



FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

Carrera de Psicología

“ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD Y
CALIDAD DE VIDA EN PACIENTES CON VIH/SIDA
DE UN HOSPITAL DE LIMA – PERÚ, 2019”

Tesis para optar el título profesional de:

Licenciada en Psicología

Autoras:

Medalit Aguirre Solis
Claudia Fiorella Gonzales Uribe

Asesor:

Mg. Juan Carlos Escudero Nolasco

Lima - Perú

2021

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS

El asesor Juan Carlos Escudero Nolasco, docente de la Universidad Privada del Norte, Facultad de Ciencias de la Salud, Carrera profesional de **PSICOLOGÍA**, ha realizado el seguimiento del proceso de formulación y desarrollo de la tesis de los estudiantes:

- Aguirre Solis, Medalit
- Gonzales Uribe, Claudia Fiorella

Por cuanto, **CONSIDERA** que la tesis titulada: Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Amplitud y Calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú. 2019 para aspirar al título profesional de: Psicólogas por la Universidad Privada del Norte, reúne las condiciones adecuadas, por lo cual, **AUTORIZA** al o a los interesados para su presentación.

Ing. /Lic./Mg./Dr. Nombre y Apellidos
Asesor

ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS

Los miembros del jurado evaluador asignados han procedido a realizar la evaluación de la tesis de los estudiantes: Aguirre Solis, Medalit y Gonzales Uribe, Claudia Fiorella para aspirar al título profesional con la tesis denominada: Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Amplitud y Calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú

Luego de la revisión del trabajo, en forma y contenido, los miembros del jurado concuerdan:

Aprobación por unanimidad

Aprobación por mayoría

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Calificativo:

Excelente [20 - 18]

Sobresaliente [17 - 15]

Bueno [14 - 13]

Desaprobado

Firman en señal de conformidad:

Ing./Lic./Dr./Mg. Nombre y Apellidos
Jurado
Presidente

Ing./Lic./Dr./Mg. Nombre y Apellidos
Jurado

Ing./Lic./Dr./Mg. Nombre y Apellidos
Jurado

DEDICATORIA

El presente trabajo está dedicado a nuestras familias por haber sido apoyo a lo largo de nuestra carrera universitaria y de nuestras vidas. Principalmente a nuestros padres que, con apoyo incondicional, amor y confianza permitieron que logremos culminar la carrera profesional. Así mismo, a todas las personas especiales que nos acompañaron en esta etapa, aportando información tanto profesional y como ser humano.

AGRADECIMIENTO

Agradecemos a Dios por bendecirnos la vida y guiarnos a lo largo de nuestra existencia. Gracias a nuestros padres por ser los principales impulsores de nuestros sueños, por confiar y creer en nuestras expectativas, por los consejos, valores y principios que nos han inculcado.

Agradecemos a nuestros docentes de la Universidad Privada Del Norte, por haber compartido sus enseñanzas y conocimientos a lo largo de la preparación de nuestra carrera profesional.

Tabla de contenidos

ACTA DE AUTORIZACIÓN PARA SUSTENTACIÓN DE TESIS.....	2
ACTA DE APROBACIÓN DE LA TESIS.....	3
DEDICATORIA.....	4
AGRADECIMIENTO	5
ÍNDICE DE TABLAS.....	7
RESUMEN	8
ABSTRACT	9
CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN	10
CAPÍTULO II. MÉTODO.....	25
CAPÍTULO III. RESULTADOS.....	39
CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES.....	49
REFERENCIAS.....	55
ANEXOS.....	62

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de la muestra según sexo, edad y grado de instrucción	28
Tabla 2: Composición del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH) adaptación para su uso en el Perú.....	31
Tabla 3: Puntajes de respuestas del CEATH – VIH adaptación para su uso en el Perú.....	32
Tabla 4: Interpretación del CEATH – VIH adaptación para su uso en el Perú.....	33
Tabla 5: Composición de la Adaptación del Índice de Calidad de Vida.....	35
Tabla 6: Interpretación del ICV adaptación para su uso en el Perú	36
Tabla 7: Niveles de Adherencia al TARGA.....	39
Tabla 8: Niveles de Calidad de Vida.....	40
Tabla 9: Prueba de Shapiro Wilk para adherencia al tratamiento y calidad de vida según grado de instrucción.....	41
Tabla 10: Comparación de calidad de vida según grado de instrucción mediante la prueba de ANOVA.....	43
Tabla 11: Comparaciones múltiples para calidad de vida según grado de instrucción.....	44
Tabla 12: Diferencia de adherencia al tratamiento según grado de instrucción mediante la H de Kruskal Wallis.....	45
Tabla 13: Comparaciones múltiples para adherencia al tratamiento según grado de instrucción.....	46
Tabla 14: Correlación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida.....	47
Tabla 13: Correlación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida según sexo.....	48

RESUMEN

La presente investigación tuvo como objetivo principal determinar la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la calidad de vida. La muestra estuvo formada por 100 pacientes con el diagnóstico de VIH entre 18 y 65 años de ambos sexos que se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral de gran actividad en un hospital de Lima – Perú. El estudio tiene un enfoque cuantitativo de diseño no experimental transversal correlacional. El instrumento utilizado para poder medir la adherencia al TARGA fue el Cuestionario de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT -VIH) y para la variable de Calidad de vida se hizo uso del Índice de Calidad de Vida (ICV); ambos instrumentos han sido validados para su uso en el Perú y cuentan con una adecuada confiabilidad y validez. Se encontró que sí existe una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre las variables de calidad de vida y la adherencia al tratamiento antirretroviral. En conclusión, se evidencia que los pacientes evaluados que presentan mayor adherencia al TARGA tienden a presentar una mejor calidad de vida.

Palabras clave: VIH, SIDA, Tratamiento Antirretroviral de Gran Amplitud, Calidad de Vida, Adherencia al Tratamiento.

ABSTRACT

The main objective of the present investigation was to determine the relationship between adherence to highly active antiretroviral treatment and quality of life. The sample consisted of 100 patients with a diagnosis of HIV between 18 and 65 years of age of both sexes who were receiving highly active antiretroviral treatment in a hospital in Lima - Peru. The study has a quantitative approach of a non-experimental, cross-sectional, correlational design. The instrument used to measure adherence to HAART was the Antiretroviral Treatment Adherence Questionnaire (CEAT-HIV) and the Quality of Life Index (ICV) was used for the Quality of Life variable; Both instruments have been validated for use in Peru and have adequate reliability and validity. It was found that there is a statistically significant correlation ($p < 0.05$) between quality of life variables and adherence to antiretroviral treatment. In conclusion, it is evident that the evaluated patients who present greater adherence to HAART tend to present a better quality of life.

Keywords: HIV, AIDS, highly active antiretroviral therapy, quality of life, adherence to treatment.

CAPÍTULO I. INTRODUCCIÓN

1.1. Realidad Problemática

El Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) ataca el sistema inmunológico y debilita las defensas, lo cual deja al organismo expuesto y propenso a contraer numerosas enfermedades, infecciones y determinados tipos de cáncer. Hasta la actualidad no se ha encontrado una cura para dicha infección, pero existe un tratamiento que permite mantener controlado el virus y prevenir la transmisión a otras personas (Organización Mundial de la Salud, 2021).

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2020) el VIH sigue siendo hasta la actualidad uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial. Debido a que, para el 2020 declararon que había 680.000 muertes a causa de enfermedades relacionadas al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

Por otro lado, la Organización Panamericana de Salud (OPS, 2020) presenta unos datos estadísticos durante el periodo 2010 - 2019 en donde informan que los casos de VIH en América Latina se han incrementado en un 21% desde el 2010 lo cual quiere decir que hay un aproximado de 120 mil nuevas personas diagnosticadas con dicha infección.

En un trabajo de investigación presentado en el 2002 por Cueto “El rastro del SIDA en el Perú” refiere que los orígenes del VIH/SIDA yacen desde el año 1983 ya que el médico, investigador y docente de la Universidad Peruana Cayetano Heredia Raúl Patrucco diagnosticó el primer caso de SIDA en un paciente homosexual originario de Lima - Perú que había retornado al país en el año 1982 después de haber estado en Nueva York. Desde el año 1983 hasta el 29 de febrero de 2020 se han reportado un total de 132.657 casos personas con VIH y de los cuales 45.089 se encuentran en estadio SIDA, esta información se encuentra publicada

en el Boletín de VIH 2020 Situación Epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú presentado por el Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades.

En párrafos anteriores se mencionó que hasta la actualidad aún no existe una cura para el VIH/SIDA; sin embargo, hay un tratamiento que ayuda a controlar la infección inhibiendo la réplica del virus en el organismo y a la misma vez fortalece el sistema inmunológico logrando así suprimir al máximo la carga viral hasta niveles difíciles de detectar lo cual reduce la mortalidad, las hospitalizaciones, la incidencia de infecciones oportunas y por ende el uso de los servicios de salud (OMS, 2021).

Conde y Santoro (2013) refieren que la adherencia al tratamiento antirretroviral es sumamente necesaria, ya que es esencial para poder reducir la morbilidad y mortalidad de las personas que viven con VIH y también minimiza el desarrollo a la resistencia de los fármacos.

Hoy en día podemos encontrar diversos estudios que asocian la calidad de vida con la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV). Buele (2019) presenta una tesis en donde halla relación significativa entre la calidad de vida y la adherencia al tratamiento antirretroviral y también se encontró que el grupo de pacientes que tiene carga viral indetectable tienen mejor puntuación en calidad de vida y en la adherencia al TARV.

En el estudio que presenta de Oliveira et al. (2014) indican que la calidad de vida en personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) es mejor para aquellos que son adherentes al TARGA. Por otro lado, el apoyar a las PVVS mejora la adherencia en ellos y el apoyo que estos deben de recibir no solo debe de ser por el personal de salud, sino también por otras personas cercanas a ellos como familiares y amigos.

1.2. Formulación del problema

Luego de lo expuesto, en vista de la problemática actual, se considera importante el responder la siguiente pregunta de investigación ¿Existe relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019?

1.3. Objetivos

1.3.1. *Objetivo general*

Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019.

1.3.2. *Objetivos específicos*

- Describir el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019.
- Describir el nivel de calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019.
- Determinar la relación entre la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran amplitud y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019 según sexo.
- Establecer la diferencia de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019 según grado de instrucción.
- Establecer la diferencia de calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019 según grado de instrucción.

1.4. Hipótesis

1.4.1. Hipótesis general

Existe una relación directa entre una adherencia estricta al tratamiento antirretroviral de gran amplitud y buena calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019.

1.4.2. Hipótesis específicas

- Existe diferencia en la adherencia al tratamiento de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019 según grado de instrucción.
- Existe diferencia en la calidad vida en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019 según grado de instrucción.

1.5. Antecedentes internacionales

En cuanto a las investigaciones a nivel internacional halladas se lograron encontrar las siguientes, las cuales serán detalladas a continuación.

Urizar et ál. (2020) en su investigación realizada en un hospital de Paraguay evaluaron los factores asociados a la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral en 42 pacientes con VIH con tratamiento antirretroviral que acudían al Hospital Nacional de Itauguá en setiembre del 2016. Para ello, se utilizó una encuesta demográfica y el Cuestionario Simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) con el fin de poder evaluar la adherencia en dichos pacientes. Los resultados que nos brinda esta investigación son que el 86% de los pacientes no son adherentes a su tratamiento y los factores que están asociados a lo no adherencia son la presencia de los efectos adversos y el olvido de la toma del medicamento durante el fin de semana.

En un estudio realizado en México sobre la calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en pacientes con VIH/SIDA

(Gutierrez et ál. 2019) se contó con la participación de 160 pacientes con diagnóstico de dicha infección y con TAR y la información requerida se obtuvo por medio de la técnica de encuesta haciendo uso de dos instrumentos; para poder evaluar la calidad de vida se usó el Medical Outcome Study Short Form (MOS SF – 36) el cual evalúa programas de salud y detecta beneficios a la salud de un tratamiento por medio de ocho dimensiones: función física (FF), desempeño físico (DF), dolor corporal (DC), salud general (SG), vitalidad (V), función social (FS), desempeño emocional (DE) y salud mental (SM). Para medir la adherencia al TAR y otras variables psicológicas se utilizó el Instrumento para medir variables psicológicas y comportamiento de adhesión al tratamiento en personas seropositivas frente al VIH (VPAD – 24) en el cual se tomó en cuenta el comportamiento que tiende a evitar depresión, adicciones al alcohol o drogas, conocimiento del paciente sobre la enfermedad y la adherencia al TAR. El estudio da como resultado que el comportamiento depresivo está asociada con las adicciones, el 87% de los pacientes evaluados se encuentran dentro del rango de mejor calidad de vida y que la buena adherencia al TAR está asociada a evitar el comportamiento depresivo y la ausencia de adicciones mas no se asoció a la calidad de vida.

Plascencia et ál. (2019) presentó un estudio sobre las variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH/SIDA. La muestra para este estudio estuvo conformada por 25 personas que contaban con el diagnóstico de VIH/SIDA de la ciudad de Guadalajara – México. Para medir la variable de adherencia al tratamiento antirretroviral se utilizó el Cuestionario de adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA (CAT – VIH) y el segundo instrumento que se utilizó fue el Cuestionario de Factores Relacionados con la Adherencia al Tratamiento para el VIH/SIDA (CFR-AT VIH). El resultado que nos brinda este estudio es que el 60% de los evaluados presentan una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral y dentro de las características sociodemográficas se distingue que

las mujeres, las personas con orientación homosexual, los solteros y los que tienen escolaridad de grado superior son aquellos que presentan mayor adherencia al tratamiento. Por último, se concluye que a mayores estados de estrés y depresión menor serán los niveles de adherencia al tratamiento antirretroviral.

Granada et ál. (2018) presentó un estudio sobre los factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con VIH/SIDA en un hospital de tercer nivel en Bogotá – Colombia. El presente es un estudio descriptivo prospectivo de corte transversal con inicio en junio del 2013 y finalizó en junio del 2014; para este estudio contaron con la participación de 51 pacientes que hayan recibido atención médica de manera ambulatoria o que se encuentren hospitalizados, también debían de encontrarse recibiendo tratamiento en dicho hospital. Se recolectaron los datos sociodemográficos y el estado de salud de los pacientes como coinfecciones y comorbilidades asociadas o no al VIH/SIDA, el estado inmunológico se evaluó por medio del conteo de células TCD4 y la carga viral para VIH – 1, en cuanto a la evaluación de trastornos psicopatológicos se realizó una entrevista estructurada (Mini – International Neuropsiquiatric Interview) con el fin de detectar alguna psicopatología, para la detección de algún trastorno de la personalidad de Eje II del Manual de Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (DSM – IV) se hizo uso de la Entrevista Clínica Estructurada para el DSM – IV (SCID II). También se hizo un tamizaje de trastorno neuro – cognitivo se utilizó el Mental Test y la escala de MOCA, para evaluar algún trastorno neurocognitivo específico para SIDA se usó la Escala de Demencia para SIDA (Internacional HIV Dementia Scale); por último, la adherencia fue valorada por medio de la escala de SACKLET en la cual se tiene en cuenta el total de pastillas tomadas y el porcentaje de citas asistidas y el porcentaje de reclamos del medicamento en farmacia, por otro lado, también se tomó en cuenta la mejoría que presentaban en el conteo de CD4 y carga viral indetectable. La

investigación dio como resultado que solo el 23% mostraron adherencia al tratamiento, el 64% contaban con alguna patología psiquiátrica asociada y, por último, los factores que se asociaron a la no adherencia fueron la psicopatología y la pobre red de apoyo.

En Chile, Belmar y Stuardo (2017) realizaron un estudio cualitativo con el fin de explorar y describir los aspectos socioculturales vinculados a la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARV) en mujeres. Se evaluó a 16 mujeres mayores de 18 años con el diagnóstico de VIH/SIDA de distintos centros públicos en donde se brinda atención a personas que viven con dicha infección. Para poder recolectar la información requerida se utilizó la técnica de la entrevista la cual fue elaborada en base a la revisión de literatura existente y de datos aportados por 12 expertos en el TARV y esta fue aplicada por siete antropólogos capacitados en la patología del VIH. La entrevista estuvo estructurada en tres ámbitos (individual, sociocultural y sistema de salud) y en ocho dimensiones (situación personal, historia con el VIH, tratamiento, relación con el médico, estigma y discriminación, asociatividad y redes sociales, expectativas previas de atención, aspectos generales de la atención y los programas). Este estudio da como resultado que existen diversos factores socioculturales que delimitan el grado de adherencia que adoptan las mujeres en relación al TARV; los más relevantes son la satisfacción vital, el imaginario sobre el VIH, la disposición de sus redes frente al diagnóstico y la disponibilidad de información. Por otro lado, también se menciona en el estudio que una de las razones para abandonar el TARV es la sensación de soledad y desesperanza lo cual las lleva a una forma más rápida de terminar con su vida.

1.6. Antecedentes nacionales

Con respecto a la literatura nacional se encontró diferentes estudios sobre las variables de investigación.

Ticliahuanca y Becerra (2020) realizaron un estudio en un Hospital Nacional de la región del Callao durante el año 2019. Con este estudio buscaron poder determinar la adherencia al TARGA en pacientes con el VIH; para ello, su muestra estuvo constituida por 108 pacientes adultos de dicho hospital que se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral de gran amplitud. El instrumento que se aplicó en esta investigación fue el Cuestionario de Evaluación de Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH) el cual permite evaluar los niveles de adherencia clasificándolos de la siguiente manera: mínima, regular y estricta. Los resultados que se hallaron en esta investigación fueron que el 85% de los pacientes mantienen una adherencia estricta, el 10% una adherencia regular y solo el 5% una adherencia mínima, concluyendo así que la muestra evaluada tiene una adecuada adherencia.

Condori et ál. (2020) evaluaron la eficacia del envío de mensajes de texto como estrategia para mejorar la adherencia al TARGA, asistencia a las citas y marcadores biológicos (carga viral y CD4). Por medio de un ensayo aleatorio controlado se evaluaron a 166 pacientes de la ONG Vía Libre que contaban con un teléfono celular con tarjeta SIM activa y que habían asistido a destiempo a sus citas programadas; 84 participantes fueron del grupo control y 82 del grupo de intervención. Para poder obtener el nivel de adherencia al TARGA se utilizó el Cuestionario Simplificado de adherencia a la medicación (SMAQ) por otro lado, para obtener información sobre la carga viral y CD4 de los pacientes se hizo uso de los reportes del Instituto Nacional de Salud (INS). El grupo control no recibió mensajes de texto solo se le brindó la atención normal, el cual consistía en sus citas con el médico, la enfermera y la entrega de sus medicamentos cada 3 meses; por otro lado, el grupo de intervención aparte de su atención normal recibieron mensajes de texto haciendo recordatorio 1 y 3 días antes de su cita programada; además de ello, recibieron 2 mensajes cada miércoles y sábado durante 24

semanas, el primero era un mensaje fomentando la adherencia y el segundo se alternaba entre un mensaje motivacional y un mensaje informativo de salud en general; finalmente a los 6 meses y habiendo pasado por dos citas médicas tuvieron que completar el SMAQ. Los resultados que se encontraron en este estudio fueron que el grupo de intervención asistió a sus dos citas en un 89% más que el grupo control, no se encontraron diferencias en sus niveles de carga viral y CD4 y con respecto a la adherencia se encontraron diferencias significativas entre el grupo control y de intervención. Concluyendo así que el envío de mensajes de texto puede mejorar la asistencia a las citas y la adherencia al TARGA en los pacientes con VIH/SIDA continuadores.

En un estudio experimental realizado por Enriquez et ál. (2020) se buscaba hallar la relación entre el acceso al programa de terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) el cual incluía el apoyo multidisciplinario de los profesionales de salud (dentro de ellos el apoyo psicológico) y la mejora en la calidad de vida. Se evaluó aproximadamente 32 000 pacientes con el diagnóstico de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). En el seguimiento realizado durante el periodo de 1983-2018 se observó que la cantidad de casos fueron menor a la esperada desde la implementación de programas de terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA), el cual no solo consistió en la entrega de medicamentos, sino de un seguimiento continuo de los pacientes y del trabajo multidisciplinario. Así mismo, se concluyó que los programas de apoyo psicológico dados por los profesionales mejoran la adherencia al tratamiento en personas que viven con esta infección.

Zafra y Ticona (2016) desarrollaron una investigación con el fin de determinar el nivel de estigma relacionado a VIH/SIDA con la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes de un Hospital de Lima, Perú en el 2014. Se evaluó a 312 pacientes mayores de 18 años que se encontraban dentro del programa tratamiento antirretroviral

(TARV) del Hospital Nacional Dos de Mayo. El instrumento utilizado para poder evaluar la adherencia fue el Simplified medication adherence questionnaire (SMAQ) y se utilizó la escala Berger previamente validada en Perú para poder medir el estigma relacionado al VIH/SIDA. Esta investigación tuvo como resultado que el 25.4% presentan un estigma alto relacionado al VIH/SIDA; por otro lado, el 66.7% no presenta adherencia al TARV. Concluyendo que existe un alto nivel de estigma relacionado con el VIH/SIDA y se asocia a la falta de adherencia al TARV.

Pacífico y Gutiérrez (2015) presentaron un estudio titulado “Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un Hospital de Lima – Perú” en el cual participaron 364 pacientes entre 18 y 65 años con el diagnóstico de VIH/SIDA del Servicio de Infectología del Hospital Nacional Arzobispo Loayza con el requisito de tener un mínimo de 30 días recibiendo TARGA entre enero y abril del 2013. El objetivo fue determinar la asociación entre la información sobre la medicación y la adherencia al tratamiento antirretroviral; para lo cual, se aplicó el Satisfaction whit Information about Medicines Scale (SIMS) con el fin de medir la satisfacción con la información recibida sobre los medicamentos y el Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) para establecer la adherencia al TARGA. Como resultado se obtuvo que la satisfacción con la información recibida sobre los medicamentos no está asociada a la adherencia al TARGA.

1.7.Bases teóricas

1.7.1. VIH/SIDA

Como ya fue mencionado anteriormente, el VIH es un problema de salud pública que viene cobrando la vida de muchas personas desde sus inicios hasta la actualidad (OMS, 2021).

El VIH es un retrovirus del género del lentivirus, el cual se clasifica en dos tipos diferentes: VIH -1 y VIH – 2. Estos tipos se diferencian debido a las características de la organización de su genoma y las relaciones filogenéticas. El virus se origina por medio de las infecciones cruzadas entre especies, probablemente por el contacto directo de personas con sangre infectada de primates (Carrol et al., 2016 pp. 639, 640 y 642)

La OMS (2021) define al Virus de Inmunodeficiencia humana como una infección que ataca principalmente al sistema inmune y a su vez, disminuye las defensas frente a las diversas infecciones y tipos de cáncer. Esto conlleva que, el sistema inmunitario no tenga una funcionalidad adecuada y va destruyendo cada célula. Esta funcionalidad usualmente se mide por medio del recuento de los linfocitos CD4.

Por lo general, una persona con un sistema inmunitario saludable puede combatir a numerosas enfermedades, infecciones y/o cánceres. Sin embargo, una persona con la inmunodeficiencia relacionada al VIH incrementa el riesgo de contraerlas.

Según el Centro de Prevención y Control de Enfermedades (CDC, 2021) el VIH cuenta con tres fases siendo la última fase y la más grave de la infección el SIDA. A continuación, se detallarán las tres fases de esta infección.

Fase aguda del VIH

Es la etapa más precoz del virus, se patenta en un periodo de dos a cuatro semanas de adquirirla. Generalmente los síntomas presentados son parecidos a la influenza, cefalea y erupciones cutáneas. Si el paciente en esta fase comienza el tratamiento antirretroviral, es propenso a experimentar beneficios importantes para la salud.

Fase crónica del VIH

La segunda etapa se caracteriza por ser asintomática por el VIH, debido a que, el virus sigue aumentando en el organismo, pero en cantidades mínimas. En caso de no contar con el

tratamiento antirretroviral, esta infección se convierte en SIDA, en el lapso de diez años o más.

Puede variar en cada persona.

Fase de SIDA

La última fase mencionada es la más crítica, debido a que, posiblemente el portador del VIH posee un sistema inmune incapaz de reponer los linfocitos T CD4. Se manifiesta con fiebre, inflamación de los ganglios linfáticos, excesiva pérdida de peso, entre otros. Las personas en estadio SIDA son susceptibles a contraer numerosas infecciones causadas por estos agentes externos, que le pueden conducir a la muerte. Ya que su carga viral es muy elevada. Por ello, el paciente recibe el diagnóstico de SIDA cuando cuenta con un CD4 por debajo de las 200 células/mm o comienza a presentar ciertas infecciones o enfermedades oportunistas.

1.7.2 CD4

Se denomina CD4 a los glóbulos blancos que atacan las infecciones y gérmenes, realizan un papel fundamental en el sistema inmunitario. A medida que se van perdiendo los linfocitos CD4, el sistema se vuelve más débil y menos capaz de combatir frente a cualquier adversidad. Provocando una deficiencia inmunitaria. (InfoSIDA, 2020)

El conteo de los linfocitos CD4 por lo regular, se aplica para conocer de qué manera el virus está alterando el sistema inmune, así mismo para que el paciente tenga una medicación adecuada y diagnosticar en caso se encuentre en fase SIDA.

1.7.3 CARGA VIRAL

Según el Ministerio de Salud (2020) la carga viral es la cantidad del virus de inmunodeficiencia circulando en plasma sanguíneo. Esta puede ser medida por el número de copias de ARN por mililitro de plasma. Por lo regular, cuando se haya iniciado el tratamiento

antirretroviral, esta carga se mide cada seis meses en el periodo de un año. Luego se prolonga a cada doce meses.

1.7.4. TARGA

El TARGA, también conocido como TARV se relaciona al tratamiento antirretroviral de gran amplitud, donde el paciente con la infección por VIH, recurre a ingerir medicamentos antirretrovirales, que facilita la disminución de carga viral en sangre hasta niveles indetectables, favoreciendo la mejoría en el sistema inmune (MINSa, 2020).

La OMS (2021) manifiesta que el acceso temprano al tratamiento antirretroviral y el apoyo para continuar, son fundamentales, no solo para mejorar la salud de las personas con el virus de inmunodeficiencia, sino también para prever la propagación del virus.

1.7.5. Adherencia al tratamiento

Existen distintas definiciones para el concepto de adherencia al tratamiento, Gil et al. (2000) lo define como el grado de coincidencia entre las orientaciones médico-sanitarias; incluyendo así la asistencia a las citas programadas, participación en los programas de salud, búsqueda de cuidados y modificaciones del estilo de vida.

La OMS (2004) en la publicación Adherencia a los Tratamiento a Largo Plazo, menciona que a diferencia de otras enfermedades crónicas el VIH/ SIDA avanza rápidamente, su replicación y mutación hace que se requiera grados muy altos de adherencia para así lograr una supresión de la carga viral.

Varela et al. (2008) refiere que en el caso de la adherencia al tratamiento en los pacientes con VIH/SIDA no solo implica el tomar los medicamentos antirretrovirales en el horario indicado y la cantidad exacta, si no también, el asistir a las citas médicas periódicas y con los otros profesionales de la salud, el realizarse los exámenes de control (CD4, carga viral, citología, etc.), realizar ejercicios regularmente, alimentarse según recomendaciones médicas

y nutricionales, manejar las alteraciones emociones que influyen de manera negativa en el estado inmunológico, evitar el consumo de sustancias psicoactivas, adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual, observar si hay cambios en el cuerpo y preocupara el autocuidado.

Martín y Grau (2004) en su investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud, refiere que el tener una buena adherencia terapéutica viene a resolver notables problemas de salud en la población y por consecuencia tiene importantes repercusiones en la parte económica, social, médica, personal, familiar y para la gerencia de los servicios de salud.

En un estudio sobre los estilos de personalidad y adherencia al tratamiento en pacientes con diabetes mellitus (Granados y Escalante, 2010) menciona que dentro de los aspectos que constituyen negativamente para la adherencia son la interacción médico – paciente, la satisfacción del paciente en el proceso de interacción con los profesionales, el grado de comprensión de la información que reciben sobre el tratamiento y también las características personales.

En el informe realizado por el MINSA; Un paso adelante en la lucha contra el SIDA: Los primeros dos años de acceso universal al tratamiento antirretroviral en el Perú (2006) refiere que el componente de adherencia comprende de dos niveles de intervención:

- a) Intervención por proveedores de salud: los cuales deben de brindar la consejería para así fortalecer la adherencia y el soporte emocional individual, deben educar sobre el tratamiento (conocimientos básicos sobre la enfermedad y el TARGA, la ingesta de medicamentos, efectos secundarios, etc.) y también la organización social para la participación de la comunidad en la adherencia.

- b) Intervención por agentes sociales: este acercamiento es favorable para la adherencia debido a que la participación de las personas brinda un soporte en los pacientes en cual refuerza la adherencia al tratamiento.

1.7.6. Calidad de vida

Ardila (2003) define la calidad de vida como la combinación de distintos elementos objetivos y de una evaluación individual de cada uno de ellos. Es un estado de satisfacción general que posee aspectos subjetivos y objetivos. Dentro de los aspectos objetivos podemos encontrar: la intimidad, expresión emocional, seguridad percibida, productividad personal y salud percibida; por otro lado, dentro de los aspectos objetivos de la calidad de vida podemos encontrar: el bienestar material, relaciones armónicas con el ambiente, relaciones armónicas con la comunidad y salud objetivamente considerada.

Por otro lado, Mezzich et al. (2000) considera diez aspectos importantes para su evaluación, los cuales comprende:

- El bienestar psicológico al sentirse bien consigo mismo.
- Bienestar físico al sentirse lleno de energía, sin dolores ni problemas físicos.
- Autocuidado y funcionamiento independiente que se refiere al desempeño de sus tareas cotidianas, básicas y tomar sus propias decisiones.
- Funcionamiento ocupacional que es el desempeño de su trabajo, tareas académicas y domésticas.
- Funcionamiento interpersonal son las buenas relaciones con los familiares, amigos y grupos.
- Apoyo emocional y social relacionado con la disposición de personas en quien confiar, que le proporcionen ayuda.

- Apoyo comunitario y de servicio es el vecindario seguro y bueno, acceso a recursos financieros.
- Plenitud personal son los sentimientos de equilibrio personal, dignidad y solidaridad.
- Satisfacción espiritual son los sentimientos de fe, religiosidad y trascendencia, más allá de la vida material ordinaria.
- Calidad de vida global comprende los sentimientos de satisfacción y felicidad con su vida general.

1.8. Justificación

1.8.1 Teórica o científica

El presente estudio es importante a nivel teórico debido a que se encuentran limitadas investigaciones realizadas sobre estas variables en personas viviendo con VIH/SIDA también proporciona información relevante y busca incentivar futuras investigaciones en el área de la salud. Por ello, brinda información sobre la adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA y también determina la relación que existe entre estas dos variables.

1.8.2. Social o practica

Por otro lado, tiene una importancia a nivel social debido a que la presente investigación beneficiará a la población de las personas que viven con VIH/SIDA, ya que al mejorar su adherencia al TARGA también mejoraran su calidad de vida. Por lo cual, también se deberá tomar en cuenta la creación de talleres y/o programas en los que se fomenten la adherencia al tratamiento con el fin de mejorar la calidad de vida de los pacientes con dicha infección.

CAPÍTULO II. MÉTODO

2.1. Enfoque, tipo y diseño de investigación

2.1.1. Enfoque

El presente estudio tiene un enfoque cuantitativo; debido a que, está organizado de manera secuencial, esto quiere decir que no se puede pasar por alto ningún paso, y el fin es comprobar la hipótesis planteada, la formulación y demostrar la teoría. Por otro lado, la recolección de datos es cuantificable y se analiza de forma estadística para así llegar a las conclusiones (Hernández y Mendoza, 2018).

2.1.2. Tipo

Muñoz (2011) menciona que la investigación de tipo básica o pura es la que se centra en tratar de analizar y explicar los hechos con el fin de generar e incrementar conocimientos científicos. Debido a ello, este estudio se define de tipo básica, ya que su fin es el poder contribuir en el área científica.

2.1.3. Diseño

El diseño de la presente investigación es no experimental de tipo transversal correlacional. Debido a que no se realizó una manipulación de las variables y no se tuvo control directo sobre las variables dentro de un momento determinado (Hernández y Mendoza, 2018).

Por otro lado, también tiene un alcance descriptivo – comparativo, ya que reside en recolectar dos o mas muestras con el fin de observar el comportamiento de una variable, tratando de “controlar” estadísticamente otras variables que podrían afectar la variable estudiada (Sánchez y Reyes, 2015).

2.2. Población y Muestra

2.2.1. Población

La población estuvo constituida por pacientes de ambos sexos mayores de 18 años pertenecientes al Programa de Control de Infecciones de Transmisión Sexual y Sida (PROCITSS) de un hospital de Lima – Perú, 2019 que se encontraban recibiendo tratamiento antirretroviral de gran actividad.

2.2.2. Muestra

Según Hernández y Mendoza (2018) la muestra viene a ser un subgrupo de la población del cual se recolectará los datos.

La muestra de esta investigación estuvo conformada por 100 pacientes cuyas edades oscilan entre los 18 y 69 años; para lo cual se utilizó el tipo de muestreo no probabilístico por conveniencia debido a que los individuos seleccionados fueron todos aquellos que cumplieron con los criterios de inclusión y aceptaron ser parte del estudio de forma voluntaria firmando el consentimiento informado (Otzen y Manterola, 2017).

Los criterios de inclusión y exclusión que fueron tomados en cuenta para la investigación fueron los siguientes:

Criterios de inclusión

- Pacientes de ambos sexos mayores de 18 años.
- Contar con el diagnóstico de VIH/SIDA.
- Pertenecer a PROCITSS.
- Tener un mínimo de 6 meses con el tratamiento antirretroviral.
- Estar de acuerdo con participar voluntariamente en el estudio.

Criterios de exclusión

- Ser menor de edad.
- Haber iniciado el tratamiento antirretroviral en un plazo menor a 6 meses.
- Cuestionarios respondidos inadecuadamente (respuestas en blanco, haber marcado 2 respuestas a la vez y haber obviado algún dato al inicio).
- Pacientes que no estén de acuerdo en participar del estudio de forma voluntaria.
- No presentar el diagnóstico de VIH/SIDA.

Tabla 1

Distribución de la muestra según sexo, edad y grado de instrucción

		Frecuencia	%
Sexo	Masculino	65	65%
	Femenino	35	35%
Edad	18 a 29	40	40%
	30 a 59	59	59%
	60 a 69	1	1%
Grado de instrucción	Primaria completa	14	14%
	Secundaria completa	38	38%
	Superior técnica	27	27%
	Superior universitaria	21	21%
	Total	100	100%

En la Tabla 1 se aprecia la distribución frecuencia y porcentaje de los pacientes con VIH/SIDA evaluados para el presente estudio según sexo, grupo etario y grado de instrucción. Se observa que el 65% de la muestra estuvo conformado por pacientes del sexo masculino, mientras que el 35% fueron del sexo femenino. Por otro lado, en cuanto a la distribución de la muestra según el grupo etario se evidencia que el 40% de los pacientes se encuentran entre los 18 y 29 años, el 59% entre los 30 y 59 años y solo el 1% entre los 60 y 69 años. El grupo etario

predominante es el que oscila entre los 30 y 59 años. Con respecto a la distribución según el grado de instrucción el 14% cuenta con primaria completa, el 38% ha realizado estudios hasta el nivel secundario, el 27% refiere tener estudios técnicos superiores y el 21% cuenta con estudios universitarios. Siendo el grupo predominante el de los pacientes que tienen secundaria completa.

2.3. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

La técnica aplicada fue la encuesta bajo la modalidad de cuestionario escrito auto administrado. La finalidad de la encuesta es recabar información de una muestra en relación a un tema particular. Asimismo, el cuestionario escrito abarca una serie de preguntas las cuales son contestadas por los encuestados (Arias, 2012).

A continuación, se pasa a describir los instrumentos utilizados.

Instrumento 1

Ficha técnica

Nombre original	:	Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)
Autor	:	Remor, E.
Procedencia	:	Madrid, España
Año	:	2001

Adaptación Peruana

Nombre	:	Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT – VIH)
Autores	:	Tafur Valderrama E., Ortiz C., Alfaro C., García Jiménez E. y Faus M.
Año	:	2008

N° de ítems	:	20 ítems
Administración	:	Individual
Duración	:	8 a 10 minutos
Área de aplicación	:	Clínica
Finalidad	:	Evaluar el grado de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran amplitud por medio de 2 dimensiones; cumplimiento del tratamiento antirretroviral y factores moduladores de la adherencia al TARGA.

El instrumento empleado para la presente investigación fue la adaptación peruana del Cuestionario de Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) adaptada por Tafur et ál. (2008). Este cuestionario es administrado de manera individual y tiene un tiempo estimado de administración de 10 minutos. Consta de 20 ítems que tienen como finalidad evaluar el grado de adherencia al TARGA en los pacientes que viven con VIH/SIDA por medio de 2 dimensiones; las cuales son: el cumplimiento del tratamiento antirretroviral y los factores moduladores de la adherencia al tratamiento que se desdobra en los antecedentes de la falta de adherencia, la relación médico – paciente, creencias del paciente y las estrategias adecuada para recordar la toma de los antirretrovirales.

Tabla 2

Composición del Cuestionario de Evaluación de la Adherencia al Tratamiento

Antirretroviral (CEAT – VIH) adaptación para su uso en el Perú

Variable	Dimensiones	Indicadores	Items
Adherencia al TARGA	Cumplimiento del tratamiento	Toma estricta de la medicación	1,5,7,12,19
		Antecedentes de la falta de adherencia	2,3,4
		Factores moduladores de la adherencia al tratamiento	Interacción con el médico Creencias del paciente Estrategias para mejorar la adherencia

Nota: Tomado de “Adaptación del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral para el uso en Perú” (Tafur et ál., 2008)

Normas de aplicación

Respecto a las normas de aplicación, se le brinda a cada participante el cuestionario y se les señala que *“las siguientes preguntas deberán ser contestadas según su situación actual y de salud. Deberá marcar con una X la respuesta que más se adecue a su caso”*.

Corrección y calificación

Para la corrección el CEAT – VIH existe una hoja de puntuación en la cual se le asigna un puntaje a cada una de las respuestas. La suma total obtenida de los ítems es de 89 como valor máximo y 17 como valor mínimo.

Tabla 3

Puntajes de respuestas del CEAT - VIH adaptación para su uso en el Perú

Ítems	Puntaje
1 al 4	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
5	0 ninguno; 1 mitad; 2 todos
6 al 11	1 mala a 5 buena
12 y 13	1 no, nunca a 5 sí, siempre
14	1 muy insatisfecho a 5 muy satisfecho
15	1 muy intensos a 5 nada intensos
16	1 mucho tiempo a 5 nada de tiempo
17	1 nada cumplidor a 5 muy cumplidor
18	1 mucha dificultad a 5 nada de dificultad
19	0 sí: 1 no
20	1 sí: 0 no

Nota: Tomado de “Adaptación del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral para el uso en Perú” (Tafur et ál., 2008)

Interpretación

En cuestión a los resultados del CEAT - VIH, se debe sumar los puntajes obtenidos de cada ítem teniendo en cuenta su valor según su codificación y según el puntaje obtenido se clasifica en 4 niveles; los cuales son: baja adherencia, adherencia insuficiente, adecuada y estricta.

Tabla 4

Interpretación del CEAT – VIH adaptación para su uso en el Perú

Niveles	Puntaje total
Baja adherencia	(<73 puntos)
Adherencia insuficiente	(74 y 80 puntos)
Adherencia adecuada	(81 y 85 puntos)
Adherencia estricta	(>85 puntos)

Nota: Tomado de “Adaptación del Cuestionario de Evaluación

de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral para el uso en

Perú” (Tafur et ál., 2008)

Validez y confiabilidad

Tafur et ál. (2008) midieron la validez por medio de dos criterios hallando así una correlación positiva significativa ($r= 0,439$, $p<0,005$) entre el nivel de adherencia y el recuento de los linfocitos CD4 y una correlación negativa significativa ($r= - ,548$, $p<0,005$) entre la puntuación total del CEAT – VIH y la carga viral.

Para la adaptación se realizó el análisis por consistencia interna por medio de alfa de Cronbach arrojando así un coeficiente de 0.706; lo cual quiere decir que el instrumento utilizado ha demostrado tener adecuada fiabilidad y validez para su uso en el Perú.

Instrumento 2

Ficha técnica

Nombre original	:	Quality of Life Index
Autoras	:	Carol Estwing Ferrans y Marjorie Powers
Procedencia	:	Estados Unidos
Año	:	1984

Adaptación Peruana

Nombre	:	Índice de Calidad de Vida
Autor	:	Yolanda Robles, Javier Saavedra, Juan E. Mezzich, Yolanda Sanéz, Martín Padilla y Olinda Mejía
Año	:	2010
N° de ítems	:	10 ítems
Administración	:	Individual
Duración	:	10 minutos aproximadamente
Área de aplicación	:	Clínica
Finalidad	:	Evaluar la satisfacción de los individuos en cuanto al bienestar físico, bienestar psicológico, auto cuidado y funcionamiento independiente, funcionamiento ocupacional e interpersonal, apoyo socio-emocional, comunitario y de servicio, plenitud personal, plenitud espiritual y percepción global de calidad de vida.

El cuestionario utilizado para poder medir la calidad de vida es la adaptación del Índice de Calidad de Vida por Robles et ál. (2010) es aplicado de manera individual y consta de 10 ítems a desarrollarse en un tiempo aproximado de 10 minutos. Estos ítems tienen como finalidad el evaluar la satisfacción personal en 10 áreas divididos en 4 factores.

Tabla 5

Composición de la Adaptación del Índice de Calidad de Vida en una muestra peruana

Factor	Área
Satisfacción con el grado de autorrealización alcanzado	Plenitud personal
	Satisfacción espiritual
	Calidad de vida global
Satisfacción con las condiciones personales necesarias para el desenvolvimiento o funcionamiento	Bienestar físico
	Bienestar psicológico
	Autocuidado
Satisfacción en la esfera afectiva, de relación y ocupacional	Funcionamiento ocupacional
	Funcionamiento interpersonal
	Apoyo socio-emocional
Satisfacción con el apoyo comunitario y de servicios con el entorno vecinal	Apoyo comunitario

Nota: Tomado del Índice de calidad de vida en una muestra peruana (Robles et ál., 2010)

Normas de aplicación

Respecto a las normas de aplicación, el cuestionario es entregado a cada participante señalando que *“las siguientes preguntas deberán ser contestadas según su situación actual y deberá marcar con una X la respuesta que más se adecue a su caso”*.

Corrección y calificación

Para la corrección del Índice de Calidad de Vida cada ítem es valorado por la persona según su percepción personal por medio de una escala de Likert del 1 al 10; donde 1 es malo

y 10 es excelente. La suma máxima de todos los ítems es de 100 y la mínima es 10; al obtener

el puntaje total se promedia entre 10.

Interpretación

En este caso el ICV no muestra un punto de corte, por lo cual para este trabajo de investigación se clasificaron los niveles a partir de los valores de la media y la desviación estándar. Se clasifican los niveles de calidad de vida como: mala, regular y buena.

Tabla 6

Interpretación del ICV adaptación para su uso en el Perú

Niveles	Puntaje total
Mala	(1 a 5 puntos)
Regula	(6 a 8 puntos)
Buena	(9 a 10 puntos)

Validez y confiabilidad

La valides del Índice de Calidad de Vida se halló mediante el análisis factorial exploratorio el cual un solo factor indica el 73.50% de la varianza total. En cuanto a la confiabilidad del instrumento se realizó el análisis por medio de alfa de Cronbach arrojando así un coeficiente de 0.87. Por ello, el ICV ha demostrado ser un instrumento confiable para poder valorar la calidad de vida en la población adulta de Perú.

2.4. Procedimiento

Recolección de datos

- Se realizaron las coordinaciones necesarias dentro del servicio de infectología para la toma de las pruebas requeridas para el estudio.

- Se seleccionó a todos los pacientes que cumplieran con las características necesarias para el estudio, tanto como edad e inicio de tratamiento.
- Se dio a conocer la finalidad del estudio y que la información brindada era confidencial, también se les brindó un consentimiento informado para que puedan firmarlo y participar del estudio.
- Una vez que se firmó el consentimiento informado se realizó la aplicación de los dos instrumentos la cual tuvo una duración de aproximadamente 10 minutos.
- Se descartaron aquellas pruebas incompletas, con borrones o en las que se obvió algún dato al inicio.

Análisis estadístico de los datos

- Se elaboró una base de datos en una hoja de cálculo de Microsoft Excel con el fin de procesarlo en SPSS 25.
- Se analizó los datos en cuestión a los objetivos formulados.
- Se hizo las pruebas de normalidad para determinar el tipo de prueba estadística a usar, tanto para las correlaciones como para las comparaciones.
- En el caso de la prueba de normalidad para la adherencia al tratamiento y calidad de vida según grado de instrucción se hizo uso de la prueba de Shapiro Wilk; ya que, esta prueba ha demostrado es una de las más consolidadas y con mayor potencia estadística entre las que existen actualmente (Arcones y Wang, 2006).
- Para determinar la diferencia de la calidad de vida según grado de instrucción se hizo uso de la prueba ANOVA, ya que presenta valores p mayores a 0.5; por el contrario, en el caso de la comparación de adherencia al TARGA según grado de instrucción no se demostró tener una distribución normal así que hizo uso de la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis.

- Con el fin de determinar la relación entre las variables de calidad de vida y adherencia al TARGA se empleó la prueba no paramétrica de Rho de Spearman.

2.5. Aspectos éticos

El presente trabajo cumple con los métodos, normas y técnicas de la American Psychological Association (APA, 2020). Durante la etapa de la recolección de datos no se manipularon los resultados, ni se falsearon los datos recolectados para así poder garantizar y testificar con exactitud el conocimiento científico de esta investigación.

Para proteger los derechos y la credibilidad de los participantes del estudio se les brindó un consentimiento informado en el cual el paciente acepta participar de la investigación de forma voluntaria. En dicho consentimiento también se les transmite que los resultados obtenidos del estudio se utilizarán bajo confidencialidad y el desarrollo de la encuesta es anónima.

Por último, con el fin de proteger los derechos de pertenencia intelectual, se hizo uso de la guía de normas APA 7ma edición en cuanto al empleo de la información bibliográfica como: artículos científicos, tesis, páginas de internet, folletos y revistas. Así mismo, se empleó las mismas normas para la presentación de las tablas y figuras.

CAPÍTULO III. RESULTADOS

3.1 Resultados descriptivos

Tabla 7

Niveles de adherencia al tratamiento

	Frecuencia	Porcentaje
Baja adherencia	52	52%
Adherencia insuficiente	40	40%
Adherencia adecuada	7	7%
Adherencia estricta	1	1%
Total	100	100%

La tabla 7 refleja la distribución de los participantes de acuerdo a las categorías de adherencia al tratamiento antirretroviral, donde observa que en la mayoría de los entrevistados (52%, n=52) se halló un bajo nivel de adherencia. Por otra parte, vemos que el 1% (n=1) de los entrevistados mantiene una adherencia estricta al tratamiento.

Tabla 8

Nivel de calidad de vida

	Frecuencia	Porcentaje
Mala	3	3%
Regular	82	82%
Buena	15	15%
Total	100	100%

En la tabla 8 se observa los niveles de calidad de vida registrados por los pacientes entrevistados. De la cual, el mayor porcentaje (82%, n=82) se ubica en un nivel de calidad de vida regular, mientras que el 3%(n=3) cuenta con una mala calidad de vida.

3.2. Pruebas de normalidad

Se realizó la prueba de Shapiro Wilk mediante el programa SPSS para la evaluación de la normalidad de las variables estudiadas los cuales se encuentran reflejados en la tabla 9.

Tabla 9

Prueba de Shapiro Wilk para adherencia al tratamiento y calidad de vida según grado de instrucción

		SW	N	p
Adherencia al Tratamiento	Total	.965	100	.009
	Primaria completa	.929	14	.297
	Secundaria completa	.921	38	.01
	Superior técnica	.972	27	.657
	Superior universitaria	.903	21	.04
Total		.969	100	.020
Calidad de vida	Primaria completa	.939	14	.403
	Secundaria completa	.961	38	.212
	Superior técnica	.941	21	.128
	Superior universitaria	.975	27	.831

Nota: SW = Shapiro Wilk; n = muestra; p = valor de probabilidad

En la tabla 9 se evalúa la normalidad de las variables adherencia al tratamiento y calidad de vida de manera general y según grado de instrucción. Para el caso de la correlación se evalúa la normalidad de ambas las variables en el total de la muestra, puesto que son estas puntuaciones totales par que se van a correlacionar. De otro lado, para el caso de las comparaciones se evalúa la normalidad de las variables para cada grupo, dado que, son las puntuaciones de cada grupo las que se van a comparar.

En ese sentido, en el caso de la variable calidad de vida en todos los casos los valores p de los grados de instrucción fueron mayores a 0.05, lo cual no ocurre en el caso de la variable adherencia al tratamiento para los grados de instrucción. Asimismo, en cuanto a los valores p de los totales de ambas variables, en ambos fueron menores a 0.05.

De esta manera, para hallar la correlación se utilizará la prueba paramétrica Rho de Spearman. Además, para las comparaciones según grado de instrucción, en el caso de calidad de vida se utilizará la prueba paramétrica ANOVA, mientras que para el caso de Adherencia se utilizará la prueba no paramétrica H de Kruskal Wallis.

3.3. Comparación de grupos

Tabla 10

Comparación de calidad de vida según grado de instrucción mediante la prueba ANOVA

Variable	Media				F	p
	Primaria	Secundaria	Superior Técnica	Superior Universitaria		
Calidad de vida	70.5	76.68	75.44	75	1.341	.266

Nota: F=Prueba F; p=nivel de significación

En la tabla 10 se muestra la comparación de las variables calidad de vida y grado de instrucción para lo cual se usó la prueba ANOVA. Se observa un p valor >0.05 , lo cual refleja que no existe diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida según el grado de instrucción al que pertenecían los pacientes entrevistados.

Tabla 11

Comparaciones múltiples para calidad de vida según grado de instrucción

Comparación múltiple	Diferencia de medias	p
Primaria completa - Secundaria completa	-6.184	.270
Primaria completa - Superior técnica	-4.944	.516
Primaria completa - Superior universitaria	-4.500	.631
Secundaria completa - Superior técnica	1.240	.969
Secundaria completa - Superior universitaria	1.684	.942
Superior técnica - Superior universitaria	0.444	.999

En la tabla 11 se observan las comparaciones múltiples para la calidad de vida según el grado de instrucción. En ese sentido, dado que en todos los casos los valores p son mayores a 0.05, en ninguna de las comparaciones de los distintos grados de instrucción se evidencian diferencias estadísticamente significativas.

Tabla 12

Diferencia de adherencia al tratamiento según grado de instrucción mediante la H de

Kruskal Wallis

Variable	Rangos promedio				H	p
	Primaria	Secundaria	Superior Técnica	Superior Universitaria		
Adherencia al tratamiento	36.89	59.39	44.35	51.38	7,912	.048

Nota: H= H de Kruskal Wallis; p= nivel de significación

En la tabla 12 se observa la comparación ente la variable adherencia al tratamiento según grado de instrucción mediante la prueba H de Kruskal Wallis. Caso contrario que para calidad de vida, se encontró una diferencia estadísticamente significativa ($p < 0.05$) entre la adherencia y las diferentes categorías asignadas dentro del grado de instrucción. En ese sentido, en función a los rangos promedio, son los pacientes que solamente tienen grado de instrucción primaria, quienes presentan menor adherencia al tratamiento (RP=36.89).

Tabla 13

Comparaciones múltiples para adherencia al tratamiento según grado de instrucción

Comparación múltiple	Diferencia de rangos	
	promedio	p
Primaria completa - Secundaria completa	-22.502	.013
Primaria completa - Superior técnica	-7.459	.434
Primaria completa - Superior universitaria	-14.488	.147
Secundaria completa - Superior técnica	15.043	.234
Secundaria completa - Superior universitaria	8.014	.309
Superior técnica - Superior universitaria	-7.029	.404

En la tabla 13 se observan las comparaciones múltiples para la adherencia al tratamiento según el grado de instrucción. En ese sentido, se observa una diferencia estadísticamente significativa entre quienes presentan únicamente primaria completa con quienes presentan secundaria completa, puesto que, el valor p es menor a 0.05. De esta manera, de acuerdo a los valores de los rangos promedio son los evaluados que tienen únicamente primaria completa, quienes presentan los menores niveles de adherencia al tratamiento.

3.4. Establecimiento de correlaciones

Tabla 14

Correlación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida

		Calidad de vida
Adherencia al tratamiento	R	.316
	p	.001
	n	100

Nota: r=Rho de Spearman; p= valor de probabilidad; n=muestra

En la tabla 14 se muestra la correlación hallada entre adherencia al tratamiento y calidad de vida. De lo anterior se puede afirmar que existe una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) y directa (positiva). Lo cual quiere decir que los pacientes evaluados que presentaron mayor adherencia al tratamiento antirretroviral tienden a presentar una mayor calidad de vida. Así mismo, se observa una magnitud mediana de correlación ($r = .316$).

Tabla 15

Correlación entre adherencia al tratamiento y calidad de vida según sexo

		Calidad de vida	
		Hombre	Mujer
Adherencia al tratamiento	r	.370	.199
	p	.002	.252
	n	65	35

Nota: r=Rho de Spearman; p= valor de probabilidad; n=muestra

En la tabla 15 se muestra la correlación hallada entre la adherencia al tratamiento y calidad de vida. De lo anterior se puede afirmar que existe una correlación estadísticamente significativa ($p < 0.05$) y directa (positiva) entre las variables estudiadas en el grupo de hombres. Lo cual refleja que los hombres evaluados que presentan una mayor adherencia al tratamiento presentan una mayor calidad de vida, siendo la magnitud de estas correlaciones mediana ($r = 0.370$). Por otro lado, esto no se cumple en el grupo de mujeres, si bien se encontró una relación directa entre las variables estas no demostraron una correlación estadísticamente significativa ($p = 0.25$).

CAPÍTULO IV. DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Discusión

Según las estadísticas que hemos podido ir revisando a lo largo del presente trabajo de investigación se observa que los casos de infección por el virus de inmunodeficiencia humana han ido en aumento no solo dentro del territorio peruano, sino también a nivel mundial, por lo cual es un motivo de gran interés para su estudio dentro de las distintas áreas de salud (OMS, 2021)

Hoy en día tener VIH no es sinónimo de muerte, ya que a diferencia de décadas atrás en la actualidad existe un tratamiento que puede controlar el aumento de la carga viral dentro del organismo humano hasta el punto de volverse indetectable. Estos fármacos también ayudan a aumentar las defensas y como se sabe este virus ataca el sistema inmunológico debilitando las defensas y hace propensos a las personas que lo tienen a enfermedades, infecciones e incluso a algunos tipos de cáncer. Por lo cual, la toma de los antirretrovirales es fundamental para el control de la infección. (OMS, 2021)

El presente estudio tiene como finalidad determinar la relación entre las variables de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA de un Hospital de Lima – Perú. El objetivo se orientó a determinar dicha relación lo cual dio como resultado que sí existe una correlación estadísticamente significativa y directa ($p < 0.05$). Lo cual manifiesta que los pacientes evaluados que revelaron mayor adherencia al TARGA tienden a presentar mejor calidad de vida, sustentándose en la tabla 12. Comparando con el estudio realizado por Medina (2019) igualmente aplicada en personas viviendo con VIH, en el resultado se muestra que, la adherencia y calidad de vida están estrechamente relacionadas y de manera directamente proporcional en la mayoría de sus casos, debido a que, mientras

mayor es la adherencia, las dimensiones de calidad de vida se ven afectadas positivamente.

Según Rivas y Cavero (2013) manifiesta que, dicha adherencia cumple un rol fundamental prevalente para alcanzar los niveles óptimos de calidad de vida al iniciar la adhesión al tratamiento.

Es relevante mencionar, que la adhesión es un factor importante para el éxito del tratamiento y podría generar mayor impacto en la población en la mejoría de la salud y, en consecuencia, la calidad de vida que conlleve algún tratamiento. Esto coincide con los resultados del estudio realizado por Varela y Galdames (2014) quienes señalan que hay necesidad de mejorar la problemática en referencia a la adherencia puesto que, está comprobado que un nivel bajo de adherencia, deteriora la calidad de las personas infectadas con VIH.

Asimismo, también el estudio buscó describir el nivel de adherencia al TARGA, donde los resultados obtenidos fueron que en la gran parte de los encuestados (52%) cuentan con un bajo nivel de adherencia. Por otro lado, se observa que solo el 1% manifiestan una adherencia estricta al tratamiento. Esto podría asociarse a los efectos adversos que puedan tener los pacientes y la omisión del medicamento por olvido. Se puede respaldar con el estudio realizado por Gutierrez et ál. (2020) en su investigación realizada en Paraguay, que los resultados demostraron evidentemente que los factores mencionados son los principales causantes para una adherencia deficiente. Dicho estudio concuerda con la investigación realizada por Pérez y Viana (2020) quienes identificaron que las variables fundamentales a la falta de adherencia están relacionada a la presencia de reacciones adversas y otros factores.

Del mismo modo, se investigó que el 82 % de pacientes registrados el nivel de calidad de vida que llevan es regular, el 15 % nivel bueno, mientras que el 3 % refirió ser mala. En el estudio de Verde (2020) discrepa que solo el 22.5 % de personas mantiene calidad de vida

regular, un 45 % baja y el 32.5 buena. Esto podría variar porque en dicha investigación participaron personas con limitaciones físicas. Y la menor percepción de calidad de vida, puede deberse además del VIH, a las dificultades relacionadas a las limitaciones mencionadas.

Por otro lado, el estudio pretendió determinar la relación entre la adherencia al TARGA y calidad de vida según sexo, donde los resultados obtenidos fueron que existe relación directa (positiva) entre las variables analizadas y el grupo de hombres en virtud que, el sexo masculino que presenta mayor adherencia refiere tener mayor calidad de vida. Sin embargo, en las mujeres no demostraron una relación significativa.

Según Gallardo-Peralta et al. (2018) en el estudio realizado manifestaron que las mujeres muestran una estimación más elevada en la satisfacción general con calidad de vida que los hombres debido a que, reportan eminentes sentimientos de bienestar y satisfacción general. Es por ello, que se podría argumentar que, al presentarse mejor calidad de vida en ellas, la mayor o menor adherencia al tratamiento antirretroviral, no repercute en su índice de calidad. Caso contrario a los varones en quienes, sí puede ser más relevante o necesario tener una mayor adherencia repercute su calidad de vida.

De la misma forma, se buscó establecer la diferencia de calidad de vida según grado de instrucción, de la cual, el resultado obtenido fue un p valor >0.05 , lo cual se evidencia que no se halla diferencia estadísticamente significativa en esta variable según el grado de instrucción al que pertenecían los entrevistados y el 38 % de la población ha culminado la secundaria completa, sustentándose en la tabla 10. Corroborándose con el estudio realizado por Rojas y Mehan (2018) en el cual tampoco apreciaron diferencias significativas entre las variables calidad de vida y grado de instrucción, debido a que la población analizada presentó en su totalidad una calidad de vida baja, señalando que el grado de instrucción no es una variable predominante. Sin embargo, Kiloki (2015) en su estudio menciona que, a mayor instrucción

profesional, las personas que conviven con VIH/SIDA mostrarán mejor nivel de calidad de vida en todos los aspectos o dimensiones, lo que significa que sí es un factor influyente para mejorar las dimensiones de calidad de vida, puesto que a mayor nivel educativo evidenciaran una mejor autopercepción.

Respecto a la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad según grado de instrucción, se obtuvo que sí existe una diferencia significativa entre la adherencia y las diversas categorías asignadas dentro del rango de instrucción, en función a los rangos promedio, son los evaluados que únicamente tienen grado de instrucción primaria, quienes manifiestan menor adherencia al tratamiento, evidenciándose en la tabla 11. Esto concierne con lo obtenido en el estudio de Rojas y Mehan (2018) puesto que, en gran parte de su población investigada no ha terminado sus estudios tanto primarios como secundarios, consecuencia a ello se muestra una baja adherencia.

La limitación principal del presente estudio es el número de participantes que formaron parte del mismo. Esto principalmente debido a la limitación para acceder a la población estudiada, ya que la mayoría de los pacientes acude a los centros hospitalarios de forma breve para cumplir con las actividades asignadas por el programa de Infecciones de Transmisión Sexual (recojo de medicamento, toma de muestras para laboratorio, consultas médicas, etc.). A pesar de esto, se pudo llegar a conclusiones que pueden servir de base para futuras investigaciones.

Se recomienda aumentar la muestra, así mismo, se recomienda el uso de un muestreo probabilístico en la selección de los participantes. Debido a que, con el tipo de muestreo utilizado en este trabajo, los resultados alcanzados no pueden ser generalizados a la población completa de TARGA. Podemos objetar que nuestra mayor fortaleza de la investigación fue haber contado con instrumentos corroborados para medir las dos variables.

Finalmente, después de haber analizado los resultados y las limitaciones de la investigación es que se concluye que este estudio presenta un aporte al campo de la psicología y específicamente en el tema de la adherencia al tratamiento y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA, dado que, a partir de lo encontrado se evidencia que a mayor adherencia al tratamiento hay una mejor calidad de vida en los pacientes con el diagnóstico de VIH/SIDA. Debido a la importancia que genera la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH/SIDA y siendo esta una infección que ha generado una gran tasa de mortalidad a nivel mundial es necesario impulsar a los profesionales de salud el generar nuevos estudios que precisen ahondar más en estos aspectos.

Conclusiones

En relación a los resultados obtenidos en el trabajo de investigación es posible poder plantear las siguientes conclusiones que se detallarán a continuación.

- Existe una correlación estadísticamente significativa y directa entre las variables de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran amplitud y calidad de vida en los pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019. Lo cual indica que los evaluados que presentan mayor adherencia al TARGA tienden a presentar una mejor calidad de vida.
- El 52% de los entrevistados mantiene una baja adherencia al TARGA y solo el 1% cuenta con una adherencia estricta al tratamiento antirretroviral de gran actividad.
- En el caso de la variable de calidad de vida, se observa que el 82% de los pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima – Perú, 2019 presentan un nivel regular; mientras que el 3 % de ellos registró tener un nivel de calidad de vida mala.

- Se halló una correlación significativa entre la adherencia al TARGA y calidad de vida en el grupo de los hombres ($p < 0.05$) lo cual indica que los hombres con una mayor adherencia al TARGA tienden a presentar mejor calidad de vida, más esto no se cumple en el grupo de las mujeres, ya que no se evidenció una correlación significativa dentro de este grupo ($p = 0.25$).
- No se halló una diferencia estadísticamente significativa en la calidad de vida según el grado de instrucción que presentan los pacientes evaluados.
- En el caso de adherencia al TARGA se encontró una diferencia estadísticamente significativa en relación al grado de instrucción, siendo los pacientes que cuentan con el grado de instrucción de primaria los que presentan menor adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS

- American Psychological Association (2020). *Publication Manual of the American Psychological Association*. (7a ed.).
- Arias, F. (2012). *El proyecto de investigación. Introducción a la metodología científica*. (6a ed.) Episteme.
- Ardila, R. (2003). Calidad de vida: una definición integradora. *Revista Latinoamericana de Psicología*, vol. 35, núm. 2, 2003, 161-164.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=80535203>
- Belmar, J. y Stuardo, V. (2017). Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. *Revista chilena de infectología*, 34(4), 352-358. <https://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182017000400352>
- Buele, J. B. (2019). *Adherencia y calidad de vida relacionada con la salud de pacientes infectados por VIH en el Hospital General Teófilo Davila* [Tesis de Licenciatura, Universidad Técnica de Machala]. Repositorio Utmach. <http://repositorio.utmachala.edu.ec/handle/48000/15189>
- Enríquez, Y., Díaz, G.M. y Menacho, L.A. (2020). Impacto del Programa TARGA en el sistema de salud peruano en la disminución de casos de sida, 1983-2018. *Rev Panam Salud Publica*. 2020;44:e27. <https://doi.org/10.26633/RPSP.2020.27>
- Carrol, K.C., Morse, S.A., Mietzner, T. y Miller, S. (2016) *Microbiología médica* 27ª edición, Mc Graw Hill Education.
- Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (2021) Acerca del VIH, Consultado el 6 de octubre del 2021. <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/whatishiv.html>

Conde, F. y Santoro, P. (2013). Tipos de problemas de adherencia entre las personas con VIH y tendencias emergentes en la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR). *Revista Multidisciplinaria del Sida*, ISSN-e 2340-3365. <http://www.revistamultidisciplinardelsida.com/wp-content/uploads/2016/03/original-6-SIDA-vInI.pdf>

Condori Lizárraga, I.R., Menacho Alvirio, L.A., Pérez-Lu, J.E. y Cárcamo Cavagnaro, C. (2020) Envío de mensajes de texto para mejorar la adherencia de pacientes en TARGA: ensayo aleatorizado controlado. *Rev Peru Med Exp Salud Publica*. 2019;36(3):400-7. <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2019.363.4139>.

Cueto, M. (2002). The trail of AIDS in Peru. *História, Ciências, Saúde--Manguinhos*, 9 Suppl(suppl), 17–40. <https://doi.org/10.1590/s0104-59702002000400002>

De Oliveira E Silva, A. C., Reis, R. K., Nogueira, J. A., y Gir, E. (2014). Quality of life, clinical characteristics and treatment adherence of people living with HIV/AIDS. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, 22(6), 994–1000. <https://doi.org/10.1590/0104-1169.3534.2508>

Gallardo-Peralta, L., Córdova, I., Piña, M. y Urrutia, B. (2018) Diferencias de género en salud y calidad de vida en personas mayores del norte de Chile», *Revista Latinoamericana Polis*, 49, 2018. <http://journals.openedition.org/polis/15008>

Granada, A.M., Vanegas, C., Forero, E., Silva, C. y Vergara, E.P., (2018). Factores asociados al abandono de terapia antirretroviral de alta efectividad en pacientes con VIH SIDA en un hospital de tercer nivel. *Acta Medica Colombiana*. 1, 2018, Enero-Marzo, pp. 31-36. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163156698004>

Granados, E.E. y Escalante, E. (2010). Estilos de personalidad y tratamiento en pacientes con diabetes mellitus. *Liberabit*, 16 (2), 203 – 216.

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000200010&lng=es&tlng=es.](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272010000200010&lng=es&tlng=es)

Gutiérrez-Gabriel, I., Godoy-Guinto, J., Lucas-Alvarado, H., Pineda-Germán, B., Vázquez-Cruz, E., Hernández-De laRosa, M., y Sosa-Jurado, F. (2019). Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Revista chilena de infectología*, 36(3), 331-339. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000300331>

Hernández-Sampieri, R. y Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. (7a ed.). Mc Graw Hill Education.

InfoSIDA (2020) Visión general de la infección por el VIH. Consultado 6 de octubre del 2021. [Las fases de la infección por el VIH | NIH](#)

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*. [Tesis de maestría, Universidad de Montemorelos]. Repositorio Universidad de Montemorelos. <http://dspace.biblioteca.um.edu.mx/xmlui/bitstream/handle/20.500.11972/622/Tesis%20de%20Maestri%CC%81a%20en%20Salud%20Pu%CC%81blica%20de%20Nicholas%20Kiloki%20Kioko.pdf?sequence=3&isAllowed=y>

Martín, A.L. y Grau, J. A. (2004). *La investigación de la adherencia terapéutica como un problema de la psicología de la salud*. *Psicología y salud*, enero-junio/vol. 14, número 001 pp. 89 – 99. <https://www.redalyc.org/pdf/291/29114110.pdf>

Medina, N.E. (2019). *Calidad de vida relacionada con Salud y adherencia terapéutica en personas viviendo con VIH* [Tesis de Magister, Universidad de Concepción]. Repositorio Udec.

[http://repositorio.udec.cl/xmlui/bitstream/handle/11594/3544/Tesis_Calidad_de_vida_r
elacionada.Image.Marked.pdf?sequence=4&isAllowed=y](http://repositorio.udec.cl/xmlui/bitstream/handle/11594/3544/Tesis_Calidad_de_vida_r
elacionada.Image.Marked.pdf?sequence=4&isAllowed=y)

Mezzich, J., Ruipérez, M., Pérez, C., Yoon, G., Liu, J., y Mahmud, S. (2000). The Spanish Version of the Quality of Life Index: Presentation and Validation. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(5), 301-305.

[https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2000/05000/The_Spanish_Version_of_the_Q
uality_of_Life_Index_.8.aspx](https://journals.lww.com/jonmd/Abstract/2000/05000/The_Spanish_Version_of_the_Q
uality_of_Life_Index_.8.aspx)

Ministerio de Salud (2020). Norma técnica para el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en adultos infectados por VIH [en Internet]. Lima: MINSA; 2020. en:

[https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Minis
terial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF](https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/1482085/Resoluci%C3%B3n%20Minis
terial%20N%C2%B01024-2020-MINSA.PDF). Acceso el 6 de octubre de 2021.

Muñoz, C. (2011). *Cómo elaborar y asesorar una investigación de tesis*. (2a ed.). Pearson Educación.

[http://www.indesgua.org.gt/wp-content/uploads/2016/08/Carlos-
Mu%C3%B1oz-Razo-Como-elaborar-y-asesorar-una-investigacion-de-tesis-
2Edicion.pdf](http://www.indesgua.org.gt/wp-content/uploads/2016/08/Carlos-
Mu%C3%B1oz-Razo-Como-elaborar-y-asesorar-una-investigacion-de-tesis-
2Edicion.pdf)

Organización Panamericana de la Salud (2019) VIH/Sida. Consultado el 6 de octubre del 2021.

<https://www.paho.org/es/temas/vihsida>

Organización Mundial de Salud (2021) 10 Datos sobre El VIH/Sida. Consultado el 6 de octubre del 2021. <https://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>

Organización Mundial de la Salud (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo: pruebas para la acción*. Consultado el 6 de octubre del 2021.

[https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-
plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-
plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Otzen, T. y Manterola, C. (2017). Técnicas de Muestreo sobre una Población a Estudio. *International Journal of Morphology*, 35(1), 227-232.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0717-95022017000100037>

Pacífico, J., y Gutiérrez, C. (2015). Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 32(1), 66-72.
http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100010&lng=es&tlng=es.

Pérez, J. E. y Viana, L. F (2020) Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/sida. *Revista Cubana de Medicina Tropical*, 72(2), e499. Recuperado de <http://scielo.sld.cu/pdf/mtr/v72n2/1561-3054-mtr-72-02-e499.pdf>

Plascencia, J. C., Chan, E.C., y Salcedo, J.M. (2019). Variables Psicosociales Predictoras de la No Adherencia a los Antirretrovirales en Personas con VIH-SIDA. *Rev. CES Psico*, 12(3), 67-79. <https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.5>

Rivas, J. M. y Cavero, R. M. (2013) *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 de licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo]. Repositorio USAT.
https://tesis.usat.edu.pe/bitstream/20.500.12423/286/1/TL_Rivas_Muro_Jorge.pdf

Rojas, O. A., Mechan, N. K (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*. [Tesis de Licenciatura, Universidad Católica Santo Toribio De Mogrovejo]. Repositorio USAT.
http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/bitstream/handle/20.500.12423/1512/TL_MechanLandaca_yNorehelia_RojasCornejoOscar.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Sánchez, H. & Reyes, C. (2015). Metodología y Diseños en la Investigación Científica. Lima:
Editorial Bussines Suport

Tafur-Valderrama, E., Ortiz, C., Alfaro, C.O., García-Jiménez, E. y Faus, M.J. (2008)
Adaptación del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento
antirretroviral” (CEAT-VIH) para su uso en Perú. *Ars Pharm* 2008; 49 (3): 183-198.
<http://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/view/4967/4774>.

Ticliahuanca, N. y Becerra-Medina, L. (2020). Adherencia al TARGA en personas que viven
con VIH. *Rev. Cienc y Arte Enferm.* 2020; 5(1): 4-9.
<https://doi.org/10.24314/rcae.2020.v5n1.01>

Urizar, C.A., Jarolin-Montiel, M., Ayala-Servin, N., CenturiónWenninger, C. y Montiel-
Garcete, D. (2020). Factores asociados a la no adherencia del tratamiento antirretroviral
en pacientes con VIH en un Hospital de Paraguay. *Rev Cient Cienc Med* 2020; 23(2):
166-174. <https://doi.org/10.51581/rccm.v23i2.287>

Varela, M., Galdames, S. (2014) Depresión y adhesión a terapia antiretroviral en pacientes con
infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Revista
chilena de infectologia.* 2014; 31(3):323-328 Recuperado de
<https://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n3/art11.pdf>

Varela, M.T., Salazar, I.C. y Correa, D. (2008). Adherencia al tratamiento en la infección por
VIH/SIDA: consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. *Acta
Colombiana de Psicología*, 11(2), 101-113.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0123-91552008000200010&lng=en&tlng=.

Verde, Y. M. (2020). *Calidad de vida en pacientes con VIH en el centro de salud Surquillo-
Lima 2019* [Tesis de Licenciatura, Universidad Privada Norbert Wiener]. Repositorio
Uwiener.

http://repositorio.uwiener.edu.pe/bitstream/handle/123456789/3587/T061_46274662_T.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Zafra-Tanaka, J.H., Ticona-Chavez, E. (2016). Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Peru Med Exp Salud Publica*. 2016;33(4): 625-32.
<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2544>

ANEXO 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO

La presente investigación tiene como objetivo medir el nivel de adherencia y la calidad de vida en las PVVS para ello se requiere la participación de personas mayores de edad que se encuentren en el programa TARGA.

Su participación consistirá en responder de forma anónima los cuestionarios adjuntos. La participación es completamente VOUNTARIA.

Respuesta del participante:

He leído el documento y acepto participar en esta investigación, conociendo que podre dejar de responder cuando lo considere pertinente. Al ser voluntario, no existirá ninguna recompensa o beneficio.

Firma:

Fecha:

Edad			Grado de instrucción	
Sexo	F	M	Año de diagnóstico	
Estado Civil			Tiempo de tratamiento	

ANEXO 2

Cuestionario de Evaluación de la Adhesión Terapéutica al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) (Remor, 2002)

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 adecúe a su caso y recuerde que no hay contestaciones “correctas ni incorrectas”

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

Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran
Amplitud y Calidad de vida en pacientes con
VIH/SIDA de un Hospital de Lima - Perú

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

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

	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
16. ¿Cuánto tiempo cree que invierte ocupándose de tomar sus medicamentos?	1	2	3	4	5
	Nada cumplidor	Poco cumplidor	regular	Bastante	Muy cumplidor
17. ¿Qué evaluación hace de si mismo respecto de la toma de sus antirretrovirales?	1	2	3	4	5
	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad
18. ¿Cuánta dificultad percibe al tomar los medicamentos?	1	2	3	4	5

	SI	NO
19. Desde que está en tratamiento ¿en alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo/más de uno? (Si responde afirmativamente, ¿cuántos días aproximadamente? _____)	0	1
20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? (¿Cuál? _____)	1	0

ANEXO 3

Índice de Calidad de Vida – Adaptación en una muestra peruana

(Mezzich et al. 2000)

Con respecto a los siguientes aspectos de su vida, califique de 1 a 10 su situación actual, donde 10 es excelente:

1. Bienestar físico; es decir, sentirse con energía sin dolores ni problemas físicos.	
2. Bienestar psicológico o emocional; es decir sentirse bien y satisfecho consigo mismo.	
3. Autocuidado y funcionamiento independiente; es decir, cuidar bien de su persona, tomar sus propias decisiones.	
4. Funcionamiento ocupacional; es decir, ser capaz de realizar un trabajo remunerado, tareas escolares y/o domésticas.	
5. Funcionamiento interpersonal; es decir, ser capaz de responder y relacionarse bien con su familia, amigos y grupos.	
6. Apoyo social-emocional; es decir, poseer disponibilidad de personas en quien confiar y de personas que le proporcionen ayuda y apoyo emocional.	
7. Apoyo comunitario; es decir, poseer un buen vecindario, disponer de apoyos financieros y de otros servicios.	
8. Plenitud personal; es decir, sentido de realización personal y de estar cumpliendo con sus metas más importantes.	
9. Satisfacción espiritual; es decir, haber desarrollado una actitud hacia la vida más allá de lo material y un estado de paz interior consigo mismo y con las demás personas.	
10. Calidad de vida global; es decir, sentirse satisfecho y feliz con su vida en general.	
TOTAL	