 5%. The instruments used for data collection were: Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) and the questionnaire of Assessment of adherence to antiretroviral therapy (CEAT-HIV). prevalence ratio, confidence intervals and p values were calculated. Data were processed with SPSS version 15. Chi2 test was used. The participants signed an informed consent. Results: Rejection rate was 3.75%. The mean age was 34 +/- 10.6 years, 50 (63%) were male and 30 (37%) female; 13 (16%) had higher education, 36 (45%) only secondary and 30 (38%) complete primary. Strict adherence to HAART was 30% and inadequate in 25%. Prevalent level of quality of life was good, both in the physical and mental health: 80% and 77.5%, respectively. The most affected dimension of the MOS-HIV was pain. Association was found between quality of life (mental and physical dimensions) and Adherence to HAART: $p = 0.03$ and 0.04 . Conclusions: Frequency of strict adherence to HAART was only 30%, the quality of life in these patients was good, both in its physical and mental dimensions. There is an association between adherence to HAART and quality of life. .

Keywords: Antiretroviral Therapy Highly Active, Quality of Life, HIV (Mesh)

I. INTRODUCCIÓN:

Actualmente, viven en el mundo 39,5 millones de personas infectadas con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ⁽¹⁾. En el Perú, se han reportado 39,890 casos de VIH y 25,636 casos de SIDA, de los cuales el 1,95% (729 pacientes) pertenecen al departamento de Lambayeque ⁽²⁾. La evolución de la enfermedad debido a que se relaciona con mortalidad y por las complicaciones que suele originar, afecta la calidad de vida de las personas.

Calidad de vida es la integración del bienestar físico, mental, ambiental y social percibido por cada individuo y cada grupo, que depende también del medio ambiente en el que este se desarrolla ⁽³⁾. El bienestar físico y mental de las personas con VIH-SIDA, disminuye a medida que se compromete la función inmunológica, pues adquieren infecciones oportunistas y tienen más las posibilidades de sufrir complicaciones de enfermedades comunes, aumentando así el número de hospitalizaciones ⁽⁴⁾.

La Adherencia al Tratamiento Anti Retroviral de Gran Actividad (TARGA), es el grado con que el paciente cumple o se adhiere a las indicaciones terapéuticas, por lo tanto es fundamental una óptima adherencia, para mantener un nivel indetectable de carga viral y evitar resistencias al tratamiento ⁽⁵⁾.

Ruiz I y col. en un estudio transversal, evaluaron la adherencia al TARGA y la calidad de vida de pacientes con VIH-SIDA, concluyendo que el estadio clínico y la adherencia del paciente al tratamiento no sólo afectan a su

supervivencia, sino también a diferentes dimensiones de su calidad de vida ⁽⁶⁾.

Se sabe que el objetivo del TARGA es mejorar la supervivencia del paciente, también se conoce que la adherencia adecuada a esta terapia influye positivamente en la calidad de vida de los pacientes con infección por VIH/SIDA ⁽⁶⁾, sin embargo no se han encontrado estudios en nuestra realidad.

Los objetivos principales fueron determinar la frecuencia de buena calidad de vida y de adherencia estricta al TARGA y además explorar la asociación entre adherencia al TARGA y Calidad de Vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes-Chiclayo 2011.

II. MARCO TEORICO CONCEPTUAL

1. Antecedente del problema:

Ruiz, I y col. en el año 2005 en España realizaron un estudio trasversal titulado Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratados con antirretrovirales, con el objetivo de analizar la relación entre las 11 dimensiones del MOS-HIV y parámetros clínicos y terapéuticos en pacientes en tratamiento antirretroviral, encontrándose que el 73,4% de los entrevistados eran varones, el 35,6% tenían sida y el 88,1% fue considerado adherente al tratamiento. Los pacientes con una mayor carga viral presentaron puntuaciones más bajas en todas las dimensiones de la calidad de vida, a excepción de la función cognitiva. Los pacientes

con sida mostraron una peor calidad de vida en 10 de las 11 dimensiones. Aquéllos con una adherencia adecuada al tratamiento antirretroviral mostraron una mejor calidad de vida en 10 dimensiones. No se detectaron diferencias estadísticamente significativas en las medias de las dimensiones del cuestionario MOS-HIV entre pacientes cuya combinación farmacológica incluía inhibidores de la proteasa y aquellos que no, a excepción de la dimensión de calidad de vida, concluyendo que el estado clínico y la adherencia del paciente no sólo afectan a su supervivencia, sino también a diferentes dimensiones de su calidad de vida. ⁽⁶⁾

Tessema Belay y col. en el 2008, en Etiopía, realizaron un estudio de tipo analítico trasversal para determinar los factores asociados con la falta de adherencia, encontrándose que de un total de 504 pacientes en estudio, las tasas de prevalencia del incumplimiento y no adherencia al TARGA fueron 87 (17,3%) y 70 (13,9%), respectivamente. El análisis de regresión logística reveló que los efectos adversos del medicamento, la falta de información acerca del tratamiento y no tener ninguna meta concreta, estuvieron asociados con la falta de adherencia. ⁽⁷⁾

Maqutu, D, Zewotir T, North D, Naidoo K, Grobler A. en el 2010, realizaron un estudio de tipo longitudinal en el sur de Africa, fueron analizados los registros de 688 pacientes reclutados entre 2004 y 2006,, los pacientes fueron considerados adherentes si habían tomado al menos el 95% de sus medicamentos recetados. Los resultados mostraron que la adhesión al TARGA ha aumentado con el tiempo, sin embargo, la tasa de adherencia difiere según las características socio-demográficas y conductuales de los pacientes. La adhesión al TARGA HA sido mayor en los pacientes de zona rural. ⁽⁸⁾

Harvey KM, y col. en Jamaica hallaron una baja adherencia; la cual puede haber empeorado desde el 2005. El uso de relojes de alarma y teléfonos como recordatorio, celulares deben ser reforzado. ⁽⁹⁾

Shaahu VN, Lawoyin TO, Sangowawa AO. En el año 2000, realizaron un estudio titulado La adherencia al TARGA, en un Centro Médico Federal con el objetivo de evaluar la adherencia al TARGA e identificar los factores de importancia para la adhesión de la población de estudio, concluyéndose que el factor más importante de la adherencia a la terapia TARGA, fue la disponibilidad de medicamentos antirretrovirales, seguido por la capacidad de pagar las visitas regulares a la Centro Médico. Un diagnóstico reciente de VIH con menos de 3 años anteriores al período de estudio fue significativamente asociados con la adherencia a la terapia TARGA, la disponibilidad de los antirretrovirales y la capacidad de darse el lujo de viajar frecuentemente a la clínica entre otros factores, influyó positivamente sobre la adhesión al TARGA. ⁽¹⁰⁾

2. Bases teóricas científicas

El VIH es un retrovirus que, gracias a la interacción de la glicoproteína gp 120 de su membrana con los receptores celulares CD4, penetra en las células del organismo, sobre todo en los linfocitos T CD4. ^(11,12)

En el interior de las células, la transcriptasa inversa del VIH transcribe el ARN viral a ADN, que se integra en el ADN celular. En dichas células se forman nuevos viriones,

para cuya maduración son fundamentales enzimas como las proteasas. Finalmente las células infectadas se destruyen como consecuencia de la acción patógena del VIH. ⁽¹¹⁾

Dado que los linfocitos T CD4 juegan un papel fundamental en el sistema inmunitario, su pérdida determina la aparición de las infecciones oportunistas y las neoplasias que caracterizan al sida. ^(12, 13)

Se denomina infección por VIH al extenso cuadro clínico epidemiológico y de laboratorio que se inicia desde el momento en que el paciente tiene contacto con el virus y éste entra en él por alguna de las vías de ingreso conocidas y culmina con la presentación de numerosos cuadros patológicos asociados de carácter infecciosos o tumoral, derivados del desplome del sistema inmunológico, lo cual finalmente conduce al deterioro orgánico extremo y muerte del paciente. Es esta etapa final de la infección lo que se denomina síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA. ^(7,14)

El diagnóstico de la infección por el VIH se realiza habitualmente mediante la detección de anticuerpos contra el virus: en primer lugar se emplea un test ELISA, y si es positivo se efectúa un test confirmatorio, generalmente el *Western Blot*. ⁽¹²⁾

En la mayoría de los países desarrollados la principal vía de transmisión del VIH es la sexual (por contagio homosexual). Sin embargo, en España el mecanismo más importante es la adicción a las drogas parenterales. En los países del Tercer Mundo predomina la transmisión heterosexual. Otras formas de contagio son la inoculación accidental, la transfusión de sangre o hemoderivados, el trasplante de órganos infectados, el parto y la lactancia. ^(12,15)

La epidemia de SIDA pasó a ser la primera causa de muerte en adultos de 25 a 40 años en USA entre 1990-1995. En la población económicamente activa en 5 países de África la edad promedio de vida se redujo en 10 años. Este tenebroso fenómeno se fue modificando con la aparición y acceso del TARGA en los países que lo iban incorporando en su sistema de salud.⁽⁵⁾

Los fármacos antirretrovirales son medicamentos para el tratamiento de la infección por el retrovirus VIH, causante del SIDA. Diferentes antirretrovirales actúan en varias etapas del ciclo vital del VIH. Los fármacos antirretrovirales disponibles en la actualidad pertenecen a dos grupos principales: los inhibidores de la transcriptasa inversa (TI) y los inhibidores de la proteasa. Los inhibidores de la TI a su vez pueden ser análogos de los nucleósidos o no análogos de los nucleósidos.^(1,11)

Para que sean realmente eficaces, estos medicamentos deben emplearse en combinaciones, varias combinaciones de 3 o 4 fármacos se conocen como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad o TARGA. Las combinaciones más recomendadas en la actualidad son la asociación de dos análogos de los nucleósidos con un inhibidor de la proteasa o bien con efavirenz.⁽¹²⁾

Los objetivos del TARGA son: 1) Incremento de los linfocitos CD4; 2) Recuperación de la respuesta inmune específica; 3) Control de la replicación viral (carga viral indetectable); 4) Evitar la emergencia de resistencias (preservar opciones futuras); 5) Evitar efectos secundarios; 6) Reducir la transmisión del VIH.⁽⁴⁾

Después de instaurado el tratamiento se debe esperar una reducción de 10 veces los valores plasmáticos de carga viral en los primeros uno a dos meses.⁽¹⁶⁾

Se ha estimado que la pérdida de 3 dosis mensuales de la medicación puede inducir algún germen de resistencia en un año, en 5% de la población.⁽¹⁷⁾

El Perú, en el 2003, presentó una propuesta al Fondo Mundial de Lucha contra el VIH/SIDA, Malaria y TB en la cual se compromete a financiar el 60% de los tratamientos antirretrovirales, solicitando a dicho Fondo el financiamiento del restante 40%.^(4,11)

El concepto de calidad de vida representa un término multidimensional de las políticas sociales que significa tener buenas condiciones de vida ‘objetivas’ y un alto grado de bienestar ‘subjetivo’, y también incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades⁽¹⁷⁾

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la calidad de vida se define como “la percepción que un individuo tiene de su lugar en la existencia, en el contexto de la cultura y del sistema de valores en los que vive y en relación con sus objetivos, sus expectativas, sus normas, sus inquietudes. Se trata de un concepto muy amplio que está influido de modo complejo por la salud física del sujeto, su estado psicológico, su nivel de independencia, sus relaciones sociales, así como su relación con los elementos esenciales de su entorno”.⁽³⁾

En definitiva, es la conjunción de tres facetas diversas, ya que necesita apoyos desde tres perspectivas diferentes, de tal forma que si falla una de ellas consiga mantener esa estabilidad al menos en las otras dos. Este trípode estaría conformado por el estado

físico-psíquico, la estabilidad emocional y las expectativas de desarrollo personal, todo ello junto con una filosofía de vida convenientemente desarrollada.^(3,14)

III. MATERIAL Y MÉTODOS:

Diseño descriptivo transversal; la población diana fueron 242 pacientes en estadio VIH-SIDA en TARGA del HRDLM. El muestreo fue no probabilística consecutivo; se obtuvo un tamaño muestral de 80 pacientes mediante Epidat v 3.1, en base a un nivel de confianza de 95%, y precisión de 5 %, con una prevalencia esperada del 50% (al no contar con antecedentes).

Criterios de inclusión:

Edad mayor de 18 y menor de 65 años cumplidos, tratamiento antirretroviral mínimo de tres meses, residencia en la Provincia de Chiclayo por lo menos 15 días al mes, ser atendidos por consultorio externo y aceptar participar en el estudio con la firma de consentimiento Informado.

Criterios de exclusión:

Pacientes sin instrucción, que presenten enfermedades discapacitantes o crónicas que les impidían responder adecuadamente los cuestionarios.

Instrumento de recolección de datos:

1. Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) creado por Albert Wu, del Johns Hopkins University ⁽¹⁸⁾, validado y adaptado al español para su uso en

México por Peña de León, E; y col; con alfa de Crombach = 0,75⁽¹⁹⁾. Determina la calidad de vida en una escala que va desde 0 (el peor estado de la salud) hasta 100 (el mejor estado de la salud). Comprende 11 dimensiones (percepción general de la salud, función física, función del rol, función social, función cognoscitiva, dolor, salud mental, energía, preocupación por la salud, calidad general de vida y salud transitoria), que a su vez se pueden cuantificar en dos índices generales: salud física (ISF) y salud mental (ISM)⁽¹⁸⁾. Para su validación en nuestro medio se realizó un piloto con 10 pacientes (no incluidos en la muestra final); se encontró mayor dificultad para comprender la pregunta: “..la cantidad de esfuerzo que le significa cargar la bolsa del mandado” cambiándose por “bolsa del mercado”.

2. El cuestionario de evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH), desarrollado y validado por Tafur en Perú⁽²⁰⁾; con un alfa de Crombach = 0,706. El cuestionario abarca 5 dimensiones: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción médico-paciente, creencias del paciente y utilización de estrategias para recordar la toma de fármacos. Los puntajes fluctúan de 17 a 89 puntos, categorizándose como baja adherencia (≤ 73 puntos), Adherencia insuficiente (74 a 80 puntos), Adherencia adecuada (81 a 85 puntos) y Adherencia estricta (>85 puntos).

Análisis estadísticos:

Se desarrolló un análisis descriptivo, mediante el cálculo de las medidas de tendencia central y de dispersión para variables numéricas; frecuencias y porcentajes para variables categóricas. Se exploró la asociación entre calidad de vida y adherencia al TARGA, mediante la prueba de Chi²; además se calcularon razones de prevalencia,

con un IC de 95% y valores p; se consideró un nivel de significancia de 5%. Se utilizó el paquete estadístico SPSS v. 15

Aspectos éticos:

El proyecto fue aprobado por los comités de bioética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y del Hospital Regional Docente Las Mercedes. A cada participante se le entregó un consentimiento informado. Los instrumentos fueron llenados de manera anónima; se utilizaron códigos para clasificar los datos obtenidos.

Con la finalidad de respetar el derecho de los pacientes a la confidencialidad de su diagnóstico y no violar la ley CONTRASIDA 26626⁽²¹⁾, se solicitó autorización a los participantes para que los investigadores conozcan su diagnóstico y en presencia del personal de salud, firmaran el consentimiento informado.

Variable	Tipo de variable	Escala de medición.	Dimensiones	Indicadores	Valores de la variable
ADHERENCIA AL TARGA.	Cualitativa Categórica	Ordinal	Nivel Logrado de Adherencia.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Interacción médico paciente. 2. Creencias del paciente relativas al tratamiento. 3. Estrategias para mejorar la adherencia. 	<p>Baja adherencia (<73 puntos),</p> <p>Adherencia insuficiente (74 y 80 puntos),</p> <p>Adherencia adecuada (81 y 85 puntos)</p> <p>Adherencia estricta (>85 puntos)</p>
CALIDAD DE VIDA.	Cualitativa Categórica	Ordinal.	Percepción general de salud.	Opinión sobre su estado de salud	<p>0 – 100</p> <p>Donde,</p> <p>0 = peor estado de Salud</p> <p>100= Mejor estado de salud</p>
			Dolor.	Existencia de dolor Limitaciones para el trabajo debido al dolor	
			Energía.	<p>Dificultad para realizar actividades normales</p> <p>Dificultad para realizar actividades domesticas</p> <p>Dificultad para realizar actividades sociales</p>	

			Preocupación de la salud	Estado de ánimo. Situación frente a su salud	
			Función cognoscitiva.	Capacidad para resolver problemas Pérdida de la Memoria Dificultades para mantener la atención Dificultades para la concentración	
			Calidad general de vida	Calificativo sobre su calidad de vida Comparación de su calidad de vida actual en relación a la pasada	
			Salud transitoria.	Estoy un poco enfermo Estoy tan sano como cualquiera Mi salud es excelente. Me encuentro mal últimamente	
EDAD	Cuantitativa	Razón	-	-	Años
SEXO	Cualitativa dicotómica	Nominal		Femenino Masculino	.

IV. RESULTADOS:

Fueron encuestados 80 pacientes, obteniéndose una tasa de rechazo de 3,75%. La media de edad fue de 34 años, con una desviación estándar de 10,6 años; un rango de edad entre 24 y 35 años, de los cuales 50 (63%) fueron varones y 30 (37%) mujeres; 13 (16%) tuvieron estudios superiores, 36 (45%) secundaria completa y 30 (38%) sólo primaria.

La calidad de vida fue predominantemente buena en sus dos dimensiones y la adherencia al TARGA adecuada. La tabla N° 1 presenta la frecuencia de la calidad de vida en su dimensión física y mental y el grado de adherencia al TARGA.

Tabla N° 01: Calidad de vida y Adherencia al TARGA de los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011

	N	%
Calidad de vida Física		
Buena	62	77,5
Mala	18	22,5
Total	80	100
Calidad de vida Mental		
Buena	64	80
Mala	16	20
Total	80	100
Grado de Adherencia TARGA*		
Baja	6	7,5
Insuficiente	20	25
Adecuada	30	37,5
Estricta	24	30
Total	80	100

Fuente: Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docentes Las Mercedes de Chiclayo 2011

***TARGA:** Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad

La Tabla 2 muestra la frecuencia de buena calidad de vida por dimensión, siendo la dimensión más afectada la del dolor.

Tabla N° 2 Nivel de calidad de vida por dimensión del MOS-HIV en pacientes con VIH/SIDA en TARGA del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011

Dimensiones	Buena Calidad de vida	
	N	%
Salud transitoria	80	100
Calidad general de vida	80	100
Preocupación por la salud	78	97,5
Función social	77	96,25
Función física	76	95
Función del rol	76	95
Energía	76	95
Percepción general de la salud	75	93,75
Salud mental	75	93,75
Función cognoscitiva	74	92,5
Dolor	68	85

Fuente: Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docentes Las Mercedes de Chiclayo 2011

***TARGA:** Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad

Todos los pacientes con adherencia baja, tuvieron únicamente grado de instrucción primaria. La tabla 3 se muestra la adherencia al TARGA, respecto al grado de instrucción.

Tabla 3: Adherencia TARGA según el grado de instrucción en pacientes con VIH/SIDA en TARGA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011a

Adherencia al TARGA										
Grado de instrucción	Baja		Insuficiente		Adecuada		Estricta		TOTAL	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Primaria	6	19,35	6	19,35	8	25,8	11	35,48	31	100
Secundaria	0	0	11	30,5	17	47,2	8	22,2	36	100
Superior	0	0	3	23	5	38	5	38	13	100

Fuente: Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docentes Las Mercedes de Chiclayo 2011

***TARGA:** Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad

La Tabla 4, muestra la asociación entre adherencia al TARGA y calidad de vida

Tabla N° 4: Adherencia al TARGA y Calidad de Vida con respecto a la salud física y mental en pacientes con VIH/SIDA en TARGA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011

Dimensión de calidad de vida	Adherencia al TARGA				
	Baja-Insuficiente	Adecuada-Estricta	RP	IC 95%	p
Salud física					
Mala calidad	11	7	3,26	1,43 – 7,48	p=0,03
Buena calidad	15	47			
Salud mental					
Mala calidad	10	6	3,46	1,41 – 8.49	p=0,04
Buena calidad	16	48			

Fuente: Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docentes Las Mercedes de Chiclayo 2011

***TARGA:** Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad

La razón de prevalencia, para la dimensión salud física de calidad de vida es 3,26, lo que significa que los pacientes con buena calidad de vida, tuvieron 3,26 veces más probabilidades de haber sido adherentes al TARGA, con un IC95 % (1,43 – 7,48) y un valor de p 0,03 en comparación con los que tienen una mala calidad de vida.

La razón de prevalencia, para la dimensión salud mental de calidad de vida es 3,46, lo que significa que los pacientes con buena calidad de vida, tienen 3,46 veces más probabilidades de haber sido adherentes al TARGA, con un IC95 % (1,41 – 8,49) y un valor de p 0,04 en comparación con los que tienen una mala calidad de vida.

V. DISCUSIÓN

La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de realizar el tratamiento en forma correcta, y la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento de habilidades para realizarlo, la capacidad de superar las barreras o dificultades que aparezcan, y el mantenimiento de los logros alcanzados con el paso del tiempo.

La población de estudio estuvo constituida por 80 pacientes con VIH-SIDA del HRDLM – Chiclayo, en TARGA, de los cuales más del 60% fueron varones, con un rango de edad comprendido principalmente entre 24 a 35 años, estos resultados son semejantes a los encontrados en otras investigaciones, realizadas en América y Europa, donde se observa, que la mayoría de pacientes estudiados, son varones adultos jóvenes^(22,23), a

diferencia de estudios realizados en África, donde existe una mayor frecuencia de pacientes de sexo femenino en TARGA ^(10,24).

Se encontró que más del 60% de pacientes en estudio, tenían como grado de instrucción secundaria o superior, lo cual concuerda con el estudio realizado por Bejarano, C en Huánuco ⁽²⁵⁾, así mismo, los pacientes con estudios superiores tuvieron una adherencia al TARGA predominantemente estricta y en los pacientes con estudios de primaria, el grado de adherencia fue baja; ello podría explicarse por las limitaciones educativas, lo que les impide comprender que una mejor adherencia al tratamiento, traería beneficios para ellos. Estos resultados concuerdan con los encontrados por Harvey KM y col realizado en Jamaica, quienes concluyen, que un nivel bajo de adherencia al TARGA es frecuente en pacientes poco instruidos, pobres y desempleados ⁽⁹⁾.

Para cumplir con el objetivo del TARGA, de suprimir de manera profunda y duradera la replicación viral, evitando la producción de mutantes resistentes, contribuir a la calidad de vida y a la supervivencia de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS), se requiere de una adherencia estricta; definida por la Norma Técnica del MINSA como aquella en la que el paciente ha logrado consumir más del 95 % de las dosis⁽²⁶⁾; en el presente estudio solo el 30% de pacientes logró este nivel, similar a lo encontrado por Harvey KM y col realizado en Jamaica, quienes concluyeron, que más del 50 % de pacientes tuvieron una adherencia adecuada y/o estricta, 37,5 % tuvieron una adherencia adecuada y menos del 10 % fueron no adherentes ⁽⁹⁾. Estos resultados son similares al estudio de Rodríguez

M, y col en Zimbabwe, quien concluyó que la mayoría de los pacientes consumió adecuadamente los medicamentos antirretrovirales ⁽²⁷⁾.

Esto nos lleva a pensar que a pesar que el MINSA ha adoptado una serie de estrategias para lograr una adherencia óptima, persisten aún niveles bajos de adherencia, relacionado probablemente a diversas razones individuales, familiares, e institucionales.

Mulanovich V y Gutiérrez R, mencionan algunos factores asociados a una baja adherencia: olvidos de las dosis, estar muy ocupado, viajes, cambios significativos en la rutina, quedarse dormido, estar deprimido, efectos adversos de las medicinas, sentirse mal, problemas económicos, bajo nivel educativo, inestabilidad familiar, violencia doméstica, pobre relación médico-enfermo, malas experiencias médicas previas del paciente, etc ⁽²⁸⁾.

Existen factores de vital importancia que intervienen en la adherencia, como la salud mental del paciente, la farmacodependencia, la relación médico paciente y médico familia, estos factores no han sido testados en este estudio. En el estudio de Bejarano en Huancayo, se halló ansiedad y depresión en más de un tercio de los pacientes con VIH/SIDA. La depresión se observa con una frecuencia 7 veces superior que en la población similar VIH negativa ⁽²⁵⁾. En cuanto a la farmacodependencia, en estudios transversales realizados en consumidores de droga activos, el 49%-60% no recibían ningún tratamiento antirretroviral y sólo el 14%-17% recibían tratamiento de gran actividad ⁽²⁵⁾. La relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia para lograr la adherencia ⁽²⁷⁾.

El tratamiento de la infección por el VIH presenta todos los factores de riesgo que dificultan la adherencia como son: más de un fármaco, más de una toma al día, presencia de efectos adversos y tratamientos prolongados, por lo cual alcanzar el objetivo de un cumplimiento óptimo representa un auténtico desafío para el paciente y para el personal sanitario, se hace necesario la adopción de un tratamiento supervisado al menos en las primeras etapas de tratamiento. ⁽²⁷⁾

La mayoría de pacientes tienen una adherencia entre estricta y adecuada (67,5%), es presumible que este grado de adherencia, se deba a la atención multidisciplinaria que reciben estos pacientes, antes y durante el tratamiento con TARGA y al constante seguimiento por parte del equipo de salud; sin embargo se requiere de mayores esfuerzos para obtener un mayor porcentaje de pacientes con adherencia estricta lo que garantizaría el logro de los objetivos del TARGA. Son necesarios estudios para determinar los factores que influyen en la no adherencia al TARGA, actuar sobre ellos y lograr la adherencia estricta.

Para medir la calidad de vida se utilizó el cuestionario MOS-HIV, resumiendo los resultados en dos dimensiones: en relación a la salud física y a la salud mental; encontrándose que en más del 60 % de los pacientes, predominó una buena calidad de vida para ambas dimensiones (salud física y mental), a diferencia de García M, quien encontró disminuida la calidad de vida de los pacientes con VIH en una población mexicana ⁽²⁹⁾.

La terapia antirretroviral de gran actividad, ha demostrado ser eficaz en prolongar la supervivencia y mejorar la calidad de vida de las personas con VIH/SIDA ⁽¹³⁾, además ha

mejorado la morbimortalidad, revitalizado las comunidades y transformado la percepción del VIH / SIDA de ser una "sentencia de muerte" a una enfermedad crónica. El cumplimiento estricto y sostenido a la medicación es esencial a largo plazo para la supresión viral ⁽⁹⁾.

Se halló asociación entre adherencia al TARGA y calidad de vida en sus dos dimensiones, física y mental; éstos resultados concuerdan con Ruiz-Pérez, I y col., quienes evidenciaron que aquellos pacientes con una adherencia adecuada al TARGA mostraron una mejor calidad de vida en 10 dimensiones, a excepción de la función cognitiva ⁽⁶⁾. En esta investigación se encontró que la dimensión más afectada en la escala MOS –HIV fue del dolor; sin embargo no se especifica a qué tipo de dolor hace referencia.

Una limitación importante fue la influencia de los familiares sobre los pacientes, para negarse a ser participantes del estudio; por lo que se recomienda para un próximo estudio tomar en cuenta también al familiar acompañante, en el momento de explicar el motivo y beneficios de la investigación.

Otra de las limitaciones fue haber dicotomizado la adherencia al TARGA en dos grupos adecuada (que incluía adecuada y estricta) y baja (que incluía baja e insuficiente), con el objetivo de poder asociar la adherencia al TARGA y calidad de vida en un cuadro de doble entrada, cabe resaltar que dicotomización de variables no se realizó en ningún estudio previo.

Una de las fortalezas de este estudio fue haber contado con instrumentos validados para medir las dos variables en estudio.

VI. CONCLUSIONES

1. La frecuencia de buena calidad de vida física y mental es elevada en esta población
2. La frecuencia de adherencia estricta al TARGA es baja: 30 %, predominando la adherencia adecuada con 37.5%
3. En éstos pacientes, existe una asociación entre adherencia al TARGA y calidad de vida.

Referencias Bibliográficas:

1. OMS. La epidemia mundial de SIDA continúa creciendo. GINEBRA: 21 de noviembre de 2006. (Fecha de acceso: 5 de enero del 2011) Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/news/releases/2006/aids.epidemic.update/es/index.html>
2. Ministerio de Salud. Informe Nacional sobre los Progresos realizados en la Aplicación del UNGASS Perú. Lima: 2010. (Fecha de acceso: 18 de junio del 2010). Disponible en: <http://esmiiperu.blogspot.com/2010/09/el-vihsida-en-el-peru.html>.
3. Velarde Jurado E, Ávila Figueroa C. evaluación de la calidad de vida. Revista de Salud pública. (México). 2002; 44(4): pp.349-361. (fecha de acceso: 12 de julio del 2010). Disponible en: <http://redalyc.uaemex.mx/pdf/106/10644409.pdf>
4. Gómez, B. Infección por VIH. Departamento de clínicas médicas; Santa fé de Bogotá: Clínica San Pedro; 2007[artículo online].(fecha de acceso: 08 de agosto del 2010). Disponible en: <http://www.aibarra.org/Guias/7-6.htm>
5. Gotuzzo, E. SIDA en el Perú: impacto de la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA). Revista Medica Herediana (Perú). 2007; 18(4): 181-83. (fecha de acceso: 15 de agosto del 2010). Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2007000400001&lng=es&nrm=iso

6. Ruiz-Pérez, I, Lopez Rux M, Del Arco Jimenez A, y col. Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratados con antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas Microbiológicas (España)*. 2005; 23(10): 581-85. (fecha de acceso: 23 de septiembre del 2010). Disponible en: <http://www.elsevier.es/en/node/2042419>

7. Tessema B. y col. Magnitude and determinants of nonadherence and nonreadiness to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS Tessema et al. *Eiopía*, 2008. Vol. 7 N°. 2

8. Maqutu, D, Zewotir T, North D, Naidoo K, Grobler A. Determinants of Optimal Adherence Over Time to Antiretroviral Therapy Amongst HIV Positive Adults in South Africa: A Longitudinal Study. Springer Science+Business Media, LLC: Sud África: 2010.

9. Harvey KM, Carrington D, Duncan J, Figueroa y col. Evaluation of adherence to highly active antiretroviral therapy in adults in Jamaica. *West Indian Med J: Jamaica*, 2008; 57(3):293-7. (fecha de acceso: 19 de noviembre del 2010). Disponible en:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19583131>

10. Shaahu VN, Lawoyin TO, Sangowawa. La adherencia a la terapia antirretroviral de gran actividad (HAAT) a un Centro Médico Federal. *Revista médica (Nigeria)*: 2008; 37(1): 29-36. (fecha de acceso: 19 de octubre del 2010). Disponible en: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18756852>

11. Roca B. "Adherencia, efectos secundarios y eficacia de tres estrategias de tratamiento antirretroviral" [Tesis Doctoral]España, 2001. (fecha de acceso: 8 de marzo del 2011). Disponible en: http://www.tesisenred.net/TDX/TDX_UB/TESIS/AVAILABLE/TDX-1219101-111726//TD2Dic00.pdf

12. Palomba R. Calidad de Vida:Conceptos y medidas. CELADE / División de Población, CEPAL , Santiago, Chile. 24 de Julio 2002. (fecha de acceso: 6 de marzo del 2011). Disponible en: http://www.eclac.org/celade/agenda/2/10592/envejecimientoRP1_ppt.pdf

13. López R. Acceso a tratamiento antirretroviral en el Perú. *Acción Internacional para la Salud Colectivo por la Vida*. Lima, 8 de Diciembre de 2002. (fecha de acceso: 5 de abril del 2011). Disponible en: <http://www.ciudadaniasexual.org/boletin/b1/tratamiento%20antirretroviral.pdf>

14. Campo r. Scerpella e. Avances recientes en hiv/sida: patogénesis, historia natural y carga viral. Departamento de medicina y programa de sida para adultos, escuela de medicina de la universidad de miami, miami, florida. 1996; 7:182-188 [citado 31 marzo 2010] disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v7n4/v7n4tr1.pdf>
15. Oficina Internacional del Trabajo. VIH/SIDA Una amenaza para el trabajo decente, la productividad y el desarrollo. Oficina Internacional del Trabajo. Ginebra; 2000. (fecha de acceso: 5 marzo del 2011) Disponible en: <http://www.ilo.org/public/english/protection/trav/aids/publ/threatdecentworksp.pdf>
16. Fauci. A; Braunwalf E, Kasper D. and col. Harrison Principios de Medicina Interna: enfermedad por el virus de inmunodeficiencia humana: SIDA y procesos relacionados. 17ª ed. Pag: 1137-1203. Mc Graw Hill: México; 2009.
17. Comision nacional del sida ministerio de salud sociedad chilena de infectologia. Tratamiento antiretroviral para personas que viven con vih/sida y para la prevencion de la transmision vertical del vih. Gobierno de chile: ministerio de Salud. Abril 2004. (fecha de acceso: 17 febrero del 2011) Disponible en: <http://www.vivopositivo.org/portal/datos/ftp/AnteproyectoLeyAugeVIHSIDA.pd>

18. Albert W. Wu. MOS-HIV Health Survey Manual. Johns Hopkins University 1999. (fecha de acceso: 17 enero del 2011). Disponible en: <http://chipts.cch.ucla.edu/assessment/pdf/assessments/MOSHIV%20Uses%20Manual%20%20Draft.pdf>
19. Peña L, Socorro S, Suarez A, Reyes G. Validación mexicana de la escala MOS-HIV de calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. Revista de Salud Pública.(México) 2007; 21(5). (fecha de acceso: 17 enero del 2011). Disponible en: <http://journal.paho.org/uploads/1184095049.pdf>
20. Tafur E, Ortiz C, Alfaro C, García E, Faus M. Adaptación del “Cuestionario de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH)” para su uso en Perú. Perú: 2008; 49(3): 183-198. (fecha de acceso: 17 enero del 2011). Disponible en: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/434.pdf>
21. Ley n° 26626 plan nacional contrasida. (Decreto supremo n° 004-97-sa) de 20.06.96
22. Echevarría J, López D, Iglesias D, Seas C, González E, Maldonado F. Efecto de la terapia antiretroviral de gran actividad en

pacientes enrolados un hospital público en Lima-Perú. *Revista Médica Herediana (Perú)*. 2007; 18(4): 184-191. (fecha de acceso: 11 noviembre del 2010)
Disponibile en: <http://www.upch.edu.pe/famed/rmh/18-4/v18n4a01.htm>

23. Thiebaut R, Jacqmin H, Walker S, Sabin C, Prins M, Amo J. Factores determinantes de la respuesta al TARGA por primera vez en pacientes seropositivos. *HIV Medicine*. 2006; 7: 1–9. (fecha de acceso: 13 de octubre del 2010).
Disponibile en: <http://www.sassit.co.za/Journals/HIV/Response%20to%20HAART%20in%20new%20Dx%20px.pdf>
24. Ann, S. La atención de pacientes en terapia antirretroviral en Metropolis Kumasi. *MedicalJournal:(Ghana)* 2009; 43(4): 144-149. (fecha de acceso: 22 de septiembre del 2010). Disponibile en:
<http://www.ghanamedj.org/articles/December2009/Final%20ART%20in%20Kumasi.pdf>
25. Bejarano C, Chanamé G, Dámaso B, Palacios E. Factores de la adherencia de las personas que viven con VIH/SIDA, que reciben esquema TARGA en el Hospital Regional Hermilio Valdizán - Huánuco. Ministerio de Salud, Instituto Nacional de Salud, Centro de Información y Documentación Científica 2006. (fecha de acceso: 15 de agosto del 2010) Disponibile en:
http://www.bvs.ins.gob.pe/insprint/cindoc/informes_tecnicos/75.pdf

26. Ministerio de salud. Norma técnica de salud: atención integral y tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA. Lima: Perú; 20 de diciembre 2009. (fecha de acceso: 3 de febrero del 2013). Disponible en: <http://www.bvsde.paho.org/texcom/sct/047995.pdf>

27. Rodríguez M, Gross C, Gross S. Efectividad del tratamiento antirretroviral en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana/sida en un hospital de Zimbabwe. MEDISAN 2011; 15(4):433 – 441. (fecha de acceso: 27 de octubre del 2010). Disponible en: http://bvs.sld.cu/revistas/san/vol_15_4_11/san05411.htm

28. Mulanovich V, Gutiérrez R. Resistencia al TARGA, Falla terapéutica y Adherencia. Facultad de Medicina, Universidad Peruana Cayetano Heredia(Lima-Perú); 2010. (Fecha de acceso: 20 de Enero del 2013). Disponible en: <http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/revision%20de%20temas/resistencia%20y%20adherencia.pdf>

29. García M, Calidad de Vida en personas VIH positivas con lipodistrofia, estrategias de afrontamiento y diferencias de género. [Tesis Doctoral] Universidad Autónoma de Barcelona: 2010.

ANEXO N° 1

Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH), validado por REMOR en España y adaptado para su uso en Perú

Código	
Año de Diagnostico	
Tiempo de Tratamiento	
Edad	
Sexo	
Fecha	

Durante la última semana:		Siempre	Más de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1	¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?					
2	Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar sus medicamentos?					
3	Si en alguna ocasión después de tomar sus medicamentos se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarlos?					
4	Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar los medicamentos?					

5.- ¿Recuerda qué Medicamentos está tomando en este momento? _____

6	¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?	Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7	¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?					
10	¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11	¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					
		Nunca	Alguna vez	Aproximadamente la mitad de las veces	Bastantes veces	Siempre
12	¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13	13 Cuando los resultados en los análisis son buenos ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					
14	¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
16	¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo

17	¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
18	¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	Mucha dificultad	Bastante dificultad.	Regular	Poca dificultad	Nada d dificultad

		SI	NO
19	Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? (Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?.....)		
20	¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál?		

ANEXO Nº 02

Cuestionario MOS - HIV Health Survey Validado y adaptado al español para su uso en México por Peña de León, E; Aguilar Gaytán, S; Suárez Mendoza, A; Reyes Terán, G.

INSTRUCCIONES PARA EL PACIENTE: Por favor, responda a cada una de las siguientes preguntas poniendo esta señal "x" en la casilla correspondiente.

1. En general, usted diría que su salud es: (marque una sola respuesta)

- a) Excelente b) Muy buena c) Buena d) Regular e) Mala
b)

2. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las últimas dos semanas? (marque una sola respuesta)

- a) Ningún dolor b) Muy poco c) Poco d) Moderado e) Severo f) Muy severo
b)

3. Durante las dos últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluye tanto el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos) (marque una sola respuesta)

- a) Nada b) Un Poco c) Regular d) Bastante e) Mucho

4. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer en un día normal. Su salud actual ¿le dificulta hacer esas actividades? Si es así, ¿cuánto? (marque una casilla en cada pregunta)	Sí, se me dificulta mucho	Sí, se me dificulta un poco	NO, no se me dificulta nada
a. El tipo o cantidad de esfuerzos intensos que puede hacer, como correr, levantar objetos pesados, o participar en deportes muy fuertes.			
b. El tipo o la cantidad de esfuerzos moderados que puede hacer como mover una mesa y cargar la bolsa del mandado.			
c. Subir una cuesta o varios pisos por la escalera.			
d. Agacharse o levantar algo.			
e. Caminar una cuadra (unos 100 metros).			
f. Comer o bañarse o ir al baño o vestirse.			

5. Su salud, ¿le impide hacer su trabajo, tareas domésticas o ir a la escuela? (marque una sola respuesta)

- a) Si
- b) No

6. ¿Hay algún tipo de trabajo, tarea doméstica o deberes escolares que no haya podido hacer a causa de su estado de salud?

- a) Si
- b) No

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas						
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
7. Durante las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces su salud le ha dificultado sus actividades sociales (como visitar a los amigos o parientes cercanos)?						
8. Durante las dos últimas semanas ¿Cuántas veces...						
a) estuvo muy nervioso?						
b) se sintió calmado y tranquilo?						
c) se sintió desanimado y triste?						
d) se sintió feliz?						
e) se sintió tan decaído que nada podía animarle?						
9. Durante las últimas dos semanas ¿Cuántas veces...						
a) se sintió lleno de vida?						
b) se sintió agotado?						
c) se sintió cansado?						
d) tuvo fuerzas suficientes para hacer lo que quería hacer?						
e) se sintió agobiado por sus problemas de salud?						
f) se sintió desanimado por sus problemas de salud						
g) llegó a perder la esperanza por sus problemas de salud?						
h) llegó a tener miedo dado su estado de salud?						

En cada una de las siguientes preguntas, señale, por favor, la casilla de la respuesta que se acerque más a cómo se ha sentido durante las dos últimas semanas						
	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Sólo alguna vez	Nunca
10. En las últimas dos semanas, ¿Cuántas veces...						
a. Ha tenido usted dificultad al analizar y resolver problemas, por ejemplo al hacer planes, tomar decisiones o aprender cosas nuevas?						
b. Ha olvidado usted cosas que habían pasado recientemente, por ejemplo el lugar donde había dejado las cosas o la fecha en que tenía citas?						
c. Ha tenido usted dificultades para mantener su atención al hacer una tarea durante mucho tiempo?						
d. Ha tenido usted dificultades a la hora de concentrarse y pensar al hacer una tarea?						

11. Por favor, diga si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases.	Totalmente cierta	Muy Cierta	No lo sé	Muy Falsa	Totalmente falsa
a. Estoy un poco enfermo.					
b. Estoy tan sano como cualquiera.					
c. Mi salud es excelente.					
d. Me encuentro mal últimamente.					

12. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en las últimas dos semanas? Es decir ¿Cómo le han ido las cosas? (marque una sola respuesta)

- a) Muy bien, no podrían haber ido mejor.
- b) Bastante bien.
- c) Cosas buenas y cosas malas, un poco de todo.
- d) Bastante mal.
- e) Muy mal, no podrían haber ido peor.

13. Comparada con la de hace dos semanas, su salud física y emocional ahora es...

- a) Mucho mejor.
- b) Algo mejor.
- c) Más o menos igual.
- d) Algo peor.
- e) Mucho peor.

ANEXO N° 3

Consentimiento Informado para Participantes de Investigación

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los posibles participantes de esta investigación una clara explicación de la naturaleza de la misma, así como de su rol en ella como participantes, así mismo solicitarles su autorización para que su diagnóstico sea conocido por los estudiantes del V año de medicina de la Universidad Católica "Santo Toribio de Mogrovejo" - Chiclayo (USAT), Rosa Mercedes Cavero Ramírez y Jorge Mauricio Rivas Muro, quienes son los autores de la presente investigación.

El presente estudio es de carácter descriptivo y tiene como finalidad determinar la relación entre la adherencia al TARGA y la Calidad de Vida en los pacientes con SIDA en el Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá una entrevista con el fin de responder preguntas (completar una encuesta), lo que tomará aproximadamente 25 minutos de su tiempo.

La participación en este estudio es estrictamente voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas al cuestionario y a la entrevista serán codificadas usando un número de identificación y por lo tanto, serán anónimas.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en él. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Autorizo que mi diagnóstico de VIH/SIDA sea conocido por los estudiantes del V año de medicina de la Universidad Católica "Santo Toribio de Mogrovejo" - Chiclayo (USAT), Rosa Mercedes Cavero Ramírez y Jorge Mauricio Rivas Muro, quienes son los autores de la presente investigación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación. He sido informado (a) de que la finalidad de este estudio es _____

Me han indicado también que tendré que responder cuestionarios en una entrevista, lo cual tomará aproximadamente 25 minutos.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado (a) de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona.

Entiendo que una copia de esta ficha de consentimiento me será entregada, y que puedo pedir información sobre los resultados de este estudio cuando éste haya concluido.

Para mayor constancia de la presente, firmo este documento.

Nombre del Participante: _____

Firma y N° de DNI del Participante: _____ **DNI:** _____

Nombre del Testigo: _____

Firma y N° de DNI del Testigo: _____ **DNI:** _____

Nombres de los Investigadores: _____

Firma y N° de DNI de los Investigadores: _____ **DNI:** _____

_____ **DNI:** _____

Fecha: / /