

UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO

FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA DE PSICOLOGÍA



**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD DE VIDA
RELACIONADA A LA SALUD EN PACIENTES CON VIH/SIDA, DE UN
HOSPITAL MINSA NIVEL II-1 DE FERREÑAFE – LAMBAYEQUE,
DURANTE AGOSTO – DICIEMBRE, 2017**

TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO DE LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

AUTORES

**ROJAS CORNEJO, OSCAR ALBERTO
MECHAN LANDACAY, NOREHELIA KATHERINE**

Chiclayo, 15 de noviembre de 2018

**NIVEL DE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y CALIDAD
DE VIDA RELACIONADA A LA SALUD EN PACIENTES CON
VIH/SIDA, DE UN HOSPITAL MINSA NIVEL II-1 DE
FERREÑAFE – LAMBAYEQUE, DURANTE AGOSTO –
DICIEMBRE, 2017**

PRESENTADA POR:

**ROJAS CORNEJO, OSCAR ALBERTO
MECHAN LANDACAY, NOREHELIA KATHERINE**

A la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de
Mogrovejo, para optar el Título de:

Licenciado en Psicología

APROBADA POR

**Dra. Cortez Vidal, Marilia Sibebe
Presidente del Jurado**

**Lic. Valle Temoche, Cora Elizabeth
Secretaria del Jurado**

**Lic. Dorival Sihuas, Maria Elena
Vocal del Jurado**

Chiclayo, 15 de noviembre de 2018

Índice

Resumen	4
Introducción	5
Marco de Referencia	8
Antecedentes	8
Marco Teórico	11
VIH/SIDA	11
<i>Adherencia al Tratamiento</i>	12
<i>Calidad de Vida relacionada a la salud</i>	13
Definición Operacional	14
Método	17
Diseño y tipo de investigación	17
Población	17
Criterios de selección	17
Procedimientos	17
Instrumentos	18
Aspectos éticos	18
Procesamiento y análisis de datos	19
Resultados	20
Discusión	24
Conclusiones	28
Recomendaciones	29
Referencias bibliográficas	30
Apéndice	33

Resumen

Se ha observado que pacientes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana y síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA) que no toman en cuenta las indicaciones del médico para su tratamiento, pueden generar una propagación constante y continua, dando paso a un problema de salud más grave a nivel mundial. Por ello se realizó una investigación no experimental - descriptiva, con el propósito de determinar los niveles de adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada a la salud según sexo y grado de instrucción, además de describir las dimensiones sociodemográficas en pacientes con VIH/SIDA, de un Hospital MINSa nivel II-1 de Ferreñafe - Lambayeque, durante agosto a diciembre del 2017. Se utilizó los cuestionarios CEAT-VIH para hallar los niveles de adherencia al tratamiento y MOS-SF 30 para determinar los niveles de calidad de vida relacionada a la salud, estimando su validez y confiabilidad en una población similar, siendo válidos y fiables. Además, en cuanto la variable sexo, se obtuvo que los varones tienen una adecuada adherencia al tratamiento, sin embargo para calidad de vida relacionada a la salud ambos sexos se encontraron en un nivel bajo. Por ende la población estudiada presenta baja adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada a la salud. Con respecto a los aspectos sociodemográficos, el 53% es de sexo masculino, el 62% es soltera, siendo la vía sexual (96%) la principal forma de transmisión del virus del VIH. Además el 75% lleva un tiempo mayor a 12 meses de tratamiento en el servicio de TARGA.

Palabras clave: VIH/SIDA, adherencia al tratamiento, calidad de vida relacionada a la salud, TARGA.

Abstract

Has been observed that patients infected by the virus of human immunodeficiency and syndrome of acquired immunodeficiency (HIV / AIDS) that do not bear in mind the indications of the doctor for his treatment, can generate a constant and constant spread, giving I go on to a problem of more serious health worldwide. By it a not experimental investigation was realized - descriptive, with the intention of determining the levels of adherence to the treatment and quality of life related to the health according to sex and degree of instruction, beside describing the dimensions sociodemográficas in patients with HIV / AIDS, of a Hospital MINSa level II-1 of Ferreñafe - Lambayeque, during August to December, 2017. One used the questionnaires CEAT-VIH for finding the levels of adherence to the treatment and MOS-SF 30 to determine the qualit levels of life related to the health, estimating his validity and reliability in a similar population, being valid and trustworthy. In addition, in all that variable sex, there was obtained that the males have a suitable adherence to the treatment, nevertheless for quality of life related to the health both sexes were in a low level. For ende the studied population presents low adherence to the treatment and quality of life related to the health. With regard to the aspects sociodemográficos, 53 % is of masculine sex, 62 % is single, being the sexual route (96 %) the principal form of transmission of the virus of the HIV. In addition 75 % goes a time bigger than 12 months of treatment in TARGA's service.

Keywords: HIV, AIDS, adherence to treatment, quality of life related to health, HAART.

Nivel de Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida relacionada a la salud en pacientes con VIH/SIDA, de un Hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe - Lambayeque, durante agosto – diciembre, 2017

Desde su primera aparición en 1981, el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) ha aumentado su prevalencia, desarrollándose en las zonas más desfavorecidas, ya sea por la pobreza y la escasez de recursos económicos y sanitarios, lo cual disminuye la posibilidad de las personas en acceder a los servicios de salud adecuados (Teva, Paz, & Hernández, 2009).

En países desarrollados, la infección por el VIH ha pasado a ser considerada una enfermedad crónica. La evolución de esta enfermedad se ha relacionado con el aumento de la tasa de mortalidad en los países industrializados, por las complicaciones que genera, afectando la calidad de vida de la persona, más aún si no lleva una adherencia adecuada.

Por esta razón la calidad de vida es un indicador importante del bienestar de la persona, si una de las dimensiones que se desarrolla en ésta, se ve deteriorada, afectará la mejora del paciente, por otro lado, las investigaciones sobre VIH/SIDA realizadas por Teva et al. (2009), en España, han mostrado que la calidad de vida es más deficitaria en estos pacientes que otros que padecen otras patologías.

Según el Ministerio de Salud (MINSA, 2015) la calidad de vida de las personas contagiadas de VIH es desfavorable, ya que padecen sufrimiento, discriminación, no desempeñan sus roles con normalidad (trabajo, ocio, integración social), generando una sexualidad compulsiva y un contagio masivo, esto desarrolla problemas de salud mental; así mismo, Castellanos y Soza (2014) afirman que las personas diagnosticadas con VIH, se vuelven vulnerables al enfrentar situaciones como la discriminación ante los diversos cambios en su estilo de vida, lo cual podría ocasionar una predisposición a desarrollar problemas de índole emocional como ansiedad, sentimientos de culpa y/o depresión.

Lambayeque es uno de los departamentos donde la calidad de vida es desfavorable, ya que el ingreso económico es bajo y esto impide el acceso de los servicios de salud. La encargada de la Estrategia Sanitaria Regional de Infecciones de Transmisión Sexual - VIH/SIDA y Etapa de Vida, Adolescente Joven en el área integral de salud de la Gerencia Regional de Salud de Lambayeque (GERESA), (comunicación personal, mayo 03 del 2017) refirió que en el 2013 la región, ha tenido una tendencia creciente de la infección por VIH, habiéndose presentado 39 nuevos casos en la provincia de Ferreñafe en el año 2012. Sin embargo desde el año 2016, se ha presentado 50 nuevos casos de infección por VIH en Ferreñafe.

El jefe del servicio de Psicología del Hospital Referencial de Ferreñafe (comunicación personal, abril 28 del 2017), comenta que la población ferreñafana presenta un nivel bajo en educación sexual, ya sea en colegios o en el hogar, lo cual ha generado el alto índice de contagio de VIH por vía sexual. Así mismo el jefe del servicio de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) del nosocomio, (comunicación personal, abril 12 del 2017), refiere que ha observado la presencia de varios factores que ponen en riesgo la calidad de vida del paciente, siendo los principales el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas en edad temprana, generando que el paciente deserte del tratamiento y su nivel de adherencia se ubique en un nivel promedio bajo. Es por ello que nos genera un interés por el estudio de los niveles de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida en la población con VIH.

El tratamiento del VIH/SIDA, está basado en la implementación de medidas no farmacológicas y terapia antiviral, siendo fundamental que el paciente tenga un buen manejo de la información y acepte el tratamiento a seguir, este puede verse afectado por la presencia de factores que impiden al paciente lograr una adecuada adherencia (Machado, 2010).

El objetivo principal del servicio de TARGA es dirigir el tratamiento para mejorar la supervivencia del paciente, logrando un cumplimiento continuo, lo cual determinará la eficiencia de la adhesión y mejora de la calidad de vida. Por lo tanto ambos conceptos son de vital importancia, ya que el proceso no solo se basa en cura y supervivencia si no en ofrecer herramientas psicológicas para el afronte de situaciones emocionales y psicosociales que afecten al paciente con VIH/SIDA (Molina, 2008).

Frente a esta problemática, se planteó la siguiente interrogante: ¿cuáles son los niveles de adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada a la salud, en pacientes con VIH/SIDA, de un Hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe - Lambayeque, durante agosto a diciembre del 2017?

Por ello se estableció como objetivo general determinar los niveles de la adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada a la salud, en pacientes con VIH/SIDA, de un Hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe - Lambayeque, durante agosto a diciembre del 2017. Además, como objetivos específicos, se planteó identificar los niveles de Adherencia al Tratamiento según el sexo y grado de instrucción, en pacientes con VIH/SIDA de un Hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe - Lambayeque, durante agosto a diciembre del 2017, de igual manera identificar los niveles de Calidad de Vida relacionada a la salud según el sexo y grado de instrucción, en pacientes con VIH/SIDA de un Hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe - Lambayeque, durante agosto a diciembre del 2017 y describir las características sociodemográficas de los pacientes con

VIH/SIDA de un Hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe - Lambayeque, durante agosto a diciembre del 2017.

Esta investigación benefició a los participantes, ya que la identificación de los niveles de las variables en estudio, generará estrategias y/o herramientas necesarias que faciliten la mejora para aquellos que han obtenido un nivel medio-bajo, además de fortalecer las estrategias de aquellos pacientes en nivel alto.

De igual manera, benefició a la familia, ya que al tener conocimiento sobre el nivel de adherencia al tratamiento y calidad de vida relacionada a la salud de sus familiares, pueden seguir brindándoles soporte, acompañamiento emocional y afectivo para lograr mantener el nivel alto o mejorar aquellos aspectos que se encuentran en déficit.

También, benefició al servicio de TARGA y al establecimiento de salud en donde se realizó la investigación, iniciando un adecuado abordaje del paciente, de igual manera genera el desarrollo de acciones específicas e implementación de programas, con el fin de optimizar la adherencia al tratamiento logrando la mejora en la calidad de vida de la población.

Marco de Referencia

Antecedentes

Una investigación transversal descriptiva en pacientes de un Hospital de la Ciudad de Chiclayo, con una muestra de 80 pacientes, tuvo como objetivos principales determinar la frecuencia de la buena calidad de vida y de adherencia estricta al TARGA, además de explorar la asociación entre adherencia al TARGA y Calidad de Vida en pacientes con VIH/SIDA, para lo cual se empleó el Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) y el Cuestionario de evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT- VIH). Se obtuvo como resultado que existe relación, entre adherencia al TARGA y calidad de vida en los pacientes del HRDLM, predominando el nivel de adherencia adecuado, y buena calidad de vida, tanto en su dimensión mental como física. Los instrumentos utilizados no presentan validez ni confiabilidad en el contexto local (Rivas & Cavero, 2013).

Se realizó un estudio en el Hospital Nacional Arzobispo Loaiza, a 465 pacientes de la unidad de Infectología, con el objetivo de determinar la prevalencia de los factores asociados a la no adherencia al TARGA, los instrumentos utilizados fueron el cuestionario de Adherencia SMAQ y el Índice de Calidad Vida de Mezzich y Cohen. Se obtuvo como resultados que al hallar la calidad de vida relacionada a la salud, el 79.4% presentaba un nivel alto y el 20.6% un nivel bajo. Al evaluar la adherencia el 36% resultó ser no adherente a su tratamiento antirretroviral, los pacientes refirieron que el principal motivo de no adherencia fue el olvido de la toma de medicamento, seguido de la falta de un horario y la aversión a los efectos secundarios (Alvis, Chumbimune, Díaz, Díaz, & Reyes, 2009).

Con el propósito de identificar la asociación entre la adherencia terapéutica y el soporte social en una muestra de pacientes seropositivos en Lima. Así como describir las características más importantes de ambas variables de estudio y se exploran asociaciones con las variables sociodemográficas, la población estudiada fueron los pacientes mayores de 18 años, que asisten a una ONG de Lima y forman parte del Programa TARGA. Los instrumentos utilizados para el presente trabajo fueron una ficha sociodemográfica y dos cuestionarios: el Inventario de Encuesta de Soporte Social de Arizona (IESSA) y el Cuestionario de Evaluación de la Adhesión Terapéutica (CEAT-VIH), se obtuvo como resultado que el grupo en su totalidad puntúa baja adhesión terapéutica. Los índices de correlación entre la adherencia terapéutica y el soporte social percibido y efectivo dan cuenta de pobre o escasas asociaciones. Esto significaría que la muestra participante no está asociado de manera alguna a los niveles de adherencia (Rivas, 2008).

Se desarrolló una investigación con el objetivo de identificar el grado de adhesión al tratamiento antirretroviral en un grupo de adultos infectados con VIH según variables sociodemográficas y de la enfermedad. La población del estudio estuvo constituida por adultos, mayores de 18 años, quienes tenían un diagnóstico de seropositividad y llevaban un tratamiento antirretroviral en los diferentes hospitales nacionales de Lima Metropolitana. Para los datos sociodemográficos se utilizó una encuesta que recaba información de cinco áreas principales: personal, vivienda, educación, económico laboral y salud. La adherencia al tratamiento se midió a través de Cuestionario de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) Los resultados obtenidos fueron que en cuanto a la adhesión al tratamiento, un 36% de la muestra presentó un nivel bajo e insuficiente de adhesión al tratamiento, contra un 32% que tuvo una adhesión adecuada y otro 32% cuya adhesión fue estricta. Por último con respecto a las variables demográficas relevantes en la adhesión se encontró que esta se diferencia según el estado educativo actual. De esta forma, la media de adhesión para los que se encontraban estudiando fue significativamente mayor que para aquellos que no lo hacen (Alcántara, 2008).

Las investigaciones de Higuita y Cardona (2015), sobre la calidad de vida en personas con VIH/SIDA pertenecientes a una organización no gubernamental en Colombia, con las siguientes características: Estrato socioeconómico bajo, de ambos sexos, mayores de 18 años y pertenecientes a una ONG de Medellín, lo que corresponde a 19 participantes a quienes se les aplicó una encuesta asistida, que incluyó características sociodemográficas y de salud, y el MOSSF-30. Para el abordaje cualitativo se aplicaron tres entrevistas semiestructuradas a cada uno de los participantes para la codificación abierta, axial y selectiva; estas fueron grabadas y transcrita. Concluyendo que el grupo presenta buena calidad de vida, no obstante, el relato de los participantes evidencia la necesidad de mejorar el soporte social y el dominio de espiritualidad o trascendencia a través del aumento de autoeficacia, responsabilidad personal, autoayuda, apoyo familiar y redes sociales.

Se determinó la calidad de vida en 76 pacientes infectados por VIH y co-infectados VIH/TB de un hospital nivel II de la ciudad de Monterrey, México, para ello se utilizó el cuestionario de calidad de vida WHOQOL-BREF. Se obtuvo que el 80% de población estudiada pertenece al sexo femenino, son solteros y han cursado estudios universitarios, asimismo se evidenció que el desempleo, el bajo nivel de educación y un bajo recuento de CD4 fomentan una baja calidad de vida en el paciente (Kiloki, 2015).

Hernández et al. (2013), realizaron un estudio descriptivo transversal en pacientes 62 pacientes con VIH/SIDA de un Hospital de nivel II en la ciudad de Reynosa, México. El objetivo principal fue conocer la adherencia al tratamiento antirretroviral, para lo cual se empleó una ficha

sociodemográfica y El instrumento VPAB-24. Se obtuvo como resultado que el 72.6% de los pacientes eran del sexo masculino, el nivel educativo que predominó fue el de secundaria, el tiempo de recibir tratamiento antirretroviral fue en entre 1 y 5 años. Asimismo se demostró que los pacientes en este estudio presenta una alta adherencia antirretroviral.

Se evaluó la calidad de vida relacionada a la salud en personas que viven con VIH/SIDA, el estudio se realizó en Buenos Aires, Argentina, durante el período comprendido entre el 1° de agosto de 2005 al 20 de junio de 2007, relacionó la calidad de vida con variables sociológicas, así como, conocer los aspectos más relevantes del tratamiento antirretroviral, se advirtió que la relación entre todas las dimensiones del cuestionario y la edad, la vía de contagio de la infección por VIH y la causa del diagnóstico de la infección por VIH fue escasa y no significativa (Celina, 2010).

Se realizó una investigación descriptiva en 50 pacientes con VIH/SIDA, internados en el Instituto de Medicina Tropical de Asunción, Paraguay. Cuyo objetivo fue conocer los datos sociodemográficos y determinar la calidad de vida. Se utilizó una ficha sociodemográfica creada por los autores, además del cuestionario MOSS SF-36 para medir la Calidad de Vida. Entre los resultados más importantes se destaca que el mayor porcentaje de los pacientes pertenece al sexo masculino, con respecto a la calidad de vida, la dimensión energía, fatiga y salud mental; dimensión emocional y calidad de interacción social, alcanzaron una medición muy baja (Achucarro, 2010)

Con el objetivo de conocer la magnitud de la baja adherencia al tratamiento antirretroviral e identificar los factores que intervienen, se realizó un estudio en México entre junio del 2006 hasta octubre del 2008, con 117 personas del programa de tratamiento, identificando no adherencia en los cuatro días y cuatro semanas últimas previas de aplicada la encuesta. Se observó que la tasa de no adherencia fue del 50% y el 48% en los últimos cuatro días y cuatro semanas, respectivamente. Los factores identificados en la no adherencia son no guardar el medicamento en un lugar específico, percepción insatisfecha de su salud actual y considerar difícil el manejo de su tratamiento (Peñarrieta, 2009).

En España se realizó un estudio trasversal, sobre la adherencia al tratamiento 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, 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 (Ruiz et al., 2005).

Se realizó una investigación con el fin de desarrollar un cuestionario específico para evaluar la Calidad de vida relacionada a la Salud en personas con VIH, en la ciudad de Barcelona, España, en donde participaron 166 pacientes. El instrumento QVHI.1, consta de 56 ítems, los cuales hacen referencia a la presencia del síntoma y a la preocupación experimentada. Se obtuvo que el 56% de la población tiene una situación laboral activa, el 74% convive con alguien (familiar, pareja, etc.), con respecto a los síntomas, el 70% presenta debilidad y falta de energía, en cambio para preocupación experimentada el 90% presenta preocupación por dificultades en sus relaciones sexuales. Además se halló la fiabilidad y validez del instrumento (Miguel, 2001).

Marco Teórico

VIH/SIDA.

El VIH es el virus causante del SIDA, así como una complicación en la salud pública que puede afectar a toda la población en general (hombres, mujeres y niños), sobretodo en poblaciones donde existe escaso recursos económicos, y una deficiente información acerca del virus y un restringido acceso a la atención a la salud, debido a la escasez de recursos en las instituciones de salud pública (Robles, 2005).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es el conjunto de manifestaciones clínicas que aparecen como consecuencia de la destrucción de glóbulos blancos del sistema inmunológico originado por la infección del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH); el SIDA es la etapa última de la infección por VIH, puede tardar en manifestarse de 2 a 15 años, sin embargo no todas las personas infectadas desarrollan SIDA (MINSAL, 2013)

Los síntomas de esta enfermedad crónica, varían de acuerdo al estadio en que se encuentra el paciente. Generalmente la primera semana del desarrollo de la infección, las personas no manifiestan ningún síntoma; al avanzar, el sujeto suele presentar síntomas y signos (OMS, 2016). Es por ello que el tratamiento farmacológico que se recibe al ser diagnosticados con VIH, suele

comprender de tres o más antirretrovíricos, aunque este tratamiento no cura la infección, genera el fortalecimiento del sistema inmunitario, controlando la replicación del virus dentro del organismo del paciente.

Adherencia al tratamiento.

La adherencia al tratamiento involucra diversas conductas que el paciente debe seguir, el iniciar y continuar con un tratamiento, generar conductas de salud evitando las de riesgo, asistir a las citas con los profesionales de la salud, toma de medicamentos adecuada y llevar un correcto régimen terapéutico (Ortego, 2011).

La OMS (2016), se refiere a la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, la toma de la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito, así mismo de la persistencia para tomar la medicación por un periodo largo.

La adherencia al tratamiento implica múltiples comportamientos, simples y complejos del paciente, que le van a permitir hacer frente a un régimen que exige un alto nivel de cumplimiento, el cumplimiento del tratamiento es importante, y que impide que el virus se reproduzca y logre destruir el sistema inmunitario. Estos medicamentos ayudan al paciente a llevar una vida larga y sana, así mismo reducen el riesgo de transmisión del VIH (Arévalo, Salazar & Correa, 2008). Según el autor hay factores importantes que explican el desarrollo del comportamiento de la adherencia, como:

Factores personales: “hace referencia a las características personales del paciente, sobre todo características sociodemográficas, del tipo cognitivo, emocional y de la motivación, afrontamiento de la enfermedad, el consumo de sustancias psicoactivas y la historia de tratamientos previos, que se pueden considerar como un facilitador o una barrera para la adherencia al tratamiento” (p.6).

Factores de la enfermedad y del tratamiento: “Involucra aquellos aspectos y las características del VIH/SIDA y de su régimen terapéutico, así mismo de las implicaciones en el estilo de vida del paciente” (p.8). De igual forma Remor (2002) considera al perfil clínico y a la progresión de la enfermedad como un facilitador para la adherencia, ya que el pobre estado inmunológico ayudaría a que el paciente siga constante en el tratamiento, sin embargo relaciona el pobre estado inmune con la baja adherencia al tratamiento.

Factores sociales/interpersonales: “Estos factores hacen referencia a aquellos aspectos que el paciente establece con su familia, amigos, profesionales y con su entorno en general, que llegan a afectar la adherencia al tratamiento” (p.9). Dentro de estos factores está la percepción de apoyo

social que tiene el paciente en cuanto el tipo de apoyo, la eficacia percibida y la existencia de sistemas de apoyo, lo que genera ser un facilitador de la adherencia al tratamiento (Murphy como se citó en Arévalo et al., 2008). Por otro lado la relación entre médico y el paciente, Abel & Painter (como se citó en Arévalo et al., 2008), mencionan que si esta característica se da de manera satisfactoria, es decir si existe confianza para expresar dudas, sentimientos positivos, amabilidad en el trato, entre otros, la adherencia se verá favorecida, sin embargo si hay una percepción negativa de la relación con el médico, esto interferiría con la adhesión del paciente.

Factores del sistema de salud: “Son las características de las instituciones donde el paciente es atendido” (p.10).

Calidad de vida relacionada a la salud.

La calidad de vida relacionada a la salud, es la valoración que realiza una persona, siguiendo sus propios criterios del estado físico, emocional y social, lo cual refleja su grado de satisfacción a nivel integral (Schwartzmann, 2003)

Para Boyle (1994), la calidad de vida relacionada a la salud, intenta dar a conocer la perspectiva del paciente de manera cuantificable, dependiendo de su experiencia pasada, su estilo de vida actual y las ambiciones para el futuro, coincidiendo con lo que refiere Fernández, Hernández & Siegrist (2001), los cuales definen la calidad de vida como la percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar.

Existen tres elementos que interrelacionados explican el comportamiento humano: Determinantes personales, la conducta y el ambiente. Siendo el concepto de autonomía, un componente fundamental de esta teoría; ya que es la capacidad percibida por la persona para llevar a cabo conductas de afrontamiento de una situación, generando en un paciente con SIDA, la decisión de adoptar conductas preventivas de la infección con VIH (Oblitas 2010, p.407).

También se ha considerado el modelo transteórico del cambio, el cual explica los mecanismos de adquisición y mantenimiento de la conducta de usar preservativo. Según la teoría, para que las campañas y programas de prevención tengan éxito, se debe considerar como base la disposición de los destinatarios (Oblitas, 2010, p.408).

Remor (2011) menciona que la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) es un constructo complejo y multidimensional que puede verse afectado por diferentes aspectos, tales como, sociodemográficos, laborales, clínicos, y psicosociales; lo cual genera once dimensiones: Salud general percibida, dolor, función física, actividad diaria, función social, salud mental, salud

fatiga, malestar respecto a la salud, función cognitiva, calidad de vida percibida y transición de salud.

La calidad de vida relacionada a la salud engloba áreas, entre ellas el bienestar físico, que se relaciona con la actividad funcional de la persona y como ha sido afectado: Sueño, fatiga, dolor, etc. También se encuentra el bienestar social, el cual engloba las relaciones interpersonales, afecto, la intimidad, el entretenimiento, el trabajo y por último el bienestar psicológico, el cual se relaciona con la ansiedad, el temor e incluso la depresión que pueda generar la enfermedad y su proceso de tratamiento (Vinaccia & Orozco, 2005).

Según Nava (2012), existe factores importantes que explican el desarrollo de la calidad de vida relacionada a la salud, como:

Factores materiales: “Hacen referencia a los recursos que el pacientes tiene, como: el ingreso económico, la posición en el trabajo, nivel de educación, lo cual ayudará a determinar una alta o baja calidad de vida” (p.4).

Factores ambientales: “Características de los habitantes o de la comunidad, como: la presencia y acceso a los servicios básicos (agua, luz, entre otros), el nivel de seguridad y el grado de criminalidad, también el acceso al transporte y movilización” (p.4).

Factores de relacionamiento: “Se incluye las relaciones que tiene el paciente con la familia, amigos y las redes sociales. De igual forma si integra a una organización social y/o religiosa, el uso de su tiempo libre y el rol social que cumple al retirarse de la actividad económica” (p.5).

Factores sociales y calidad de vida: “Menciona a aquellos factores como: el empleo, el tipo de vivienda, el acceso a los medios de comunicación, urbanización, la contaminación del ambiente, así mismo aquellas características que influyen sobre el desarrollo humano en una comunidad” (p.5).

Definición Operacional

La variable Adherencia al Tratamiento fue medida por el cuestionario CEAT-VIH, el cual abarca cinco dimensiones: Cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción médico paciente, percepciones del paciente y utilización de estrategias para recordar la toma de fármacos (Ver Tabla 1).

Tabla 1

Operacionalización de la variable Adherencia al Tratamiento, medida por el cuestionario CEAT-VIH

Definición teórica	Definición Operacional		Niveles
	Dimensiones	Indicadores	
La adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, la toma de la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito, así mismo de la persistencia para tomar la medicación por un periodo largo (OMS, 2016)	Cumplimiento del tratamiento (FM1).	1,5,12,17,19	Adherencia baja: <73
	Antecedentes de la falta de adherencia (FM2).	2,3,4	Adherencia insuficiente: 74-80
	Interacción médico-paciente (FM3).	6,13	
	Percepciones del paciente (FM4).	7,8,9,10,11,14,15,16,18	Adherencia adecuada: 81-85
	Utilización de estrategias para recordar la toma de fármacos (FM5).	20	Adherencia estricta: >85

La variable Calidad de vida relacionada a la salud es medida por el cuestionario MOS-SF-30, la cual abarca once dimensiones: Salud general percibida, dolor, función física, actividad diaria, función social, salud mental, energía/fatiga, malestar respecto a la salud, función cognitiva, calidad de vida percibida y transición de salud (Ver Tabla 2).

El factor sociodemográfico sirvió para obtener datos de filiación del paciente, lo cual fue de suma importancia para corroborar aspectos personales que ayudaron a llegar a las conclusiones de acuerdo a las respuestas que ellos emitan en los cuestionarios (Ver tabla 3).

Tabla 2

Operacionalización de la variable Calidad de Vida relacionada a la salud, medida por el cuestionario MOS-SF-30

Definición teórica	Definición Operacional		Niveles
	Dimensiones	Indicadores	
Define la calidad de vida relacionada a la salud como la valoración que realiza una persona, siguiendo sus propios criterios del estado físico, emocional y social, lo cual refleja su grado de satisfacción a nivel integral (Schwartzmann, 2003)	Salud general percibida	1	Se obtiene una puntuación directa de Calidad de Vida Relacionada a la Salud global, que tiene un rango de 0 a 100 puntos, el 0 indica el grado más bajo de calidad de vida y 100, el más alto
	Dolor	2	
	Función física	3,4,5,6,7,8	
	Actividad diaria	9,10	
	Función social	11	
	Salud mental	12,13,14,15,16	
	Energía/fatiga	17,18,19,20	
	Malestar respecto a la salud	21,22,23,24	
	Función cognitiva	25,26,27,28	
	Calidad de vida percibida	29	
	Transición de salud	30	

Tabla 3

Operacionalización de indicadores de los factores sociodemográficos.

Dimensión	Definición operacional	
	Indicador	
Sexo	Femenino	
	Masculino	
Edad	18 hasta 60 años	
	Soltero	
Estado civil	Casado	
	Conviviente	
	Separado	
	Divorciado	
	Viudo (a)	
Vía de transmisión de la Infección	Sexual	
	Sanguíneo	
	Usuario de droga endovenosa	
Tiempo de participación en el servicio TARGA	Menos de 3 meses	
	Entre 3 meses y 5 meses	
	Entre 6 meses y 12 meses	
	Más de 12 meses.	
Grado de Instrucción	Analfabeto (a)	
	Primaria	Completo
	Secundaria	
	Superior (universitario)	
	Superior (técnico)	Incompleto

Método

Diseño y Tipo de Investigación

No experimental – Descriptivo

Población

La población estuvo conformada por pacientes de ambos sexos que pertenecen al servicio TARGA de un centro hospitalario nivel II-1 ubicado en una zona urbana de la ciudad de Ferreñafe durante agosto a diciembre del 2017, cuyas edades oscilan entre 18 y 60 años, los cuales han sido diagnosticados con VIH/SIDA y llevan un tratamiento mayor o igual a 3 meses. Estuvo conformada por 107 pacientes. Se trabajó con toda la población.

Criterios de selección

Inclusión: pacientes con VIH/SIDA, que pertenecen al programa de TARGA, de ambos sexos, cuyas edades oscilen entre 18 y 60 años, con un tiempo de tres meses a más de tratamiento y control en el nosocomio.

Exclusión: Pacientes con enfermedades crónicas y/o discapacitantes, sin instrucción académica que les impida leer y tener una adecuada comprensión de los ítems para su adecuada resolución.

Eliminación: Se eliminarán los cuestionarios que no se hayan completado todos los ítems o en los que hayan marcado dos o más alternativas.

Procedimiento

Se solicitó la autorización del centro hospitalario en donde se ejecutó la investigación a través de una carta dirigida al director del nosocomio (Apéndice A) y la constancia de aprobación del proyecto por parte del comité de ética de la universidad de procedencia (Apéndice B).

Además, se realizaron las respectivas coordinaciones con los encargados y personal técnico del servicio de TARGA, con el fin de informarles sobre la investigación. Asimismo, se identificó (previas coordinaciones) a los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA que se encontraban citadas y que cumplían con los criterios de inclusión, mediante una entrevista se les explicó los fines y beneficios de nuestra investigación con el objetivo de invitarlos a participar.

De igual forma, ambos cuestionarios y la ficha sociodemográfica fueron explicados con un lenguaje comprensible para los participantes, dando las indicaciones necesarias para su resolución de manera individual.

Instrumentos

La técnica que se usó para la obtención de datos fue la encuesta. Se utilizó una ficha sociodemográfica (Apéndice C), para medir las variables en estudio se aplicó, los siguientes instrumentos, los cuales no poseen una validez y confiabilidad en el contexto local, por ende, se estimó ambas propiedades psicométricas en la población estudiada:

Para medir el nivel de Calidad de Vida relacionada a la salud, el instrumento a utilizar fue el Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) de Johns Hopkins University (1999), el cual está compuesto por 30 ítems que miden 11 dimensiones. El test tiene una duración de 20 minutos. El test es de aplicación individual o grupal, en pacientes con VIH/SIDA (Apéndice D). En cuanto a sus propiedades psicométricas, posee una confiabilidad de 0.719 siendo significativas al 0.05 de confianza, además, posee una validez que oscila 0.40 y 0.69.

Por otro lado, para medir el nivel de Adherencia al Tratamiento, el instrumento a utilizar fue el Cuestionario de Evaluación de la Adhesión del Tratamiento Antirretroviral (CEAT) de Remor E. (2002), el cual está compuesto por 20 ítems que miden 05 dimensiones (Apéndice E). El test tiene una duración de 15 minutos. El test es de aplicación individual o grupal, en pacientes con VIH/SIDA. En cuanto a sus propiedades psicométricas, posee una confiabilidad de 0.847 siendo significativas al 0.05 de confianza, además, posee una validez que oscila entre 0.36 y 0.73.

Aspectos Éticos

Para el desarrollo de esta investigación, se contó con la aprobación del comité de ética de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo (Ver apéndice B) y se solicitó la autorización del centro hospitalario en donde se ejecutó la investigación a través de una carta dirigida al mismo.

Se respetará la autonomía y libertad de las personas, por lo cual se les brindó la información general de la investigación, poniendo énfasis en el título, objetivos y el papel que desempeñaron al participar. Asimismo se les comunicó que no existe ningún costo o pago por su participación, se enfatizó en la participación voluntaria e incluso una vez aceptada su participación podría retirarse cuando lo deseen.

Se invitó a los pacientes a participar de la investigación haciéndoles firmar el consentimiento informado, previamente explicado (Apéndice F), con ello daban su autorización para ser partícipes de la investigación. Luego se realizó la aplicación de cada cuestionario de manera individual, siendo explicados en un lenguaje comprensible para los participantes.

Dentro de los beneficios de la investigación, se le brindó a cada participante sus resultados por medio del correo electrónico o de manera personal, teniendo en cuenta el código entregado. Asimismo se le entregó al servicio de TARGA los resultados de manera general.

Procesamiento y Análisis de Datos

Se realizó el procesamiento de validación y confiabilidad de los cuestionarios: Evaluación de la Adhesión del Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) y Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV), utilizando el programa Microsoft Excel (versión 2013).

Para realizar el procedimiento de validación y confiabilidad de los cuestionarios mencionados, se eligieron a 30 pacientes que pertenecían al servicio de TARGA. Luego, se ingresaron los datos recolectados en una hoja electrónica de cálculo de SPSS. Para el cálculo de la validez y la confiabilidad; los datos fueron sometidos a la prueba estadística de normalidad de Kolmogorov – Smirnov en donde se determinó que seguían una distribución normal (p- valor de 0.20). A partir de ello se tomó la decisión de utilizar pruebas paramétricas, el coeficiente de correlación de Pearson para la validez y el coeficiente de alfa de Cronbach para la confiabilidad. Una vez obtenida toda la información previamente descrita, se constituyó la base de datos.

Se usó la prueba F de varianza, de ambas variables, para determinar si las varianzas son iguales o diferentes, luego se utilizó la prueba chi-cuadrado para determinar si existe diferencia significativa del sexo en la calidad de vida relacionada a la salud y en la adherencia al tratamiento, teniendo como resultado que existe diferencia significativa en ésta última, por lo tanto, se identificó los niveles de las variables en estudio a nivel general, utilizando las plantillas de los cuestionarios correspondientes, obteniendo los puntajes totales y ubicándolos en los baremos previamente obtenidos, para determinar los niveles, se hizo uso de las funciones de frecuencia relativa y porcentajes con el propósito de organizar los datos. Empleando el programa de Microsoft Excel 2013, los fueron presentados mediante tablas.

Resultados

Prueba estadística de normalidad de Kolmogorov – Smirnov

Los datos de ambos cuestionarios fueron sometidos a la prueba de normalidad de Kolmogorov Smirnov, determinándose que siguen una distribución normal con un p -valor de 0.200.

Validez y fiabilidad del Cuestionario de Adherencia al Tratamiento (CEAT-VIH)

Mediante una prueba piloto a una población similar, se obtuvo la validez del Cuestionario CEAT-VIH, la cual oscila entre 0,36 y 0,73, indicando que es válido. Además evidencia una confiabilidad de 0,847 a un nivel de significancia al 0,05.

Validez y fiabilidad del Cuestionario de Calidad de Vida relacionada a la Salud (MOSS SF-36)

Mediante una prueba piloto a una población similar, se obtuvo la validez del Cuestionario MOSS SF-36, la cual oscila entre 0,40 y 0,69, indicando que es válido. Además evidencia una confiabilidad de 0,719 a un nivel de significancia al 0,05.

Niveles de Adherencia al Tratamiento según sexo

Se utilizó el estadístico chi-cuadrado, en base a los niveles del instrumento, para determinar si existe diferencia significativa de ambos sexos en relación a la Adherencia al Tratamiento, teniendo como resultado un p-valor de 0.0284 (menor a 0.05), por lo tanto, existe diferencia significativa de ambos sexos con la variable mencionada.

Se obtuvo que para ambos sexos, predomina los niveles: adherencia baja (47% mujeres y 41% varones) y la adherencia insuficiente (47% mujeres y 27% varones). Asimismo se observa que existe un mayor porcentaje del sexo masculino que presenta un nivel de adherencia adecuado. Se evidencia que existe una tendencia a disminuir el porcentaje de la población masculina cuando los niveles van de baja a adecuada a estricta. (Ver Figura 1).

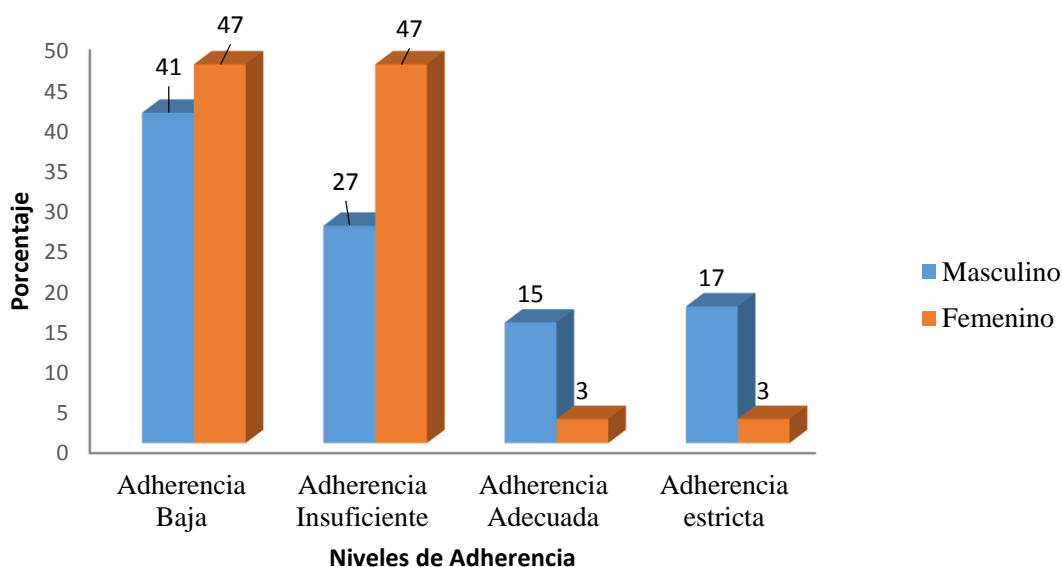


Figura 1 Frecuencia en porcentaje del nivel de Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA según sexo, de un hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe – Lambayeque, agosto-diciembre de 2017.

Niveles de Adherencia al Tratamiento según grado de instrucción

Se utilizó el estadístico chi-cuadrado, en base a los niveles del instrumento, para determinar si existe diferencia significativa de los grados de instrucción en relación a la Adherencia al Tratamiento, teniendo como resultado un p-valor de 0.415 (mayor a 0.05), por lo tanto, no existe diferencia significativa de los grados de instrucción con la variable mencionada, por ello, los niveles de adherencia al tratamiento se muestran a nivel general.

Se evidencia que en la población estudiada a mejor nivel de adherencia al tratamiento menor será la frecuencia de la población (Ver Figura 2).

Nivel de Calidad de Vida relacionada a la salud según sexo

No existe una diferencia significativa entre las variables calidad de vida y sexo, dado que la población estudiada presentó en su totalidad una Baja calidad de vida, lo cual confirma que la variable sexo no es un factor influyente.

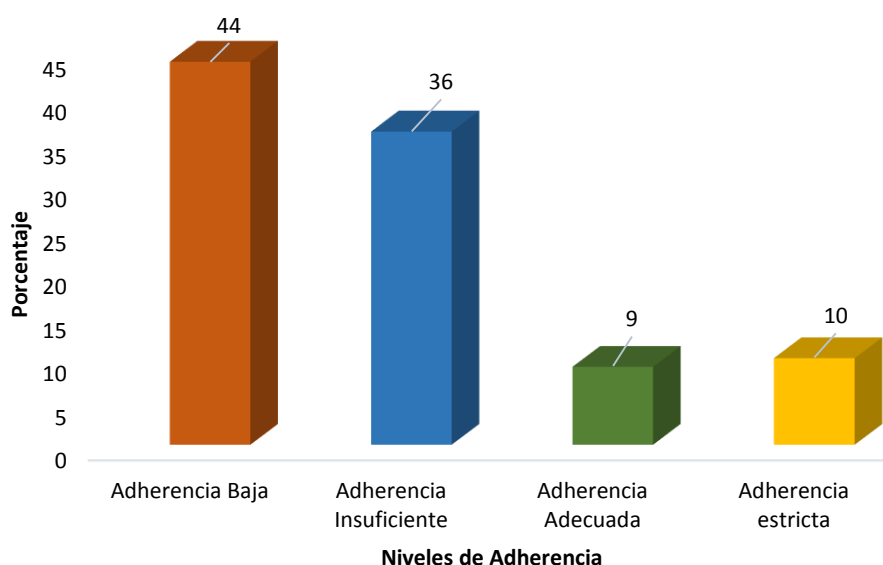


Figura 2 Frecuencia en porcentaje del nivel de Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH/SIDA según grado de instrucción, de un hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe – Lambayeque, agosto-diciembre de 2017.

Nivel de Calidad de Vida relacionada a la salud según grado de instrucción

No existe una diferencia significativa entre las variables calidad de vida y grado de instrucción, ya que la población estudiada presentó en su totalidad una Baja calidad de vida, determinando que el grado de instrucción no es una variable influyente.

Aspectos sociodemográficos

En la población estudiada se observó un mayor porcentaje del sexo masculino (53%); el estado civil predominante con un 62% es el soltero. Asimismo se encontró que la vía de transmisión del VIH/SIDA más frecuente fue la vía sexual (96%); se halló que un 75% de la población estudiada lleva más de 12 meses recibiendo tratamiento en el servicio de TARGA, frente a un 25% que tiene un tiempo entre 6 a 12 meses. En cuanto al grado de instrucción se obtuvo que un 16% de la población estudiada no ha culminado sus estudios secundarios, así como un 13% no ha finalizado sus estudios primarios (Ver Tabla 4).

Tabla 4

Aspectos sociodemográficos en pacientes con VIH/SIDA de un hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe – Lambayeque, agosto-diciembre de 2017.

Datos sociodemográficos		Frecuencia %
Sexo	Masculino	53
	Femenino	47
Estado civil	Soltero	62
	Casado	17
	Conviviente	13
	Separado	4
	Divorciado	0
	Viudo	4
Vía de transmisión	Sexual	96
	Sanguíneo	4
	Droga endovenosa	0
Tiempo en TARGA	Menos de 3 meses	0
	Entre 3 meses y 5 meses	0
	Entre 6 meses y 12 meses	25
	Más de 12 meses	75
Grado de instrucción	Analfabeto	0
	Primaria completa	21
	Primaria incompleta	13
	Secundaria completa	44
	Secundaria incompleta	16
	Superior completo	5
Superior incompleto	1	

Discusión

Se encontró que ambas variables en estudio presentan una tendencia a nivel bajo en la población mencionada.

Estos resultados indican que existe dificultad para seguir con el tratamiento, esto podría deberse al bajo apoyo familiar, abandono del tratamiento, falta de conocimiento de los fármacos proporcionados por el servicio TARGA, el no establecer un horario o una estrategia para recordar la toma de sus medicamentos, no tienen el conocimiento de cómo manejar los efectos colaterales que conlleva cada medicamento, ya que las dosis varían según su carga viral, sumándole a esto el consumo de alcohol y sustancias psicoactivas, por ende es importante, resaltar lo que refiere el jefe del servicio TARGA del nosocomio (comunicación personal, abril 12 del 2017), quien refirió que la adherencia se encuentra en un nivel promedio bajo, por la deserción de los pacientes.

Asimismo Alvis et al. (2009), hallaron un nivel de adherencia bajo en los pacientes con VIH/SIDA, explicando que el principal motivo de la no adherencia fue el olvido de la toma de medicamentos, seguido de la falta de un horario, efectos adversos de las medicinas, problemas económicos y la pobre relación médico-paciente. Esto se confirma en la investigación de Machado (2010), el cual refiere, que la terapia antiviral podría verse afectado por presencia de factores internos o externos que impiden que el paciente logre una adecuada adherencia.

Ante el análisis de las respuestas dadas por la población, existen diversos factores para que se dé una adecuada o inadecuada adherencia al tratamiento, como lo son: El estrés percibido originada por la misma enfermedad que originan que se añada a éste otros problemas relacionados a salud como son la depresión y ansiedad que tienen un impacto en su calidad de vida y las expectativas del paciente el tratamiento, los cuales mencionan que no son muy esperanzadoras.

En relación a los niveles de adherencia en tanto para hombres y mujeres, el nivel de adherencia que predomina es el “bajo” e “insuficiente”. Esto coincide con lo encontrado por Alcántara (2008) quien llevó a cabo una investigación en los diferentes hospitales nacionales de Lima Metropolitana obteniendo que la mayor parte de la población presentan un nivel bajo e insuficiente, explicando que los niveles de adherencia se diferencian por el grado de instrucción, a mayor nivel de educación es mayor el nivel de adherencia.

Esta afirmación concuerda con lo obtenido en la investigación, ya que la mayor parte de la población estudiada no ha culminado con satisfacción sus estudios (primarios y/o secundarios), es por ello, que muestra una baja adherencia. Sumado a esto el nivel de educación, sobre todo en la educación sexual, en Ferreñafe es escaso, originando una falta de conocimiento y conciencia lo importante que es presentar una adecuada adhesión a su tratamiento, es importante mencionar lo

referido por el jefe del servicio de Psicología del Hospital Referencial de Ferreñafe (comunicación personal, abril 28 del 2017), quien comenta que dicha población presenta una inadecuada educación y orientación respecto a los temas sexuales, ya sea en colegios o en el hogar, lo cual ha generado el alto índice de contagio de VIH por vía sexual.

Al obtener una población con alto registro en baja adherencia, otro posible factor es la escasa atención multidisciplinaria que reciben los pacientes durante el tratamiento con el servicio de TARGA, así como, el poco seguimiento por parte del equipo de salud, lo cual requiere de mayores esfuerzos para lograr un mayor porcentaje en pacientes con adherencia estricta lo que garantizaría el logro de los objetivos del servicio.

También se debe tener en cuenta el tiempo de participación en el servicio de TARGA, ya que los pacientes que llevan un periodo corto de tratamiento, suelen tener un grado mayor de adherencia, Remor (2002) menciona que el paciente al empezar con este proceso, suele estar motivado y se ve con mayor capacidad para continuar, así como el atribuirle mayor beneficio al seguimiento del tratamiento, además de percibir un esfuerzo mínimo para cumplir dicho proceso. Aunque en esta investigación el periodo de tratamiento no es considerado una variable interviniente, se conoce que la población estudiada al empezar su método farmacológico presentaba un mejor cumplimiento de este, basado en un miedo por el crecimiento de su carga viral, generando en ellos un control y motivación para continuar dicho tratamiento. Por otro lado, los efectos secundarios de los medicamentos que proporciona el nosocomio ha generado que presenten una baja adherencia al tratamiento, por el escaso monitoreo o autoobservación del paciente u familiar, además del bajo manejo de solución ante la presencia de algún efecto colateral de la medicación. Puesto que tal como refiere Rivas (2008) la poca conciencia y/o conocimiento de estos efectos podría considerarse una estrategia de afrontamiento como la negación, generando el bajo agobio ante la enfermedad.

Otro aspecto evidenciado en la población estudiada, que puede explicar el grado de dificultad que tiene el tratamiento es que la mayoría de los participantes en la investigación consideran que no hay dificultad debido a que tienen a una persona (familiar o pareja) que les ayuda a recordar el nombre del medicamento, que para Remor (2008) es un indicador importante en el impacto del nivel de adherencia, esto generaría una falta de estrategia en el paciente para recordar ciertas pautas de la adherencia al tratamiento (horarios, nombre de la medicación, etc.), que lo capacitan a cumplir dicho proceso. Evidenciándose esto último en ítems (preguntas abiertas) las cuales indicaban si recuerdan o saben que efectos ocasiona en su organismo, donde la mayoría evidencia una falta de conocimiento de lo que le ofrece el servicio.

Respecto a la calidad de vida relacionada a la salud, se debe destacar la percepción que tiene el paciente acerca del el impacto de la enfermedad. Siendo esta variable muy subjetiva, que es influenciada por el estado de salud actual del paciente y de aquellas actividades importantes para él. Schwartzmann (2003) menciona que la calidad de vida relacionada en la salud se basa en el reconocimiento de la percepción del paciente sobre su estado de bienestar físico, psíquico, social y espiritual, lo cual va a depender de los propios valores, creencias y contexto social.

Lo anteriormente mencionado podría generar que la persona no presente una buena calidad de vida relacionada a la salud, lo cual se evidencia en la población estudiada ya que presenta en su totalidad una baja calidad de vida, esto podría deberse a que existen factores relacionados a los hábitos y ocios que presenta la población en general, así como factores socioeconómicos, este último factor, es explicado por Celina (2010), refiriendo que el bajo nivel de educación y los bajos ingresos económico, van lograr que el paciente no desarrolle una adecuada calidad de vida, sin embargo, coincidiendo con los resultados de Rivas y Cavero (2013), quienes obtuvieron que la mayoría de su población de estudio obtuvo una mejor calidad de vida relacionada a la salud, debido a que éstos presentaban un mayor grado de instrucción (superior) a comparación con los de la presente investigación, los cuales pertenecen a los niveles de educación primaria o secundaria, sea completa o no.

Asimismo Kiloiki (2015) en su investigación afirma que a mejor formación profesional, el paciente con VIH/SIDA evidenciará un mejor nivel de calidad de vida en todas sus dimensiones, a diferencia de aquellos que tienen una educación básica, estos resultados respaldan los encontrados en la investigación pues la población estudiada, evidencia que el nivel educativo es un factor influyente para mejorar o mantener las dimensiones que conforman su calidad de vida relacionada a la salud, pues a mayor nivel educativo presentará una mejor autopercepción de su salud física lo que generará un menor grado de dependencia.

Del mismo, aunque no se ha establecido como una variable influyente, el rango de edad del paciente contribuye que la calidad de vida relacionada a la salud, sea adecuada en pacientes jóvenes, pues se ve influenciada por aquellas actividades que aún son importantes para él, Tafur (2010) obtuvo resultados similares a los de esta investigación, evidenciando que a mayor edad del paciente diagnosticado, la calidad de vida relacionad a la salud, va ir en declive. Por lo que la mayoría de la población menciona que ya no presenta interés de realizar actividades que antes hacía con normalidad.

Achucarro (2010), halló que el trato por el personal de servicio va influir en la mejor calidad del paciente, empezando por el médico quien les debe brindar una adecuada atención, explicando

el diagnóstico, la descripción de medicamentos, haciendo que el paciente sienta que el médico está capacitado en VIH/SIDA, brindándole seguridad y así borrar barreras de comunicación. Si bien es cierto los pacientes del nosocomio en estudio reciben el control y los medicamentos necesarios, el tiempo de citas con el personal de salud son muy prolongados, añadiendo que no reciben un tratamiento multidisciplinario (nutrición, ginecología, planificación familiar, etc.), así mismo, el servicio sufre modificaciones en cuanto a la rotación de los responsables de las atenciones, generando que el paciente no consolide un vínculo de confianza con la persona responsable de su tratamiento.

Conclusiones

En relación a los niveles de adherencia al tratamiento que ofrece el servicio del centro de salud, se evidenció que un porcentaje significativo de la población presenta una adherencia baja y un porcentaje menor muestra una adecuada adherencia. En función al sexo, tanto varones como mujeres, se encuentran en una mayor en un nivel de adherencia baja, con un 41% y 47% respectivamente. En cuanto a los grados de instrucción no existe una influencia significativa para ambas variables.

En la población estudiada la calidad de vida relacionada a la salud, se encontró que en su totalidad muestra una baja calidad de vida, evidenciándose que no existe influencia significativa con el sexo y los grados de instrucción.

Con respecto a los datos sociodemográficos, se obtuvo que la mayor parte de la población estudiada pertenece al sexo masculino; el estado civil predominante es el soltero; la vía sexual es la vía de transmisión más frecuente encontrada en la población. Asimismo un gran porcentaje de la población lleva un tratamiento antirretroviral de más de 12 meses; siendo el mayor grado de instrucción que la mayoría ha completado el nivel secundario.

Recomendaciones

Se recomienda al servicio TARGA, trabajar en conjunto al servicio de Psicología, realizando un seguimiento apropiado a los factores que intervienen en la calidad de vida de los pacientes (sociales, ambientales y materiales), con el objetivo de hacer más llevadera su condición de salud, así mismo, ofrecer mayor orientación (psicoeducación), promover el autocuidado, el autocontrol y el apego al tratamiento.

Así mismo se exhorta al servicio de Psicología reforzar las habilidades sociales de los pacientes con el fin de enseñarles a sobrellevar situaciones de estrés, ansiedad, miedo, discriminación. Además el proveer información y brindar estrategias al personal del centro hospitalario y a la población acerca del trato, atención y cuidado que debe tener el paciente diagnosticado con esta enfermedad.

Por otro lado se sugiere a los directivos del nosocomio, realizar la implementación de programas de educación para la salud e información en los distintos grupos de población y género, con el fin de promover la prevención, diagnóstico oportuno y, por lo tanto, disminuir el riesgo de contagio.

De igual manera se les propone a las autoridades locales pertinentes implementar dentro de la currícula escolar temas o actividades que tengan como objetivo lograr una buena educación sexual, poniendo énfasis en el manejo adecuado de la sexualidad y las consecuencias que pueden traer el no tener el conocimiento correcto.

Por último, se exhorta a continuar desarrollando investigaciones dirigidas a conocer las variables tratadas en este estudio, en diferentes poblaciones.

Referencias bibliográficas

- Achucarro, S. (2010) Calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA y atención integral de enfermería. Paraguay: Instituto de Medicina Tropical. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v5n1/v5n1a04.pdf>
- Alcántara, N. (2008) Sintomatología depresiva y Adhesión al tratamiento en pacientes con VIH. Perú: Pontificia Universidad Católica del Perú. Recuperado de http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/403/ALCANTARA_ZA_PATA_NATALI_SINTOMATOLOGIA_DEPRESIVA.pdf?sequence=1
- Alvis, O., Chumbimune, L., Díaz, C., Díaz, J. & Reyes, M. (2009) Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adulto infectados con el VIH-SIDA. Perú: Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v70n4/a07v70n4>
- Arévalo, V., Salazar, M. & Correa, I. (2008) Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. Colombia: Universidad Católica de Colombia. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/798/79811210.pdf>.
- Boyle, C. (1994). The Schedule for the evaluation of individual Quality of life (SEIQoL). *Internacional Journal of Mental Health*.
- Castellanos, R. & Soza, F. (2014). Ideación suicida entre pacientes con VIH y pacientes con TBC de los distritos de Pueblo Nuevo y Ferreñafe. Lambayeque. Recuperado de: http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/334/1/TL_CastellanosSirlopuRuperto_SozaCarrilloFiorella.pdf
- Celina, J. (2010). Evaluación de la calidad de vida relacionada con la salud en personas que viven con VIH/SIDA. España. Recuperado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5069945.pdf>
- Fernández, J., Hernández, R. & Siegrist, J. (2001). El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos (PECVEC): un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica.
- Hernández, A., Rodríguez, T., Durán, T., Vásquez, L., Gutiérrez, G. & Gracia, G. (2013) Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA. México: Instituto Mexicano del Seguro Social. Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2013/eim132e.pdf>
- Higueta, L. & Cardona, J. (2015). Concepto de calidad de vida en la adolescencia: una revisión crítica de la literatura. Colombia. Recuperado de: <http://revistas.ces.edu.co/index.php/psicologia/article/view/3031>
- Kiloki, N. (2015) Calidad de vida en pacientes infectados con VIH y co-infectados VIH/TB en un hospital de segundo nivel de atención IMSS. México: Universidad de Morelos. Recuperado de: <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.11972/622/Tesis%20>

de%20Maestri%CC%81a%20en%20Salud%20Pu%CC%81blica%20de%20Nicholas%200Kiloki%20Kioko.pdf?sequence=3&isAllowed=y

- Lama, M. (2000). Diferencias de sexo, género y diferencia sexual. México: Escuela Nacional de Antropología e Historia. Recuperado de:
<http://www.redalyc.org/pdf/351/35101807.pdf>
- Laos, K. (2010). Calidad de vida y religiosidad en pacientes con cáncer de mama. Lima: PUCP. Recuperado de: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/668>
- Luque, E., Torres, A., Campín, E., Costa, M., Matamala, A. & Fuenmayor, A. (2007) Diferencia entre la calidad de vida percibida por los pacientes autónomos en diálisis y la percibida por los profesionales de enfermería de la unidad. Barcelona: Fundación Puigvert. Recuperado en: http://www.revistaseden.org/files/1739_3.pdf
- Machado, J. (2010). Efectividad del tratamiento antirretroviral en pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA de dos ciudades de Colombia. Colombia. Recuperado de:
http://ddd.uab.cat/pub/trerecpro/2011/hdl_2072_116886/TR_MachadoAlba.pdf
- Miguel, L. (2001) Evaluación de la Calidad de vida en personas infectadas por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). España: Universidad Autónoma de Barcelona. Recuperado de:
<http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/5416/lm1de5.pdf?sequence=1>
- MINSA (2013). Siete precisiones sobre el VIH/Sida. Lima. Recuperado de:
http://www.paho.org/per/index.php?option=com_content&view=article&id=2558:siete-precisiones-sobre-vih-sida&Itemid=900
- MINSA (2015). VIH y discriminación en Ica. Un problema de salud pública. Lima. Recuperado en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/GOB/952_CIES-DP28.pdf
- Molina, Y. (2008). Adherencia al tratamiento y su relación con la calidad de vida de los pacientes con diabetes mellitus tipo 2 que asisten al Programa de Diabetes del Hospital Nacional “Dos de Mayo”: enero-febrero 2008. Lima. Recuperado de
http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/470/1/Molina_gy.pdf
- Nava, G. (2012) La calidad de vida: Análisis multidimensional. México. Recuperado en:
<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene123c.pdf>
- OMS (2016). La adherencia al tratamiento: cumplimiento y constancia para mejorar la calidad de vida. España: Pfizer. Recuperado en:
https://www.pfizer.es/docs/pdf/asociaciones_pacientes/2009/FOROpfizer_2009.pdf
- Ortego, M. (2011) Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad. España: Universidad de Cantabria. Recuperado en:
<https://repositorio.unican.es/xmlui/bitstream/handle/10902/1281/TesisMCOM.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Peñarrieta, M. (2009). Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. Recuperado en:
http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/medicina_experimental/v26_n3/pdf/a0126n3.pdf

- Remor E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. Universidad Autónoma de Madrid. España. Recuperado en: www.psicothema.com/pdf/718.pdf
- Remor, E. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud y variables psicosociales: Caracterización de una muestra de mujeres uruguayas con cáncer de mama. España. Recuperado en: https://www.uam.es/otros/PSPDLab/default.html/Publicaciones_files/calidad.pdf
- Rivas, J. & Cavero, R. (2013). Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida de pacientes con VIH/sida del Hospital Regional Docente Las Mercedes. Lambayeque. Recuperado en: tesis.usat.edu.pe/handle/usat/286
- Rivas, J. (2008). Adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral altamente activo y soporte social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA. Lima. Recuperado en: <http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/handle/123456789/644>
- Robles, B. (2005). El VIH una definición de la realidad. *Gazeta de Antropología*. Recuperado de: http://www.ugr.es/~pwlac/G21_14Bernardo_Robles.pdf
- Ruiz, I., Olry, A., López, M., Del Arco, A., Rodríguez, J., Causse, M., Pasquau, J., Martín, P., Prada, J., De la Torre, J., López, M., Marcos, M., Muñoz, N., Morales, D. & Muñoz, I. (2005). Estado clínico, adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con infección por el VIH tratados con antirretrovirales. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, (23), 579-6455. Recuperado de: <http://www.elsevier.es/es-revista-enfermedades-infecciosas-microbiologia-clinica-28-articulo-estado-clinico-adherencia-al-targa-13081565>
- Schwartzmann, L. (2003). Calidad de vida relacionada con la salud: aspectos conceptuales. *Ciencia Enfermería*, 2, 9-21. Recuperado de: <http://www.scielo.cl/pdf/cienf/v9n2/art02.pdf>
- Tafur, E. (2010). Seguimiento Farmacéutico a pacientes con VIH/SIDA: Evaluación de la Adherencia y Calidad de Vida Relacionada a la Salud en el Centro Médico Naval “Cirujano mayor Santiago Távara”. Universidad de Granada. España. Recuperado de: <https://hera.ugr.es/tesisugr/18682960.pdf>
- Teva I, Paz M, Hernández J. (2009) Evaluación de la Calidad de vida relacionada en pacientes infectados por VIH. Chile. Recuperado en: <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/pdf/785/78522202.pdf>.
- Vinaccia L. & Orozco M. (2005) Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónica. Colombia. Recuperado en: <http://www.redalyc.org/html/679/67910202/>

Apéndice
Apéndice A



Chiclayo 30 de Junio de 2017

Carta N° 100 2017-USAT-EPSI

Sr.
Dr. Ernesto Montenegro Díaz
Director del Hospital Referencial de Ferreñafe
Ferreñafe.-

De mi especial consideración:

Reciba el saludo cordial de la Escuela de Psicología de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, y a la vez hacer de su conocimiento que nuestros estudiantes en las diferentes asignaturas realizan actividades para consolidar sus conocimientos teóricos, en esta oportunidad en la asignatura de Seminario de Tesis I, los estudiantes asesorados por los docentes Dr. Víctor Ricardo Alvitres Castillo y Dra. Marilia Sibebe Cortez Vidal, solicitan su autorización para realizar el estudio denominado: Adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con VIH/Sida en un Hospital nivel II-1 de Ferreñafe, durante Agosto-Diciembre, 2017, a cuyos asociados usted representa. A continuación los estudiantes son:

Rojas Cornejo Oscar Alberto código universitario 121TD33660
Mechan Landacay Norehelía Katherine código universitario 111AA25653


Se informa que el estudio será de importancia para el nosocomio, ya que los estudiantes se comprometen a entregar los resultados a su despacho una vez concluida la investigación, para los fines que crean conveniente.

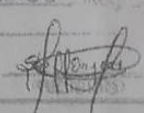
Es propicia la ocasión para desearle éxitos en su gestión y agradecer su fina atención.

Atentamente.



ESCUELA DE PSICOLOGÍA


Dra. Beatriz Ortega Pauta
Directora
Escuela de Psicología

HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE	
SECRETARÍA	
Fecha:	RECIBIDO 03 JUL 2017
Hora:	10:55 Reg:
Folios:	

Apéndice B



CONSEJO DE FACULTAD
RESOLUCIÓN Nº 507-2017-USAT-FMED
Chiclayo, 14 de setiembre de 2017

Vista la solicitud Nº 142735 de fecha 13 de setiembre de 2017 que adjunta el documento de aprobación emitido por el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina del Proyecto de Investigación de los estudiantes Mechan Landacay Norehelia Katherine y Rojas Cornejo Oscar Alberto, de la Escuela de Psicología.

CONSIDERANDO:

Que esta investigación forma parte de las áreas y líneas de investigación de la Escuela de Psicología.

Que el proyecto de Investigación denominado: Nivel de Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida relacionada a la salud en pacientes con VIH/SIDA, de un Hospital MINSA nivel II-1 de Ferreñafe - Lambayeque, durante agosto - diciembre, 2017, fue aprobado por el Comité Metodológico de la Escuela de Psicología y el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina.

En uso de las atribuciones conferidas por la Ley Universitaria Nº 30220 y el Estatuto de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo;

SE RESUELVE:

Artículo 1º.- Declarar aprobado el Proyecto de Investigación para continuar con el proceso de recolección de datos y finalización del mismo.

Artículo 2º.- Disponer que los estudiantes gestionen ante las instituciones pertinentes las facilidades para la recolección de información.

Regístrese, comuníquese y archívese.



SECRETARÍA ACADÉMICA
FACULTAD DE MEDICINA

MS. Blgo. Antero Enrique Yacurini Martínez
Secretario Académico
Facultad de Medicina



Méd. Jorge Luis Limo Liza
Decano (e)
Facultad de Medicina

Apéndice C

FICHA SOCIODEMOGRÁFICA

I) Datos personales

• Sexo: _____

• Edad: _____

• Estado civil

A) Soltero B) Casado C) Conviviente D) Separado E) Divorciado F) Viudo (a)

• Vía de transmisión de la infección

A) Sexual B) Sanguíneo C) Usuario de droga endovenosa

• Hace cuánto tiempo participa del servicio de TARGA

A) Menos de 3 meses B) Entre 3 meses y 5 meses C) Entre 6 meses y 12 meses D) Más de 12 meses.

II) Información sobre educación

• Grado de instrucción

A) Analfabeto

B) Primaria

C) Secundaria

D) Superior

Completo

Incompleto

Código:

Correo:

Apéndice D

Cuestionario MOS – HIV

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

1. En general, usted diría que su salud es:

Excelente	Muy buena	Buena	Regular	Mala
-----------	-----------	-------	---------	------

2. ¿Tuvo dolor en alguna parte del cuerpo durante las dos últimas semanas?

Ningún dolor	Muy poco	Poco	Moderado	Severo	Muy severo
--------------	----------	------	----------	--------	------------

3. Durante las dos últimas semanas, ¿hasta qué punto el dolor le ha dificultado su trabajo habitual (incluyendo el trabajo fuera de casa como los quehaceres domésticos)?

Nada	Un poco	Regular	Bastante	Mucho
------	---------	---------	----------	-------

4. Las siguientes preguntas se refieren a actividades que usted podría hacer un día normal. Su salud actual ¿le dificulta hacer estas actividades? Si es así, ¿cuánto? (Marque una casilla en cada pregunta)

	Sí, me dificulta mucho	Sí, me dificulta un poco	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 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 bañarme o ir al baño o vestirme			

5. Su salud ¿le impide hacer su trabajo, tareas domésticas o ir a la escuela?

Sí	No
Sí	No

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

7. Marque 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	Solo alguna vez	Nunca
¿Cuántas veces su salud le ha dificultado sus actividades sociales? (como visitar a sus amigos o parientes cercanos)						
¿Cuántas veces estuvo muy nervioso?						
¿Cuántas veces se sintió calmado y tranquilo?						
¿Cuántas veces se sintió desanimado y triste?						

¿Cuántas veces se sintió feliz?						
¿Cuántas veces se sintió tan decaído que nada podía animarle?						
¿Cuántas veces se sintió lleno de vida?						
¿Cuántas veces se sintió agotado?						
¿Cuántas veces se sintió cansado?						
¿Cuántas veces tuvo fuerzas suficientes para hacer lo que quería hacer?						
¿Cuántas veces se sintió agobiado por sus problemas de salud?						
¿Cuántas veces se sintió desanimado por sus problemas de salud?						
¿Cuántas veces llegó a perder la esperanza por sus problemas de salud?						
¿Cuántas veces llegó a tener miedo dado a su estado de salud?						

8. En las últimas **dos semanas**, ¿Cuántas veces...

	Siempre	Casi siempre	Muchas veces	Algunas veces	Solo alguna vez	Nunca
Ha tenido usted dificultad al analizar y resolver problemas, por ejemplo al hacer planes, tomar decisiones o aprender cosas nuevas?						
Ha olvidado usted cosas que habían pasado recientemente, por ejemplo el lugar donde había dejado las cosas o la fecha en que tenía citas?						
Ha tenido usted dificultades para mantener su atención al hacer tarea durante mucho tiempo?						
Ha tenido usted dificultades a la hora de concentrarse y pensar al hacer una tarea?						

9. Indique si le parece cierta o falsa cada una de las siguientes frases:

	Totalmente cierta	Muy cierta	No lo sé	Muy falsa	Totalmente falsa
Estoy un poco enfermo					
Estoy sano como cualquiera					
Mi salud es excelente					
Me encuentro mal últimamente					

10. ¿Cómo calificaría su calidad de vida en las últimas dos semanas? Es decir, ¿Cómo le han ido las cosas?

Muy bien, no podría haber ido mejor.	Bastante bien	Cosas buenas y cosas malas, un poco de todo.	Bastante mal.	Muy mal, no podría haber ido peor.
--------------------------------------	---------------	--	---------------	------------------------------------

11. Actualmente tu salud física y emocional es...

Mucho mejor	Algo mejor	Más o menos igual	Algo peor	Mucho peor
-------------	------------	-------------------	-----------	------------

Código:

Correo:

Apéndice E

Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) en Personas con Infección por VIH y SIDA

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

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 su medicación en alguna ocasión?					
2.- ¿Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar su medicación?					
3. Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarla?					
4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar la medicación?					

5. ¿Recuerda qué fármacos 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?					

	No, nunca	Sí, alguna vez	Sí, aproximadamente la mitad de las veces	Sí, bastantes veces	Sí, siempre
12. ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta?					
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 medicinas?

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 para tomar la medicación?

Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad
------------------	---------------------	---------	-----------------	--------------------

19. Desde que está en tratamiento ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar su medicación un día completo/más de uno? [Si responde afirmativamente, ¿Cuántos días aproximadamente?

SI	NO
----	----

20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar la medicación?
¿Cuál?

SI	NO
----	----

Apéndice F

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

Instituciones : Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo – Hospital Referencial Ferreñafe
 Investigadores : Norehelia Mechán Landacay y Oscar Rojas Cornejo
 Título: Adherencia al Tratamiento y Calidad de Vida en pacientes con VIH/SIDA, de un Hospital MINSA de Ferreñafe, Agosto – Diciembre, 2017

Fines del Estudio:

Se le invita a participar en un estudio llamado: Adherencia al tratamiento y Calidad de Vida en pacientes con VIH/SIDA.

Calidad de vida es un constructo complejo y multidimensional que puede verse afectado por diferentes aspectos, tales como, sociodemográficos, laborales, clínicos, y psicosociales.

Adherencia al tratamiento es el cumplimiento del mismo; es decir, la toma de la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito, así mismo de la persistencia para tomar la medicación por un periodo largo.

Esta investigación es desarrollada por investigadores de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo y Hospital Referencial Ferreñafe. Estamos realizando este estudio para determinar los niveles de adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se le pedirá que responda a las preguntas de dos cuestionarios.

Riesgos:

No existen riesgos por participar en este estudio.

Beneficios:

Usted se beneficiará de una evaluación Psicológica donde se determinará los niveles de adherencia al tratamiento y de calidad de vida.

Si lo desea se le informará de manera personal y confidencial los resultados que se obtengan de los test realizados.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar nada por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole.

Confidencialidad:

La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Sus respuestas serán codificadas usando un número de identificación que garantiza la confidencialidad. Si los resultados de este programa son publicados, no se mostrará ninguna información que permita la identificación de las personas que participan en este estudio. Sus archivos no serán mostrados a ninguna persona ajena al estudio sin su consentimiento.

Uso de la información:

La información una vez procesada será eliminada.

Derechos del participante:

Si usted decide participar en el estudio, puede retirarse de éste en cualquier momento, sin perjuicio alguno. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar 956584089, 958923629.

Si usted tiene preguntas sobre los aspectos éticos del estudio, o cree que ha sido tratado injustamente puede contactar al Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Medicina de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, teléfono 606200 anexo

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, comprendo que cosas me van a pasar si participo en el proyecto, también entiendo que puedo decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante

Nombre:

DNI:

Fecha:

Investigadores

Nombre: Rojas Cornejo Óscar

DNI: 73014288

Nombre: Mechán Landacay Norehelia

DNI: 72425278

Fecha: