

UNIVERSIDAD INCA GARCILASO DE LA VEGA

Escuela de Posgrado



MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA

TESIS

***LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO Y SU RELACIÓN CON
LA CALIDAD DE VIDA DE PERSONAS CON VIH DEL
GRUPO DE AYUDA MUTUA RAÍCES DE VILLA EL
SALVADOR. AGOSTO – DICIEMBRE 2017***

Presentado por:

PATRICIA AVELINA SALAZAR RAMÍREZ

Para optar el grado de Maestro en Psicología

ASESORA DE TESIS: DRA MILAGRITOS BARRIGA VÁSQUEZ

Lima – Perú 2018

Dedicatoria

Este trabajo se lo dedico con mucho cariño a mi mamá quien me enseñó a ser fuerte y valiente en la vida. A mi papito quien siempre apoyó y apoya mis sueños y metas. A mi hermana Desireé la que siempre está a mi lado y me acompaña en esta linda carrera, a mi Blanquita por su alegría y amor a la vida y a mis tíos Andrés, Bertha y Lastenia.

Agradecimientos

Expreso mi profundo agradecimiento a la vida y a Dios por haberme permitido conocer gente valiosa y con grandes conocimientos que aportaron en mi investigación.

A mi asesora de Tesis la Dra. Milagritos Barriga Vásquez, por bríndame su asesoría, apoyo y contagiarme de entusiasmo y motivación para alcanzar la meta.

A mis amigos quienes siempre me alentaron y ayudaron a concluir el estudio.

Al Grupo de Ayuda Mutua Raíces mi profundo reconocimiento y agradecimiento por ayudarme y demostrarme que la vida se enriquece frente a un problema.

ÍNDICE

Dedicatoria	ii
Agradecimientos	iii
Índice	iv
Índice de tablas	vii
Resumen	x
Abstract	xi
INTRODUCCIÓN	xii

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN	15
1.1 Marco Histórico	15
1.1.1 Evolución Histórica de la Adherencia	15
1.1.2 El concepto Histórico de Calidad de Vida	17
1.1.3 Evolución del VIH /SIDA	18
1.2. Marco Teórico	20
1.2.1 Teoría sobre la Adherencia	20
1.2.2 La conceptualización y modelos teóricos de la Calidad de Vida	34
1.2.3 El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	44
1.3 Marco Conceptual	49

CAPITULO II

EL PROBLEMA, OBJETIVO, HIPÓTESIS Y VARIABLES	51
2.1 Planteamiento del Problema	51
2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática	51
2.1.2 Antecedentes Teóricos	59
2.1.3 Definición del Problema	67
2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación	67
2.2.1 Finalidad	67
2.2.2 Objetivo General y Específicos	68
2.2.3 Delimitación del estudio	68
2.2.4 Justificación e importancia del estudio	69

2.3 Hipótesis y Variables	73
2.3.1 Supuestos	73
2.3.2 Hipótesis Principal y Específica	73
2.3.3 Variables e Indicadores	74
CAPITULO III	
MÉTODO TÉCNICA E INSTRUMENTO	
3.1 Población y Muestra	79
3.1.1. Criterios de selección de los participantes	79
3.1.2 Muestreo	80
3.2 Tipo y Diseño del estudio	80
3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos	81
3.3.1 Instrumentos	81
3.4 Procesamiento de datos	89
CAPITULO IV	
PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
4.1 Presentación de resultados	90
4.1.1 Resultados descriptivos sobre los datos personales de la muestra de estudio	90
4.1.2 Resultados descriptivos de la variable de estudio: Adherencia al tratamiento	94
4.1.3 Resultados descriptivos de la variable de estudio: Calidad de vida	97
4.2 Contrastación de hipótesis	99
4.2.1 Contrastación de la hipótesis principal	100
4.2.2 Contrastación de las hipótesis específicas	101
4.3 Discusión de resultados	105
CAPÍTULO V	
CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	
5.1 Conclusiones	109
5.2 Recomendaciones	110
REFERENCIAS	111
ANEXOS	122

Anexo 1. Instrumentos de Recolección de Datos	123
Anexo 2. Matriz de operacionalización de las variables	130
Anexo 3. Certificado de validez	131
Anexo 4. Matriz de consistencia	135

Índice de tablas

Tabla 1.	Validación de la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes.	86
Tabla 2.	Análisis de consistencia interna del cuestionario de valoración de la escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes.	87
Tabla 3.	Amigos, vecindario y comunidad.	88
Tabla 4.	Vida familiar y familia extensa.	89
Tabla 5.	Salud.	89
Tabla 6.	Frecuencias y porcentajes, según grupo etario, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	90
Tabla 7.	Frecuencias y porcentajes, según sexo, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	91
Tabla 8.	Frecuencias y porcentajes, según grado de instrucción, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	91
Tabla 9.	Frecuencias y porcentajes, según estado civil, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	92
Tabla 10.	Frecuencias y porcentajes, según carga viral, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	92
Tabla 11.	Frecuencias y porcentajes, según tiempo de diagnóstico, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	93

Tabla 12. Frecuencias y porcentajes, según tiempo de tratamiento, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	93
Tabla 13. Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Medio social en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	94
Tabla 14. Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Aspecto emocional en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	94
Tabla 15. Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Estilo de vida en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	95
Tabla 16. Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Medio laboral en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	95
Tabla 17. Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Antecedente de salud en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	96
Tabla 18. Frecuencias y porcentajes en la escala total de la variable: Adherencia al tratamiento en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	96
Tabla 19. Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Amigos, vecindario y comunidad en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	97
Tabla 20. Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Vida familiar y familia extensa en la muestra de personas	

con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	97
Tabla 21. Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Salud en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	98
Tabla 22. Frecuencias y porcentajes en la escala total de la variable: Calidad de vida en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	98
Tabla 23. Test de normalidad de Shapiro-Wilk en las variables y dimensiones de estudio.	99
Tabla 24. Correlaciones entre las variables de estudio: adherencia al tratamiento y calidad de vida en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	101
Tabla 25. Correlaciones entre la variable: adherencia al tratamiento y calidad de vida en la dimensión: Amigos, vecinos y comunidad en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	102
Tabla 26. Correlaciones entre la variable: adherencia al tratamiento y calidad de vida en la dimensión: Vida familiar y familia extensa en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	103
Tabla 27. Correlaciones entre la variable: adherencia al tratamiento y calidad de vida en la dimensión: Salud en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.	104

Resumen

El propósito es obtener y brindar información sobre si la adherencia al tratamiento en personas con VIH, se relaciona con la calidad de vida.

Se empleó un diseño de investigación descriptiva correlacional en una muestra de 50 personas con VIH. Es una investigación no experimental, el nivel de investigación es básica. Los instrumentos empleados fueron, el cuestionario de valoración de adherencia de Echevarría cuya validez de contenido fue entre 0.89 y 1.00; y la adaptación de la escala de calidad de vida de Olson & Barnes. Que obtuvo una validez de constructo y confiabilidad de consistencia interna de 0,807. Se encontró que la adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida en las personas con VIH. Así mismo, la adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con las dimensiones, amigos, vecinos y comunidad, vida familiar y familia extensa y salud de la calidad de vida en las personas con VIH.

Palabras clave: Adherencia, Tratamiento, Calidad de vida, VIH/SIDA, Grupo de Ayuda Mutua.

Abstract

The purpose is to obtain and provide information about whether adherence to treatment in people with HIV, is related to the quality of life.

The objective was to determine the relationship of adherence to treatment with the quality of life of people with HIV. It is a descriptive correlational research design in a sample of 50 people with HIV. It is a non-experimental research; the level of research is basic. The instruments used were the Echevarría whose content validity was between 0.89 and 1.00. Assessment Questionnaire and the Adaptation of Olson and Barnes quality of life scale which obtained construct values and internal consistency reliability of 0.807. It was found that, adherence to treatment has been found to be related to quality of life in people with HIV. Likewise, adherence to treatment is significantly related to the dimensions, friends, neighbors and community, family life and extended family, and health of the quality of life in people with HIV.

Keywords: Adherence, Treatment, Quality of life, HIV / AIDS, Mutual Aid Group.

INTRODUCCIÓN

Según la Organización mundial de la salud, afirma que hasta finales del 2019, existen más de 38 millones de personas con la infección por VIH a nivel mundial. Según datos epidemiológicos solo el 81% de las personas con VIH conocen su condición diagnóstica. El 19% restante necesita acceso a servicios de detección del VIH, y en junio de 2020, 26 millones de personas que viven con el VIH tienen acceso a la terapia antirretroviral, en todo el mundo (OMS, 2020).

En el África subsahariana, hay más de 25.7 millones de personas viven con (25,7 millones), siendo la región más afectada. El 69% de la población mundial con VIH, vive en esta región (OMS, 2020).

Actualmente el VIH/SIDA en el Perú se ha convertido en uno de los principales problemas de salud pública. Luego de notificarse en 1983, el primer caso de SIDA en el país, esta infección afectado a miles de familias y sociedad (Ministerio de Salud [MINSAL], 2020).

Con el apoyo de la sociedad civil y comunidad de afectados por el VIH se logra dar inicio al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en mayo del 2004 de manera gratuita en los establecimientos de salud del país. El tratamiento disminuye la carga viral de la persona con VIH hasta volverlo indetectable, así como refuerza el sistema inmunológico (MINSAL, 2020).

En el 2020 el Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades. Ministerio de Salud de Perú, reporto un total de 45,089 casos de SIDA y 132,657 casos de VIH (MINSAL, 2020).

El fracaso al tratamiento se produce por la falta de la toma puntual del tratamiento TARGA, Las causas son desde factores psicológicos hasta sociales. El Grupo de Ayuda mutua ha permitido en algunos integrantes generar un espacio donde se pueda abordar el tema sin prejuicios, promoviendo un espacio de escucha y consejería. El objetivo de este grupo de ayuda mutua “Raíces” de Villa el Salvador, es promover la toma puntual y completa del TARGA y ello dependerá de las

características personales y estilos de vida de cada integrante (MINSA, 2017).

La Adherencia al tratamiento estará condicionada a las motivaciones del individuo, convirtiéndose en un hábito. El nivel de pensamiento cognitivo conductual dirigirá las acciones de afrontamiento, a través de estrategias como la autoayuda permitiéndole mantener una calidad de vida. Lo principal es que la persona con VIH aprenda a valerse por sí misma y genere sus propios recursos de afronte.

Mantener la adherencia al tratamiento para VIH dependerá de la motivación y el valor que da el paciente a su salud, en 1984 Becker & Rosenstok, afirma que existe un componente cognitivo conductual, en la que se basa sobre las creencias de la persona con VIH acerca de su salud, la gravedad, los beneficios y dificultades, así como su motivación y el valor que le otorga a su salud, es el que influirá para adquirir conductas saludables como la adherencia (Moreno & Gil, 2003).

Por su parte, Ortego, López y Álvarez (2011) refieren que el componente cognitivo – conductual, puede hacer que el paciente se integre o no se integre a los programas de promoción de la salud o logre adquirir estilos de vida saludables.

La calidad de vida se basa en la percepción que tiene la persona sobre su existencia, su cultura, valores y su medio social. Velarde & Ávila (2002), argumentan que la calidad de vida es la composición del bienestar físico, mental, ambiental y social (Riveros, Castro, Lara-Tapia, 2009).

En el 2007, Vinaccia relaciona el impacto de la enfermedad, el deterioro de su salud cuando adquiere infecciones oportunistas y los internamientos con la calidad de vida (Tavera, 2010).

Si la persona con VIH es capaz de mantener estilos de vida saludable y cuidar la propia salud física y mental, entonces será capaz de gestionar su autocuidado y entre ellos estaría la toma puntual y dosis indicada del TARGA.

La investigación consta de cinco capítulos a saber. En el capítulo I se desarrolla el marco histórico, marco teórico de la investigación, así como el marco conceptual que está referido a los términos conceptuales y operacionales del estudio.

En el capítulo II se aborda el tema de planteamiento del problema que incluye la descripción del problema, antecedentes teóricos definición del problema; así mismo se enfoca el tema con la finalidad y los objetivos de la investigación e importancia del estudio, terminando con la fundamentación de los supuestos teóricos, la formulación de las hipótesis y la descripción de las variables e indicadores del estudio.

En el Capítulo III se incluye la metodología en el cual se tipifican la población y muestra del estudio, y se especifica el diseño del estudio, teniendo en cuenta la naturaleza del problema y los objetivos del estudio, del mismo modo se describe las técnicas e instrumentos de recolección de datos y su procedimiento.

En cuanto al Capítulo IV, aquí se presentan los resultados y el análisis de los mismos, continuando con la contrastación de las hipótesis de investigación y la discusión de resultado.

En el capítulo V se hacen las conclusiones y recomendaciones del estudio. Finalmente se incluye las referencias, así como los anexos de la investigación.

CAPÍTULO I

FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1 Marco Histórico

1.1.1 Evolución Histórica de la Adherencia

La adherencia al tratamiento fue tratada por la Psicología de la Salud, desde los primeros años en que se tomó como rama independiente. Ya en los años 70 en pleno siglo XX aparecieron en Estados Unidos las primeras revisiones generales sobre la adherencia (Rodríguez, 2006).

En los años sesenta se escucha la palabra adherencia para referirse al cumplimiento del tratamiento de pacientes hipertensos y relacionarlo a la progresión clínica (Gallo & Montagnier, 2003).

Haynes y Sackett en 1976, señalan que el cambio de comportamiento surge en el paciente, al cumplir diariamente con el tratamiento; asegurando la ingesta de las pastillas (León, 2004)

Por su parte en 1979, Eisenthal, Emery, Lazare y Udin definen la adherencia como la obediencia y cumplimiento de las instrucciones que brinda el personal de salud. El paciente cumple un rol importante en la toma del tratamiento mediante la modificación de hábitos y estilo de vida (Ballester, 2002)

A fines de los ochenta e inicios de los noventa con la aparición del tratamiento para el VIH la definición de cumplimiento cambia por el término adherencia. La adherencia es una traducción de la palabra inglesa "adherence". Es así que un grupo personas con VIH que vivían en los EE. UU, suscitan esta terminología en la que consideraban que es la persona quien toma conciencia de tomar a diario y puntual, a diferencia de la palabra cumplimiento que era vista como supervisora o punitiva. Es así que los pacientes con VIH participan por primera vez en implementar terminologías como la palabra adherencia.

Di Matteo y Di Nicola en 1982, conceptualizan la adherencia terapéutica como "*un acuerdo mutuo entre doctor y paciente de forma*

voluntaria y activa fin de provocar un resultado terapéutico deseado” (p.72). Asimismo, señalan que el paciente no sigue las recomendaciones del doctor porque está convencido de no cumplir con el tratamiento (Demarbre, 1994)

Miklowith en 1986 realiza sus primeras evaluaciones para el mantenimiento de la adherencia, señalando que ésta se evalúa mediante una historia clínica y de criterios como: nunca dejó de tomar la pastilla; raramente dejó de tomarla; a veces dejó de tomarla; a menudo dejó de tomarla y, por último, abandonó la pastilla (Salinas & Galán, 2010)

Mcevoy (1989) y Buchanan (1992) cataloga la adherencia como: disminuida al cumplimiento mínimo del 25% del tratamiento, entre el 25 y 75% alta, y más de un 75% superior. También se evalúa actitudes de los pacientes, tales como: activas, cuando llevan un control adecuado; pasivas, cuando tratan de animar al paciente; de resistencia, cuando el paciente esconde el medicamento, y de rechazo abierto, cuando el paciente rechaza la medicina (Salinas & Galán, 2010)

En el 2002, Arkowitz sostiene que para mantener la adherencia el paciente debe tener una actitud positiva, asistiendo a terapia regularmente, aunque también puede en algún momento, abandonar el tratamiento y alejarse de él (Sánchez, 2014)

La OMS en el 2004 afirma lo importante que es que el enfermo esté conforme con la atención de su médico tratante y sea capaz de seguir lo indicado que incluye el tomar a diario el medicamento, estilos de vida saludables y alimentación sana. Así mismo, afirma que incumplir el tratamiento para el VIH genera mutaciones del virus tornándose resistente al tratamiento farmacológico, deteriorando el sistema inmunológico y aumentando la carga viral (Villa & Vinaccia, 2006)

La Organización Mundial de la Salud dice acerca de la adherencia, *“es el grado en que la forma de comportarse de una persona, se ajusta a tomar medicamentos, seguir un régimen alimenticio y cambiar de estilo de vida”* (p. 96). Esto guarda relación las recomendaciones brindadas por el

personal de salud, así mismo el paciente se convierte en un agente de cambio, activo y participativo en cuanto a su salud y enfermedad (OMS, 2011).

1.1.2 El concepto Histórico de Calidad de Vida

Durante los años 50 se desarrollaron indicadores sociales, estadísticos que hicieron posible medir datos y hechos en relación con el bienestar social de las comunidades y su calidad de vida.

En 1954, Festinger introduce el término calidad de vida, para explicar la destreza de un individuo para desarrollarse en grupo y adaptarse a nuevas situaciones. En los años 60 aparece el término como una necesidad para analizar la salud, la salud mental, la economía, la política y el mundo con sus problemas. Campbell, 1981; Meeberg, 1993 afirman que la definición de calidad de vida aparece en los Estados Unidos luego de la Segunda Guerra Mundial, cuando se empieza a valorar la percepción de los individuos en relación a si gozaban de una buena vida o si estaban seguros de forma económica (Urzúa & Caqueo-Úrizar, 2012).

En los años 70 e inicios de los 80 se desarrolla los indicadores sociales relacionados con la calidad de vida. Se comienza a definir como concepto integrador que comprende las áreas de la vida.

Dalkey y Rourke (1973) y Andrews y Whitney (1976) definen la calidad de vida como una percepción de bienestar a nivel individual, de satisfacción/insatisfacción con la vida o de felicidad/infelicidad. Refieren que, *“la calidad de vida es la evaluación que se realiza a las condiciones físicas, interpersonales y sociales”* (Bobes, González, Bousoño & Suárez, 1993,p.5).

En la década de los 80, el término calidad de vida se orienta hacia el logro y de una mayor satisfacción con la vida. En los 90, las preocupaciones que rodean a la conceptualización y evaluación de la terminología tuvieron más carácter metodológico.

En 1998, Fernández-Ballesteros resume en dos líneas el concepto de calidad de vida: (a) Si la calidad de vida corresponde netamente a una percepción personal sobre ciertas condiciones del medio, y (b) si la calidad de vida se refiere a un concepto representativo (el propio sujeto establece sus componentes) o bien nomotético estableciendo un criterio general para todos los individuos (Aguilar & Álvarez, 2011).

Bognar en el 2005, refieren que los sociólogos analizan los efectos de la calidad de vida sobre el estado socioeconómico, la educación o tipo de vivienda, siendo muchas veces estos indicadores económicos insuficientes (Banda & Morales, 2012).

Superadas estas inquietudes, el siglo XXI se presenta la definición calidad de vida como un concepto más humano en donde se valora y se analiza los factores o criterios que influyen en los estilos de vida.

1.1.3 Evolución del VIH /SIDA

El diagnóstico y el tratamiento, hace posible una intervención oportuna e integral en los individuos con VIH que requieren que las familias participen, también el personal de salud y la comunidad en general.

Es primordial conocer como apareció el VIH en nuestras vidas para ello diremos que luego de varios estudios es aceptado en la comunidad científica que el VIH es un descendiente del SIV (virus de la inmunodeficiencia del simio) que afecta a los monos del centro de África. En los años 80 en los Ángeles, sale una publicación denominada "Morbidity and Mortality Weekly Report donde se reportan los casos de Síndrome de Inmuno deficiencia adquirida (SIDA).

Época en la que no se conocía de la magnitud de la epidemia luego llamada pandemia. Los primeros casos reportados fueron homosexuales. Posteriormente se identificaron en heterosexuales y en adictos a drogas intravenosas (Boza, 2016).

Desde aquella época hasta la actualidad han muerto millones de personas por no poder acceder al tratamiento.

En 1979 Robert Gallo y su equipo de investigación del Instituto Nacional del Cáncer de Estados Unidos, descubrieron el primer retrovirus patógeno para el hombre, el virus linfotrópico de células T humano de tipo I (HTLV I); en 1981 señalan que este virus linfotrópico de células T humano de tipo II (HTLV II), estaba asociado a la leucemia de células vellosas. En 1982 la enfermedad es denominada linfadenopatía (porque causaba la hinchazón de los casquillos de los prensaestopas de linfa), o también, síndrome gay, “plaga gay” (Sepkowitz, 2001).

Luego se dieron cuenta que, en pacientes hemofílicos, con transfusión sanguínea o el embarazo de madre con VIH, se podían infectar.

La infección internacionalmente fue nombrada “síndrome inmune deficiencia adquirida” (SIDA) en julio de 1982. En esa misma época aparecen los grupos de ayuda para enfermos de SIDA. Entre 1983 y 1984, Gallo & Montagnier descubrieron el origen del VIH/SIDA (Gallo & Montagnier, 2003).

Poco después pudo disponerse de una prueba para detectar anticuerpos de VIH en pacientes infectados. En 1986, el virus fue llamado virus de inmunodeficiencia humana (VIH). También en ese mismo año aparecen los primeros tratamientos siendo uno de ellos la Zidovudine (AZT), aprobada en 1987. En 1988 se designa el 01 de diciembre, como Día Mundial de lucha contra Sida y en 1989 es considerada la eficacia del Zidovudine y la Dideoxyinosine (ddI) (Echevarría, 2016).

A finales de 1989 la OMS, reportó mundialmente 203.599 casos de SIDA (Organización Panamericana de la Salud [OPS], 2011). Hoy en día la cifra aún crece, a pesar de los estudios y logros, aún no existe cura y no se puede disminuir la pandemia.

El preservativo se convirtió en un arma para protegerse contra el VIH, pero en entornos vulnerables o en situaciones de pobreza, o desigualdad de género, se generaban mayores riesgos. Las mujeres con VIH a su vez transmitían la enfermedad por medio de la lactancia (OMS, 2011).

En el Perú el primer caso del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue diagnosticado en 1983 por el profesor e investigador de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, Dr. Raúl Patruco. Era un paciente homosexual que vivió en Nueva York y de donde regresó en 1982. Entre 1985 y 1988, los primeros casos fueron atendidos y abordados en el Hospital Cayetano Heredia (Cueto, 2001).

1.2. Marco Teórico

1.2.1 Teoría sobre la Adherencia

El éxito o fracaso de un tratamiento dependerá de diversos factores como los familiares, sociales entre otras en la que el paciente se desenvuelve.

En nuestro estudio definiremos algunos conceptos relacionados a la adherencia para luego explicar los modelos de psicología y salud, que permiten sustentar los resultados de la investigación el que será enfocado desde una perspectiva integral es decir paciente, enfermedad, tratamiento más eficiente y calidad de vida.

Sackett en 1976, la define, *como el grado el cual la conducta del paciente (en términos de tomar medicinas, y ejecutar otros cambios en el estilo de vida) coincide con la prescripción médica*. Haynes por su parte en 1979, como la *“medida en que las conductas de una persona coinciden con la orientación del médico”* Ambos conceptos se relacionan en adquirir comportamientos saludables para fortalecer y mantener la adherencia a los medicamentos (Ferrer Pérez V. A. 1995, p. 5).

Fernández-Mayoralas y Rojo (2005) relacionan la adherencia con adquirir comportamientos responsables que comprende asistir al tratamiento, a las citas de control, toma diaria, realizar cambios saludables, calidad de vida y evitar conductas que pueden dañar la salud física y mental.

Di Matteo en el 2004, refiere que cuando los pacientes omiten las indicaciones y recomendaciones que les dan los proveedores de salud, a

eso se le denomina falta de adherencia al tratamiento (Olivari & Urra, 2007).

Diversas investigaciones como la de Valera-Arévalo & Hoyos-Hernández (2015) observan que el 80% de los pacientes a quienes se les plantea cambios de conducta para su beneficio, no logran seguir las recomendaciones ni sugerencias de quien se los indica.

Blitchtein-Winicki, en el 2001, en un estudio hecho en Perú, menciona que existe dificultad en adherirse al TARGA porque no se consigue la sostenibilidad de la conducta adherente, generada por la frustración, sentimiento de culpa que contribuye al desinterés por el autocuidado (Blitchtein-Winicki, 2001).

En 1989, Di Matteo señala que un 20% de personas con enfermedades agudas incumplen el tratamiento, mientras que en las enfermedades crónicas es del 45 %; estas personas están “obligadas” a llevar un régimen terapéutico o promover estilos de vida saludable (Martin, 2011).

En relación al tratamiento para casos de VIH/SIDA, la adherencia varía entre un 37 y 83% según el número o cantidad de pastillas y las características de las poblaciones en estudio (OMS, 2004).

La Organización Mundial de la Salud, 2011 define el término adherencia como *“El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilos de vida saludable, sugeridas por el personal de salud”* Estos autores también agregan la importancia de lograr comportamientos saludables (Ramos, 2015, p.177).

Modelos Teóricos de la Adherencia

Los estudios de adherencia pueden ser vistos desde distintos enfoque o modelos teóricos. El presente estudio se fundamenta bajo el modelo de psicología y salud, porque analizaremos las teorías y modelos

conceptuales más importantes, que permitirán sustentar la intervención sobre la conducta de la adherencia.

Es por ello que explicaremos en el presente estudio modelos teóricos desde una perspectiva psicosocial.

El modelo de las Creencias sobre la Salud (MCS) (Becker y Rosenstok en 1984, son los representantes de la teoría cognitivo conductual. Estudian sobre la creencia y percepción acerca de su salud en relación a la gravedad, beneficios y dificultades, así como su motivación y el valor que le da a la salud, es el que permitirá adquirir conductas saludables como la adherencia. Moreno y Gil en el 2003 explican cómo el componente cognitivo – conductual, puede lograr que la persona adquiera estilos de vida saludables. (Rodríguez, 2006).

Esta teoría refuerza los contenidos de la investigación porque está basada en el grado de motivación e información, autopercepción acerca de las consecuencias de la enfermedad y que tan amenazante es para la persona. Quienes tienen enfermedades crónicas deben estar convencidas que la adherencia será eficaz para su salud. En un estudio realizado por McCord y Brandenburg señalan que una persona con infección crónica cuando es conscientes de su enfermedad, se responsabiliza por ello, tendrá mayor probabilidad de ser adherentes a su tratamiento. (Ortiz & Ortiz, 2007).

Becker en 1974, explica como la percepción que se tiene sobre la enfermedad, los factores sociodemográficos y la amenaza percibida de la enfermedad del VIH, así como la probabilidad de llevar a cabo la acción recomendada, mantiene o dificulta la adherencia (Nieves, 2011).

Podemos resumir que la eficacia de la adherencia dependerá de cómo percibimos la enfermedad y las consecuencias que provocará en la calidad de vida.

La teoría de la Acción Razonada (TAR) En 1980, Ajzen y Fishbein estudian esta teoría cuya base son los factores cognitivos – motivacionales. Está relacionada con las creencias, actitudes, intenciones

y conducta. Señalan que, la intensión que se tenga de realizar determinadas conductas se podría predecir con mayor exactitud la eficacia de la conducta adherente (Ortego, López & Álvarez, 2011).

Mantener la adherencia estará basada en comprender que conductas las mantienen, sustentado en las creencias que tiene el paciente sobre las consecuencias que puede ocurrir sobre su salud, como resultado de la acción y de la evaluación de dichas consecuencias.

Teoría de la auto-eficacia. En 1997, Bandura nos habla acerca, de identificar las creencias acerca de la enfermedad, porque de ello dependerá predecirla (Ortego, López & Álvarez, 2011).

Según la teoría de la auto eficacia una persona puede sentirse vulnerable ante una enfermedad, pero sigue el tratamiento, reconoce y cree en la adopción de conductas saludable, lo que tendrá como resultado la disminución o la posibilidad de enfermar así mismo contar con el apoyo social y familiar.

En el 2007, Ortiz observa que, si la persona no está convencida que tiene la habilidad para adherirse al tratamiento, es probable que no lleve a cabo la conducta adherente. Esto se señala en el estudio realizado sobre factores motivadores que generan acciones positivas o negativas basadas en las creencias que implica tres tipos de expectativas; Expectativa de situación, expectativa de acción y autoeficacia percibida (Ortego, López & Álvarez, 2007).

Se dice que las personas que tienen la capacidad de darse cuenta de los beneficios, estarán más motivadas por lo que sus acciones se vuelven eficaces.

Según Bandura, la autoeficacia percibida, influye a nivel cognitivo, afectivo y motivacional. Por ello, las creencias que tienen las personas acerca de la capacidad de adoptar comportamientos saludables, permiten predecir el cumplimiento de dicho comportamiento (Ortego, López & Álvarez, 2011).

Modelo transteórico. Este modelo propuesto Prochaska y Prochaska (1993) señala dos categorías: aquellos pacientes que no desean cambiar y aquellos que no saben cómo cambiar (Mayor, 1995).

Los primeros son quienes no muestran la intención de cambiar, ni se evidencia signos de actitud de cambio; también son otras personas (familiares, amigos, red más cercana) quienes quieren o esperan el cambio. Los segundos, no saben qué hacer para estar mejor, tienen dificultad para controlar su temperamento, tienen problemas o conflictos en su entorno familiar y social. Existe la intención, además que un tratamiento efectivo disponible, generaría un cambio de actitud positiva. El problema radica más en el conocimiento y no sobre la motivación. Prochaska y Prochaska se plantea cinco etapas diferentes para el cambio y que están relacionadas con la adherencia al tratamiento (Cabrera, 2000).

a.- Pre contemplación. - El individuo no está dispuesto ni tiene la intención específica de cambio de comportamiento. Los factores son, falta de información, fracaso al tratamiento, están desmoralizados, no están motivados ni entusiasmados por el cambio.

b.- Contemplación. - Tiene la intención de cambio y hará un intento en modificar su comportamiento en los próximos 6 meses, no serían aptos para adquirir y mantener una adherencia.

c.- Preparación. - Toman una decisión de cambio y se comprometen hacerlo; realizan pequeños cambios para su futuro inmediato. Estas personas están dispuestas a participar en programas que refuercen su comportamiento saludable. Se dan cuenta de los beneficios de mantener su adherencia.

d.- Acción. - En esta etapa el paciente realiza cambios saludables, visibilizándose en su comportamiento, regularmente en un período de tiempo que varía de uno a seis meses. En esta etapa se muestran un nivel mayor de autoeficacia. Es necesario mencionar que en esta etapa se

pueden producir recaída o la rápida progresión a la etapa de mantenimiento.

e.- Mantenimiento. - El paciente es consciente de mantenerse saludable y por ello trabaja activamente en la prevención de la recaída, empleando una serie de procesos de cambio. En esta etapa las personas aumentan su autoconfianza, la que debe ser reforzada para que sea sostenible. El paciente tiene un 100% de confianza y no tiene tentaciones e intenciones de volver a comportamientos no saludables.

Se puede predecir que los pacientes con alguna enfermedad crónica como el VIH que se encuentren en las etapas de acción y mantenimiento en contraposición de aquellos que se encuentren en las etapas de pre-acción (pre contemplación, contemplación y preparación) puedan mantener su adherencia, además de ser responsables con su salud física y mental.

Modelo de Información-Motivación-Habilidades Conductuales. Fisher & Fisher (1998), sustenta este modelo motivacional, en las habilidades conductuales para actuar efectivamente en la instauración y mantención de conductas saludables (Bermúdez, Herencia-Leva & Uribe, 2007).

Así mismo si no existe habilidades conductuales para adquirir nuevos estilos de vida saludable será porque el paciente no posee información y no está motivado para el cambio.

La población objeto de estudio es una población vulnerable y de riesgo en la que a veces no cuentan con información clara sobre su salud, generando un mal procesamiento cognitivo que obstruyen la conducta preventiva.

Por esto, el modelo explica que para brindar información esta tiene que ser comprensible por los interesados, observable a través de conductas puntuales, que no genere temor, que se plantee recomendaciones específicas y fáciles de implementar y que no promuevan conductas de riesgo.

La motivación promueve la ejecución de la conducta, la que debe estar reforzada por la motivación social, (normas sociales y percepción de apoyo amigos familia pareja) y ciertas respuestas emocionales.

Modelo de los Sistemas Autorreguladores de Leventhal. Este modelo fue desarrollado por Leventhal y colaboradores en 1980 explica a través de este modelo teórico el comportamiento de la adherencia: (Ortego, López & Álvarez, 2011)

Modelo Conductual: Tiene un enfoque conductual basada en el principio de reforzadores positivos y negativos para mantener, la adherencia al tratamiento.

Modelo Comunicacional: Se basa en una buena relación que debe existir entre el profesional de salud y el paciente, una comunicación horizontal donde se genere empatía y un ambiente cálido.

Modelo Cognoscitivo: Es la interpretación, análisis y evaluación de la situación actual del paciente. Lo que él crea o piense sobre su salud dependerá el éxito o fracaso de la conducta deseada. Si el paciente no cuenta con recursos mentales para asumir un cambio de comportamiento, ésta no se realizará aun cuando otros factores estén presentes (comprensión de la enfermedad, apoyo social)

Modelo Biomédico: Se basa en la indicación del médico al paciente y la aceptación a la prescripción clínica convirtiéndole en un rol pasivo.

Este modelo considera también importante los rasgos de personalidad del paciente, sus antecedentes sociodemográficos y la actitud frente a la enfermedad que influye para lograr la adherencia.

En este breve recuento de modelos teóricos relacionados a la adherencia concluimos que actualmente existen bases sólidas para explicar las conductas y su relación con la salud, pero se hace necesario generar más conocimiento que proporcione fundamentos teóricos para la investigación como para diversos programas de promoción y prevención en salud.

Es importante referir que la adherencia es un proceso dinámico y va a variar dependiendo de los factores y variables que este influyendo en la persona con VIH. Arkowitz en el 2002, sostiene que los pacientes se resisten ser adherentes porque existe un conflicto interno, originando sentimiento de abandono, de culpa por no asistir a terapia, o no ser adherente (Miller & Stephen, 2015).

En el 2004, Clarkin y Levy explican como un déficit en la función psicológica, origina la poca capacidad de darse cuenta del daño que genera la no adherencia. Se puede presentar resistencia, aunque desee el cambio, esta no va ocurrir porque se genera una ambivalencia en la toma de decisión. También se relaciona la interacción médico tratante-paciente en la que puede influir para incrementar o disminuir la conducta resistente (Miller & Stephen, 2015).

La Buena Adherencia

Los especialistas señalan que una adherencia adecuada es cuando se alcanza un cumplimiento de la medicación entre un 90% a 95% de la toma del tratamiento prescrito.

En el 2010 el grupo de estudio del SIDA de OPS, menciona que el tratamiento antirretroviral del adulto es; la habilidad y capacidad de comprometerse en la elección, inicio y cumplimiento cuyo objetivo será conseguir una adecuada disminución de la carga viral. Al respecto Knobel & Guelar (2004), señala que para que la adherencia sea optima se debe preparar al paciente en tres niveles: nivel cognitivo, conductual y emocional, y para ello solo se requiere información, (CD4, Carga Viral efectos, duración, cantidad de pastillas riesgos). La información y educación debe favorecer una mejor calidad de vida y el autocuidado (Ramírez & Valdivieso, 2015, p. 19).

El incumplimiento del tratamiento, está relacionada con la no toma, el abandono y el descuido de su salud, en la que el usuario no se hace responsable del cuidado y adherencia al tratamiento.

Martin (2011), afirman que un 40% de los pacientes no siguen las indicaciones terapéuticas. En casos de infecciones graves la falta de adherencia llega a un 20%. También refiere que cuando los tratamientos implican un cambio en los estilos de vida aumenta la falta de adherencia. (Rodríguez, 2006). La no-adherencia, genera el aumento del costo sanitario y la disminución de los resultados en salud.

Factores que promueven la adherencia

Según estudios para mantener la adherencia deben influir algunos factores como:

Medio Social.- Ferrer (1995) reseña que el apoyo social (amigos vecindario comunidad) y familiar juegan un rol importante en el cumplimiento de las indicaciones médicas. Señala que las personas que cuentan con apoyo tienen mayores posibilidades de seguir las recomendaciones médicas que aquellos con menos apoyo social o inestabilidad familiar (Martin, 2011).

El estigma y la discriminación generada por el entorno social influyen para que las personas oculten la toma del tratamiento, generando interferencia e incumplimiento.

Pero en pacientes que tienen una buena calidad de vida y cuentan con un entorno social y familiar favorable tienen mejores posibilidades de ser adherentes al tratamiento para VIH.

Estos autores sustentan que el entorno familiar, el contexto social, la situación laboral, el estado emocional puede reforzar y relacionarse a favor o en contra de la adherencia. (Martin, 2011)

En un estudio realizado por Alvis (2009), en Lima, identifica factores relacionados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral como son: ser homosexual /bisexual, baja calidad de vida con relación a la salud, no tener apoyo social, no tener un domicilio fijo, tener antecedentes psiquiátricos en tiempos largos de tratamiento y los factores de tipo psicosocial (Alvis, 2009).

La buena adherencia al Tratamiento antirretroviral de gran actividad es un factor decisivo para que un tratamiento sea exitoso y la no adherencia puede implicar una repercusión en la salud pública, como aumento de la carga viral y deterioro en el sistema inmunológico esto lo señala, Ferrer (1995), Rodríguez (2006) y Martin (2011).

Aspecto Emocional. – El factor emocional es importante para la recuperación de la salud física. En personas con depresión el fracaso a la adherencia alcanza entre un 40 y 70% (OMS, 2004).

Ferrer (1995) y Rodríguez (2006), señalan que algunos rasgos de personalidad generan el apego al tratamiento y ello basado en factores del comportamiento y la capacidad de darse cuenta (Martin, 2011).

En el proceso de adherencia al tratamiento intervienen aspectos psicológicos cognitivos, motivacionales y la voluntad. Los conocimientos que han adquirido las personas con una enfermedad crónica acerca de su enfermedad les permiten actuar de manera consciente, teniendo en cuenta las principales características, los efectos, los riesgos y los comportamientos adecuados para el manejo de la misma.

Becker (1974), Rosenstock (1985) y Kirscht (1982), afirman que las creencias del paciente que tiene sobre su enfermedad, o vulnerabilidad percibida, influye en la eficacia del tratamiento. (Moreno & Gil, 2003)

Roca (2000), refiere qué si la persona está motivada por cuidar su salud, su comportamiento se orienta hacia la ejecución de acciones del cuidado. Es importante la motivación permanente y la actitud positiva como una forma de vivir mejor lo cual tiene un fuerte potencial incentivador en oposición a una actitud más pesimista cuyo componente fundamental es el miedo a la enfermedad y la muerte (Broo & Ballart, 2012).

El nivel de madurez individual y familiar que se alcance frente a la situación de la infección por VIH permitirá que se logre el autocuidado, que contribuirá para generar conductas de promoción y prevención y así

evitar o disminuir las infecciones oportunistas que aparecen en esta enfermedad (Meneses-La Riva & Mayorca-Carmelo, 2014).

Estilos de Vida. - Basterra (1999) y Zaldivar (2003) manifiestan que el cambio de comportamiento que exige el tratamiento, implica modificar los hábitos y estilos de vida. También se toman como variables la complejidad, el número, la frecuencia del consumo y la combinación de diferentes tipos de medicinas. Se sabe que el número de pastillas que se toma por vez no favorece el cumplimiento del tratamiento, generando agotamiento y cansancio (Meneses-La Riva & Mayorca-Carmelo, 2014).

La toma diaria del tratamiento, el número de tomas al día, número de pastillas, efectos adversos, tolerancia, complejidad, interferencia con los hábitos del paciente dependerá del estilo de vida de la persona con enfermedad crónica como en nuestro estudio en personas con VIH/SIDA.

Ginarte (2001), afirma que la mala calidad de vida de las personas con una enfermedad puede ocasionar pérdidas a nivel personal, social y familiar. El paciente puede presentar complicaciones con una afectación física y psicológica, que pudiera evitarse, así como limitaciones irreversibles y progresivas que afectan de modo significativo su calidad de vida (Martin, 2011)

El sueño y el apetito son considerados necesarios para obtener un nivel óptimo en el sistema inmunológico. Pero estas necesidades básicas, a veces no son satisfechas por factores culturales económicos o como proceso de no aceptar la infección.

Valera-Arévalo en el 2009, señalan que la persona con VIH que no cuenta con un estilo de vida saludable, difícilmente mantendrá un sistema inmunológico óptimo, así mismo sus cargas virales se volverán detectables, lo que podría llevarlo al fracaso del tratamiento (Valera-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015)

Medio Laboral. - En los lugares de trabajo, la discriminación por el VIH/SIDA se ha convertido en uno de los mayores problemas.

La Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2018). Señala que, la discriminación hacia las personas con VIH/SIDA atenta contra sus derechos laborales y afecta las posibilidades de obtener un trabajo.

La mayoría de las personas con VIH/SIDA deben seguir trabajando, lo cual mejora su bienestar físico y mental, generándoles como a cualquier persona un ambiente saludable que promueva su capacidad creativa (OIT, 2018). Pero como todavía necesitamos conocer más sobre la infección por VIH/SIDA, hace que se presenten violaciones a la confidencialidad y la vida privada ocasionando despidos arbitrarios.

Martin (2011) señala que la no adherencia perjudica las actividades laborales generándoles complicaciones en su salud, afectando sus metas, propósitos además de pérdidas financieras e interfiriendo en la economía de ellos mismo y sus familias.

OMS (2016) afirma que el temor o miedo que los empleadores conozcan su condición diagnóstica hace que no se ingiera las pastillas oportunamente del TARGA. La OMS señala que abandonar o interrumpir una terapia hace que se incremente por lo menos en un 20% los costos de la salud pública.

El gasto del paciente se puede traducir en cómo enfrenta la enfermedad en relación a la adquisición de medicamentos, alimentos que pueden implicar costos de recursos monetarios. Se sabe qué factores como la inestabilidad laboral, familia disfuncional, no mantener un domicilio fijo, adicción a drogas, mala situación económica, vivir sólo o simplemente tener una mala calidad de vida, influye probablemente en la no adhesión al tratamiento.

Sánchez-Sosa, Cázares, Piña & Dávila (2009) refieren que los factores que se relacionan con la adherencia son la alimentación, vivienda, actividad laboral. Para reducir los factores negativos y se mantenga una adherencia, se debe realizar una evaluación minuciosa sobre los factores mencionados, conocer cuáles son sus recursos

sociales, comunitarios que tiene, los apoyos familiares o amigos y/o pareja que facilitara la adherencia.

Antecedente De Salud.- Ciertos factores habitualmente asociados a la adherencia pueden generar en las personas con VIH/SIDA, problemas en la salud mental como el déficit cognitivo, el olvido, la incapacidad para leer etiquetas (Martin, 2011; Ferrer, 1995).

La adherencia en los pacientes que tienen más de dos enfermedades, aumenta la probabilidad de fracaso terapéutico, las complicaciones innecesarias, la discapacidad y la muerte. De otra parte, los trastornos con relación a la edad hacen a esta población más propensa a problemas secundarios a la falta de adherencia (OMS, 2004).

Friedman y Di Matteo (1989) y Cantu (2002), afirma que los síntomas constantes pueden contribuir a bajar el cumplimiento, así como aumentar los propios síntomas. Sobre la base de un estudio a 245 pacientes, se afirma que un 85.1% con una infección crónica, el soporte emocional es inadecuado, ya que no viven con tranquilidad desde que conocen su situación diagnóstica, asimismo no aceptan la enfermedad, y afecta su situación laboral y económica (Martin, 2011).

Macía y Méndez (1999), indican que según parece es de mayor dificultad continuar las recomendaciones médicas, cambios de estilos de vida y cambios de conducta que las indicaciones terapéuticas que disminuyen el efecto de los síntomas que están produciendo malestar (Martin, 2011).

Según un estudio de OMS (2004), el tratamiento de larga duración por enfermedades crónicas tiende a fracasar por el agotamiento de la ingesta diaria.

Otro factor relacionado a la adherencia, es el buen trato de los equipos de salud, el soporte de ayuda, comprensión, facilitación, consejos e información.

Variables relacionadas a la Adherencia

Haynes (1979,) ha logrado identificar más de doscientas variables que podían relacionarse con la adherencia agrupándolas en: (León, 2004).

1. Variables sociodemográficas: el sexo, la edad, el nivel de estudios, el nivel de ingresos, el trabajo, la marginación, el estado civil, tener hijos y el país de residencia.
2. Variables de la infección: la vía de transmisión, el estadio de la infección, el tiempo de infección, el tiempo en tratamiento y la carga viral.
3. Variables del tratamiento: los efectos secundarios, la complejidad del tratamiento, la no adherencia, aparición de enfermedades, el costo del tratamiento y la pauta terapéutica. Cuando se presenta esta variable se requiere realizar cambios y restaurar hábitos de vida.
4. Variables de interacción: está relacionada al trato entre la terapéutica, el apoyo social, como la familia amigos, el miedo a ser estigmatizado, las habilidades de comunicación y la satisfacción con los profesionales.
5. Creencias del paciente: qué espera del tratamiento, metas, el grado de motivación, de gravedad o severidad, la vulnerabilidad y autoeficacia percibida.
6. Dependencias: el abuso de drogas, el consumo elevado de alcohol y estar en programa de rehabilitación.
7. Comorbilidad física y psíquica: son enfermedades o infecciones que suelen aparecer como producto de la situación de enfermedad actual.
8. Variables respecto a la organización de los servicios de salud.

Nieves (2011) menciona algunas variables asociadas a la adherencia al TARGA como son; factores socioeconómicos, factores relacionados con el paciente, con la enfermedad, con el tratamiento y con el sistema de salud.

León (2004) señala en un estudio que 70% no son adherentes al TARGA, cuando no tienen conciencia de enfermedad, evadiendo responsabilidades con respecto a la toma de sus medicinas sus horarios, no tienen prácticas de autocuidado y por ende no mantienen una calidad de vida.

En el 2012, Tassiopoulos, Moscicki, Mellins descubrieron que el 81% de los jóvenes sexualmente activos tenían una carga viral detectable, eran resistentes a fármacos, llevando como resultado el fracaso al tratamiento y la posibilidad de transmitir VIH resistente a sus parejas sexuales. Es importante según estudios informar de manera clara los beneficios del tratamiento antirretroviral para una adherencia óptima, y disminuir o reducir la carga viral de forma que limite la posibilidad de transmitir el virus por vía sexual (Elrod, 2014).

Valera (2015) en el estudio sobre adherencia al tratamiento al VIH señala que la persona abandona el tratamiento por diferentes factores, como algunas reacciones adversas y otros por problemas psicosociales. En conclusión, podemos afirmar que la adherencia al tratamiento al VIH está determinada por el propio sujeto a través de sus creencias, motivación, autopercepción y comportamiento (Valera-Arévalo & Hoyos-Hernández, 2015).

Así mismo es necesario seguir explorando la relación entre el abandono al tratamiento en personas con VIH, soporte familiar y recursos económicos que la aleja del tratamiento.

1.2.2 La conceptualización y modelos teóricos de la Calidad de Vida

Para nuestra investigación relacionaremos la calidad de vida con la salud porque el estudio se basa en las personas con infección por el VIH.

Lawton en el 2001 afirma que presentar malestar físico o psicológico provocan limitaciones en la vida cotidiana, dificultando las relaciones y actividades sociales (Fernández-Mayoralas & Rojo, 2005).

Para iniciar con la conceptualización de calidad de vida y salud afirmamos que:

1. La calidad de vida se puede ver impactada por una enfermedad o un tratamiento.
2. Sus efectos en la calidad de vida generaran una disminución de las actividades “normales” del sujeto.
3. Los juicios sobre calidad de vida relacionada con la salud pueden ser únicamente realizados por el propio sujeto (Yanguas, 2003).

Entonces diremos que la calidad de vida se relaciona con el bienestar biopsicosocial, en la que la persona puede lograr sobreponerse a la adversidad y dificultades.

En 1995 la Organización Mundial de la Salud afirma que la calidad de vida es la percepción que tiene la persona de su vida en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual vive y la relación con sus metas, expectativas, y estándares de vida (Elrod, 2014).

Por su parte, Diener (1999,) define a la calidad de vida como el grado en que se ha alcanzado la felicidad, la satisfacción, o como un sentimiento de bienestar personal; relacionado con determinados indicadores, biológicos, psicológicos, comportamentales, y sociales que me hace sentir bien (Benítez, 2016).

Hörnquist en 1989 afirma que la calidad de vida no sólo se relaciona al estado de salud, sino también al bienestar económico, la educación, el medio ambiente, la legislación, el sistema de salud, estas dimensiones son la clave para promover el bienestar de la persona (Yanguas, 2003).

Carpio, Pacheco, Flores y Canales (2001) define a la calidad de vida como “El resultado funcional del estado conjunto de las condiciones biológicas, socio-culturales y psicológicas de los individuos, y como estos se ajustan a las situaciones cotidianas en que su comportamiento, como modo de existencia práctica, tiene lugar; así como, los resultados que

dicho ajuste tiene sobre el ambiente y el propio organismo” (p. 4). Estos autores señalan, que hablar de calidad de vida es cuando se ha alcanzado un desarrollo a través de los grupos sociales.

Schalock y Schawrtzman (2003), dicen que la calidad de vida, se basa en las experiencias personales en áreas como las relaciones, las actividades en la comunidad, el bienestar físico y material, el desarrollo personal, la satisfacción y la felicidad. Así mismo afirman que la calidad de vida promueve valores, expectativas, ideologías, creencias, y del contexto cultural e historia personal del paciente. (Benítez, 2016)

Bullinger (1993,) refiere que el concepto de salud mental y calidad de vida se relacionan entre sí, cuando mencionamos los factores que la generan como son los factores sociales, económico y familiares, y como estos a su vez pueden generar problemas relacionados a la psicopatología (Yanguas, 2003).

Modelos Teóricos de Calidad de Vida

Existen diferentes marcos de trabajo y propuestas teóricas en la investigación de calidad de vida, relacionados a infecciones crónicas como el VIH.

Modelos comportamentales

La calidad de vida no depende sólo del bienestar psicológico o de la satisfacción personal, sino de lo que uno hace para vivir una vida con calidad. Reig (2000), afirma que la importancia de lo que hacemos y como experimentamos los beneficios de lo que hacemos, a ello le denomina calidad de vida (Espíndola, 2008.)

Así mismo afirma que la salud, las creencias positivas, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social, van a ser importantes, aunque no determinantes en nuestro comportamiento, esto se basa en hacer las cosas que tenemos, queremos o podemos hacer.

Modelos de bienestar

Este modelo fue desarrollado por Lehman, Ward y Linn, y por Baker e Intagliata en 1982. El modelo se basa en la que el nivel de calidad de vida de la persona dependerá de sus condiciones de vida satisfacción de sus necesidades, bienestar, carencias y deseos. Así mismo Barefoot en 1998, señala que la personalidad del individuo influirá en su manera de ser, actuar, sentir y pensar, como en la calidad de vida. Becker, Diamond y Sainfort en 1993), afirman que la calidad de vida estará relacionada a la satisfacción personal del paciente y la valoración y la importancia que le da a su vida. (Yanguas, 2003)

Modelo de desempeño de rol

El modelo de desempeño de rol es estudiado en 1982 por Bigelow, Brodsky, Stewart y Olsen, se basa en la asociación entre bienestar personal y las condiciones ambientales. Esta teoría señala que la felicidad y la satisfacción se generan a través de las condiciones sociales y ambientales y necesidades básicas del ser humano. (Yanguas, 2003)

Estas necesidades son materiales y sociales, además que para lograrlas dependerá de sus capacidades cognitivas, afectivas, conductuales y perceptivas.

Modelo de proceso dinámico de la calidad de vida

Angermeyer y Kilian en el 2000, fundamenta este modelo como el “proceso de adaptación, durante el cual la persona debe conciliar sus deseos y logros con el contexto de su entorno y la capacidad para satisfacer las demandas sociales” (Yanguas, 2003, p.115).

Teoría de los Dominios

La presente investigación es sustentada por la teoría de los Dominios de Barnes y Olson (1982,) señalan que una característica identificada en la calidad de vida, es el aumento de la satisfacción de los dominios que generan experiencias vitales en los individuos. En el caso de las personas con VIH, su calidad de vida dependerá de las experiencias favorables o

desfavorables que tenga en su vida como por ejemplo vida marital y familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, etc. La manera como haya logrado satisfacer estos dominios, dependerá de su juicio individual para lograr resolver sus intereses y necesidades en el ambiente. Estos autores precisan, que la calidad de vida está relacionada con la salud como componente personal, de bienestar o malestar, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interacciones de la persona con su ambiente (Grimaldo, 2011).

Los Dominios de la Calidad de Vida descritos por Barnes y Olson en 1982 son: (Grimaldo, 2011)

Hogar y Bienestar Económico.

En 1982, Barnes y Olson, señala que lo económico está relacionada con la capacidad de proporcionar en el hogar seguridad afectiva, necesidad de cariño, vestimenta, alimentos a los miembros de la familia. (Grimaldo, 2011)

La calidad de vida es afín con los medios materiales que se posee el hogar para vivir tranquilos y cómodamente, contar con capacidad económica para satisfacer las necesidades básicas para vivir saludable confortable y satisfactoriamente permite un bienestar económico.

Así mismo se señala que para vivir cómodamente, el bienestar económico es básico para cubrir los gastos de comida, recreación y salud familiar. Así mismo la relación afectiva con los miembros del hogar conlleva a una responsabilidad para brindarle seguridad social emocional y económica.

Dominio Amigos Vecindario y Comunidad

Es la percepción que tiene el individuo de su interacción con otras personas, se incluye el soporte social, funcionamiento familiar, desempeño laboral, funcionamiento en la intimidad (sexualidad).

Según la teoría de los dominios de Barnes y Olson, la calidad de vida se basa en la satisfacción de frecuentar a los amigos de la zona

donde vive, participar en las actividades (fiestas, reuniones, deportes) y tener tiempo para compartir con los allegados en el lugar donde reside, o del trabajo, realizar compras cotidianas, la seguridad en el lugar donde vive para desplazarse sin riesgo alguno, la presencia de espacios de recreación (parques, campos de juegos, etc.) en la comunidad, las facilidades para las prácticas deportivas como lozas deportivas, gimnasios. Shalock y Verdugo (2007) señala que las personas que ven al vecindario y comunidad como positivo logran desarrollar un sentido de pertenencia, compromiso y la satisfacción con la calidad de vida. Cuando la interacción y relación social aumenta en el vecindario y comunidad, las personas están más interesadas en la vida y en el bienestar del resto de sus vecinos. Los dominios amigos, vecindario y comunidad favorecen la calidad de vida (Grimaldo, 2011).

Dominio Vida Familiar y Familia Extensa.

Es la capacidad que genera el hogar para brindar seguridad afectiva, y satisfacer las necesidades de amor, afecto entre los miembros del hogar. Se considera la relación de pareja como un elemento que promueve el apoyo emocional, afectivo y que ello genera la satisfacción en el hogar.

La Calidad de vida en el ámbito familiar también está relacionada al bienestar económico. Nuestra población con VIH abordadas que viven en la jurisdicción de Villa el Salvador pertenece a estratos económicos medio bajo, lo que a veces no logran satisfacer la demanda de las necesidades básicas de alimentación y vestido.

El bienestar económico, de acuerdo a los ingresos personales se puede reflejar un bienestar social familiar, la cuestión que aquí aparece es que no todos tienen acceso a tener bienes de diversa índole, pues la mayoría de la población no tiene lo básico en su hogar, y que de acuerdo a datos estadísticos, los individuos sobreviven con menos del sueldo mínimo, lo cual nos demuestra que no todos tenemos lo elemental para considerar que tenemos una calidad de vida, que comprende aspectos de salud y educación.

Las facilidades que le brinda la comunidad familiar para realizar actividades y la relación afectiva con su(s) hijo(s), (as), el número de hijos (as) que tiene, y las responsabilidades domésticas en la casa influye en la calidad de vida (Pérez, 1997).

En personas con VIH la notificación del diagnóstico a las familias y allegados permite generar el acompañamiento, apoyo económico y soporte psicosocial, el que se hace necesario para promover una calidad de vida. Esto se sustenta con los enunciados de B

arnes y Olson en 1982, que asocian la calidad de vida con el bienestar de los miembros de la familia y con el factor económico, generando la satisfacción cuando se cubre la capacidad económica para los gastos de alimentación familiar, y las necesidades básicas hasta la compra de medicamentos (Chávez, 2015).

Dominio Salud

El estado de salud física y psicológica, permitirá mantener la calidad de vida. En los casos de personas con afecciones crónicas como el VIH existen probabilidades de mantener o abandonar los controles médicos. El agotamiento por la ingesta diaria de los retrovirales durante toda la vida puede desmotivar e influir en la mejora de la salud.

El deterioro de la salud genera sentimientos de minusvalía en la persona, porque va perdiendo sus habilidades físicas y psicológicas cuando esta con la infección por VIH. (Gamboa, 2013).

Modelos de calidad de vida aplicados a personas con VIH.

Holanda en 2012, plantean el modelo de la determinación social de la salud (MDSS), en la que señala la importancia de predecir las variaciones del estado de salud, la desigualdad sanitaria y los comportamientos relacionados con la salud. Los determinantes sociales de la salud tienen una base relacionada a un trato con respeto y justo, las cuales repercuten en la salud. Abreu en 1991, indica que la calidad de vida se relaciona con el sentimiento y la percepción que tiene el individuo de su vida. El

bienestar es identificado también como calidad de vida y se mide a través de la satisfacción del individuo en ciertas áreas de su vida (Holanda et al., 2015).

Existen diferentes dimensiones relacionadas a los determinantes sociales de la salud como:

Determinantes individuales: edad, sexo, herencia genética.

Determinantes proximales: comportamientos y estilos de vida individuales e influencia de las redes sociales.

Determinantes intermedios: condiciones de vida, trabajo, alimentos, acceso a ambientes y servicios básicos, como salud, educación, saneamiento, habitación.

Determinantes distales o macro determinantes: condiciones económicas, culturales y ambientales de la sociedad.

Así mismo destaca que en las personas con VIH, los determinantes sociales que prevalecen son, situación de pareja, religión, vínculo laboral situación económica y conocimiento de su situación diagnóstica influenciando en el proceso de salud y enfermedad.

La calidad de vida está relacionada con el aprendizaje, que adquirimos durante el proceso de nuestra vida, actitudes, conductas, que promueven el desarrollo personal (Gamboa, 2013).

A pesar que todavía no existe la cura, la infección por el VIH y el Sida se debe aprender a vivir bien para mantener una buena calidad de vida.

La Calidad de vida - adherencia y su relación con el VIH

Ruiz & López, 2015, realizan un estudio relacionando la adherencia al TARGA y la calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA, y concluyen que su estado de salud y la adherencia al tratamiento no sólo recaen en su supervivencia, sino además a distintas dimensiones de su calidad de vida.

Tessema y Belay en el 2008, señalan que en Etiopía, que los efectos adversos del medicamento, la falta de información acerca del tratamiento y no tener ninguna meta concreta, estuvieron relacionadas con la falta de adherencia. Así también Maqutu (2010), realiza un estudio al sur de África, donde observa que la adherencia al TARGA aumenta con el tiempo, pero estará influenciada por las características socio-demográficas y conductuales de las personas. Harvey (2008), señala la importancia del uso de relojes de alarma y teléfonos celulares como recordatorio, se convertía en un reforzador para mantener la adherencia, así mismo disponer de los retrovirales y continuar con su rutina diaria, influyó positivamente sobre la adhesión al TARGA. (Rivas & Cavero, 2013).

Evaluación de la Calidad de Vida

Las primeras escalas se emplearon en los Estados Unidos e Inglaterra, pero sin éxito porque no se ajustaban a la realidad social y cultural a quienes se les administraba.

La OMS desarrolla un instrumento para evaluar la calidad de vida, denominada; WHOQOL – 100 (1991) e WHOQOL – BRIEF (1994) (Gamboa, 2013).

La palabra calidad de vida desde sus inicios siempre está referido a al estado de bienestar y de responder a las demandas que nos da la vida.

Las personas con VIH deben pasar por una evaluación de sus estilos de vida, sobre los efectos del tratamiento, los conflictos con el medio familia social y laboral (Gutiérrez, Raich, Sánchez & Deus, 2014).

Vigneshwaran afirma en el 2008 que el personal de salud debe prepararse para garantizar una atención oportuna que beneficie su calidad de vida (Kiloki, 2015)

Schalock y Verdugo en el 2007 señala que cuando se evalúa la calidad de vida ,esta debe ser enfocada en diversas dimensiones como:

- Bienestar Emocional

- Bienestar Material
- Bienestar Físico
- Relaciones Interpersonales
- Desarrollo Personal
- Autodeterminación
- Inclusión Social
- Derechos.

Estas dimensiones permiten evaluar y conocer en la persona la capacidad de adecuarse en cada etapa de vida buscando el bienestar personal.

Schalock y Verdugo en el 2007 también afirman los siguientes criterios para evaluar la calidad de vida:

1. Es preciso medir la calidad de vida para comprender el nivel que goza la persona de ella.
2. La medida de la calidad de vida se basa en buscar las condiciones de vida más saludable.
3. Dificultad en la evaluación de la calidad de vida puede llevar que las personas tengan problemas de comunicación y que no puedan enfrentar las demandas de las diferentes situaciones en la vida.

Olson y Barnes (1982), sostiene que las experiencias de vida como el matrimonio, la vida familiar, amigos, domicilio y facilidades de vivienda, educación, empleo, religión, entre otros forman la base para una calidad de vida (Grimaldo, 2010).

Existen diversos estudios que establecen la relación entre la satisfacción individual y los dominios específicos; es así como, encontraron la vida conyugal y familiar; amigos; familia extensa; educación; tiempo; religión; empleo; bienestar económico; vecindario y comunidad influye en la calidad de vida (Rivas & Cavero, 2013).

1.2.3 El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Definición

El virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) infecta el sistema inmunitario, lo que lleva al deterioro progresivo de dicho sistema y termina produciendo insuficiencia inmunitaria. Las infecciones que se producen se les llama «oportunistas» en la que los agentes patógenos producen debilidad del sistema inmunológico (OMS, 2016).

El SIDA (síndrome de inmunodeficiencia adquirida) es la etapa más avanzada del VIH. Se define por la aparición de más de veinte infecciones oportunistas o cánceres vinculados con el VIH/SIDA y puede tardar entre 2 a 15 años en manifestarse, dependiendo del cuidado del paciente (OMS, 2016).

Fases de la Infección

Borrero y colaboradores (2005,) mencionan 4 estadios que se dan por la infección del VIH: (Vélez, Rojas, Borrero & Restrepo, 2005)

Etapa inicial:

Llamada fase aguda. Se inicia con el ingreso del virus al organismo, en la que se generara anticuerpos entre 10 a 20 semanas aproximadamente. Rápidamente la persona será portador y reactivo a las pruebas para VIH. En esta etapa existe la mayor cantidad de carga viral en los fluidos por lo que la persona portadora la trasmite altamente, aunque se muestra saludable.

Fase I (Etapa A):

El sujeto puede o no presentar algunos síntomas como: faringitis o gripe con fiebre, inflamación de ganglios y RASH cutáneo, que desaparece después de algunas semanas, por ello se denomina fase asintomática. En esta fase aumenta el virus y se evidencia una disminución de los linfocitos CD4 (< 500 células CD4).

Fase II (Etapa B):

Es la fase sintomática leve, aumenta la carga viral y disminuye las células CD4 (200 - 499/ cel/ml). La persona adquiere una serie de enfermedades, se presenta síntomas como disminución de peso, diarrea crónica, fiebre, candidiasis oral o vaginal, herpes, ganglios linfáticos en diferentes regiones del cuerpo, entre otros. Así como tuberculosis, porque el número de linfocitos CD4 es muy bajo.

Fase III (Etapa C o Fase SIDA):

En esta fase se produce el deterioro del sistema inmunológico, dejando a la persona vulnerable para tener múltiples infecciones. Aquí suelen aparecer enfermedades oportunistas.

Los Factores de riesgo

Los comportamientos que incrementan el riesgo, son:

- Sexo anal o vaginal sin protección;
- Tener una infección de transmisión sexual;
- Compartir agujas o jeringuillas contaminadas;
- Recibir inyecciones o transfusiones sanguíneas de material contaminado o ser objeto de procedimientos médicos con instrumental no esterilizado;
- Pincharse accidentalmente con una aguja infectada, lesión que afecta en particular al personal sanitario.

El Diagnóstico para detectar el VIH

Para detectar la presencia del VIH, es necesario realizar una prueba denominada prueba para VIH, esta permitirá detectar la presencia de anticuerpos y/o virus en la sangre. El periodo de latencia dura entre 3 a 6 semanas y es el periodo de mayor transmisión.

Eliminación de la transmisión del VIH de la madre al niño

La madre con VIH puede estar protegida durante el embarazo, el trabajo de parto, el alumbramiento o lactancia. Si es protegida las tasas de transmisión oscilaran entre un 15% y un 45%. Para prevenir la transmisión se administra retrovirales a la madre como al niño

Tratamiento del VIH SIDA

El VIH actualmente solo se trata, por ahora no existe cura. Para controlar el virus en el organismo el paciente debe tomar pastillas denominadas antirretrovirales o TARGA (tratamiento antirretroviral de gran actividad). El objetivo del tratamiento es disminuir la carga viral del organismo y fortalecer el sistema inmunológico, combatiendo las infecciones. El tratamiento antirretroviral es la combinación de varios tipos de medicamentos antirretrovirales como Zidovudina, Lamivudina, Nevirapina, Efavirenz, que permite a las personas afectadas por el VIH puedan llevar una vida sana y productiva.

La OMS (2015) afirma que cuando más temprano se inicie el tratamiento, el VIH puede ser controlado y ser reducido a niveles indetectables, con ello mejora el sistema inmunológico y disminuye el riesgo de transmisión (OMS, 2015).

Datos Epidemiológicos Estadísticas a nivel mundial

A nivel mundial el VIH sigue siendo un problema de salud pública, generando más de 36 millones de pérdidas de vida hasta ahora. Según la OMS (2020) reportan que hay más de 38 millones de personas con la infección por VIH a nivel mundial. Solo el 81% conocen su estado serológico. El 19% restante necesita acceso a servicios de detección del VIH y hasta junio 2020, 26 millones de personas que viven con el VIH tienen acceso a la terapia antirretroviral, en todo el mundo. El 69% de la población mundial VIH-positiva vive en el África subsahariana (OMS, 2020).

Trasmisión de VIH en el Perú

El VIH /SIDA es una epidemia concentrada, que cada día es más joven y con rostro de mujer. Hasta noviembre del 2020 el Centro Nacional de Epidemiología y Control de Enfermedades - Ministerio de Salud (MINSa, 2020), reportó 45,089 casos de SIDA y 132,657 casos de VIH. En relación a grupos de edades el 55% de los casos VIH se diagnosticaron entre 20 a 34 años de edad (mediana 31 años) el 61% de casos de SIDA se diagnostican entre los 20 a 39 años, siendo la mediana 32 años. Los distritos que reportan mayores casos de infección son Lima y Callao alcanzando un 63% de los casos de VIH y el 68% de casos de SIDA notificados. El 52% de los casos de infección por VIH de Lima y Callao proceden de los distritos como: Cercado de Lima, Callao Cercado, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Comas, Ate, Chorrillos, Villa el Salvador, Los Olivos y Rímac (MINSa, 2020).

El Ministerio de Salud revela que la transmisión por la vía sexual alcanza un 99%, la transmisión vertical 1% y sanguínea 0%. Un 85% son de sexo masculino y 15% sexo femenino. Ambos grupos lo adquirieron con frecuencia por vía sexual. La persona homosexual o HSH (hombres que tienen sexo con hombres) con comportamiento bisexual transmiten a sus parejas mujeres, por lo que al salir embarazadas pueden infectar al recién nacido. En relación a la razón hombre mujer de cada 4 hombres hay una mujer con la infección por VIH (MINSa, 2020).

Modelos Conductuales relacionados a la Infección por VIH

Modelo cognitivo. - Se basa en el proceso de adquirir comportamientos saludables para disminuir el riesgo de re-infectarse o infectarse por el VIH. La modificación de conducta se basa en reconocer que conductas son saludables para luego adoptarlas.

Para que exista un cambio de comportamiento es necesario cierta cantidad de información y favorecer ciertos comportamientos que no lleven al riesgo.

Teorías de promoción de salud. - Esta teoría proporciona una metodología que permite planificar, ejecutar, y evaluar los elementos que afectan las conductas relacionadas con la salud.

La teoría de la promoción de la salud permite predecir y resolver situaciones que la persona no ha experimentado, busca que identifique factores y situaciones, que favorezca su salud. Este modelo intenta que la persona identifique conductas saludables para promover estilos de vida sanos, además que asuma comportamientos saludables.

Percepción de susceptibilidad o riesgo. - Los comportamientos de riesgo favorece la transmisión del VIH y más aún si no se percibe el riesgo. En sujetos que se expusieron al VIH pero que por sus características individuales no adquirieron la infección, tienen más tendencia a practicar conductas de peligro, siendo un factor condicionante del comportamiento.

Percepción de costo-beneficio. - Este modelo se basa en que las personas logran adquirir cambios saludables cuando obtienen beneficios. Pero también el costo beneficio puede resultar aceptar ciertas conductas de riesgo para obtener lo deseado. De acuerdo con Páez (1996,) este modelo implica que las personas deberían: creer que el SIDA es grave; que ellos están en riesgo; conocer las formas de prevención; estar motivados para hacer los esfuerzos de cambio de comportamiento y tener recursos para desarrollar las conductas seguras para estar bien (Nieves, 2011).

El Impacto Psicológico y el VIH.- Nieves (2011) afirma que el sujeto que recibe el diagnóstico por VIH tiene un impacto a nivel bio-psico emocional. La infección por VIH está cargada de rechazo, discriminación y estigma, generando culpa, vergüenza, cólera y tristeza hasta depresión, afectando incluso en la toma de tratamiento TARGA.

El abordaje debe ser integral y multidisciplinaria, ello permitirá que el sujeto asuma comportamientos saludables se adhiera al tratamiento y mejore su calidad de vida. Campos (2002) describe la importancia de la intervención psicológica integral y la subdivide en tres fases:

Fase inicial: Determinar el estado psicológico (emocional, cognitivo, conductual) de las personas con VIH, busca que el usuario reconozca sus recursos mentales personales y limitaciones psicológicas, ello permitirá la intervención psicológica y la adherencia al TARGA.

Fase de fortalecimiento de conducta: Se refuerza hábitos como estilos de vida saludables, promocionando conductas de auto-cuidado, así mismo se busca promover y mantener la adherencia a lo largo de proceso del tratamiento.

Fase de sostenimiento: Se fomenta los grupos de ayuda mutua, en la que personas con características comunes brindan apoyo emocional, ello incluye a las personas con VIH y familiares. Se busca fortalecer la adherencia; pues sabemos que es un tratamiento de por vida y ello puede agotar a la persona con VIH

1.3 Marco Conceptual

Adherencia

Define el término adherencia como “El grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilos de vida saludable, sugeridas por el personal de salud.” (OPS, 2011, p. 96).

Para conocer el nivel de adherencia al TARGA de la persona con VIH, se evaluará con el Cuestionario de valoración de adherencia de Echevarría (2010). Siendo las normas de calificación de: [0 – 49] para Adherencia Baja; Adherencia Media con puntuaciones de [50 – 64] y por último con un puntaje mayor de 65 para ser catalogado con Adherencia Buena. (Echevarría, 2016).

Calidad de vida

Calidad de vida es la percepción que tiene la persona de su vida en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual vive y la relación con sus metas, expectativas, y estándares de vida (Botero de Mejía & Pico, 2007).

Identificar los niveles de calidad de vida en variados dominios de la vida del participante. Es una prueba de lápiz y papel y los ítems son de tipo likert (1 = Insatisfecho, 2 = Un poco satisfecho, 3 = Más o menos satisfecho; 4 = Bastante satisfecho y 5 = Completamente satisfecho). Las categorías finales son: Baja calidad de vida, tendencia a una baja calidad de vida, buena calidad de vida, tendencia a una óptima calidad de vida y óptima calidad de vida. Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes 1982. (Grimaldo, 2010).

CAPÍTULO II

EL PROBLEMA, OBJETIVO, HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1 Planteamiento del Problema

2.1.1 Descripción de la Realidad Problemática

Los problemas de la falta de adherencia han sido poco estudiados encontrándonos con escasas intervenciones al respecto. La falta de adherencia ha generado serias dificultades en la salud repercutiendo en la vida familiar social y laboral. Una mala adherencia conlleva al fracaso del tratamiento y por ende una mala calidad de vida repercutiendo en su salud física y mental.

Mantener la adherencia al tratamiento para el VIH ha permitido en algunas personas generar y promover una calidad de vida; cuando el/la usuario(a) es capaz de reconocer el beneficio de su salud, asume un comportamiento responsable, quien junto con su familia, amigos y profesionales de la salud fortalecen la salud. Esta es una dimensión importante a considerar en el estudio.

El tratamiento busca que la persona con VIH retome su vida familiar, social, además de volverse económicamente productivo.

La adherencia es muy compleja y dependerá del aspecto emocional, su estilo de vida, medio social, laboral consiguiendo como objetivo el beneficio en el estado de salud.

Asumir hábitos favorables, o estilos de vida saludable se relacionará a tener una calidad de vida y un afrontamiento frente a la infección por VIH.

La calidad de vida presenta varias dimensiones, para nuestro estudio hemos planteado en tres grandes grupos ello por las características y su relación con el grupo de estudio. Es así que observamos que dimensiones como amigos, familias y la salud pueden influir en la mantención de la adherencia.

Así mismo, hemos considerado como la buena adherencia es aquella que se relaciona, con la mejora en su salud física y mental logrando satisfacción en la vida familiar, amical y laboral, esto se sustenta en un estudio de Knobel (2005).

En el Perú el VIH/SIDA así como a nivel mundial sigue siendo un problema de salud pública, debido a que esta enfermedad causa numerosas muertes en diferentes grupos de edad y en comunidades donde las condiciones de vida son bajas.

En el País, la población más afectada con el VIH/SIDA son los hombres con orientación homosexual y heterosexual que al mantener un comportamiento de riesgo infectan a sus parejas masculinas o femeninas siendo estas últimas las que se embarazan y al no conocer su situación diagnostica transmiten a sus recién nacidos; razón por la cual se estima que esta forma de trasmisión se incrementa cada día, sobre todo en Lima. El departamento de Lima registra los mayores casos de VIH y los distritos más afectados esta Lima (Cercado), San Juan de Lurigancho y Villa el Salvador ocupando este el sexto lugar, y el primero en la zona sur de Lima (MINSa, 2017).

Actualmente la forma de trasmisión es la vía sexual con un 99% siendo su prevalencia el de sexo masculino con un 85% y femenino un 15%. Por otro lado, señala el MINSa que hay un número creciente de casos en mujeres (34.7 %) que se han expuesto a la infección por sus parejas. El 91% de las mujeres y el 85% de los hombres no utilizan condones para protegerse durante el acto sexual. (MINSa, 2020)

Nuestro estudio se enfoca en el distrito de Villa el Salvador, una comunidad organizada pujante cuyo crecimiento económico se basa en el comercio y la industria. Villa el Salvador es considerado una población de clase media baja (INEI, 2015). La comunidad objeto de estudio es laboralmente activa y casi más de 95% tiene secundaria completa, dedicándose a actividades como el comercio y transporte.

En relación al VIH/SIDA podemos decir que Villa el Salvador es el distrito donde se producen alrededor del 10% de los casos de VIH/SIDA a nivel de Lima, de las cuales el 10% fallecieron con el diagnóstico al no acceder oportunamente al tratamiento o abandono de este. El estudio reveló que la prevalencia de casos de VIH/SIDA en el sexo masculino es un 65% y femenino un 35% y la razón hombre /mujer de casos infectados hoy en Villa el Salvador es de cada 7 hombres hay 3 mujeres con infección por VIH (MINSa, 2010).

Este dato fue relevante, pues coincide con el promedio mundial e incluso supera la razón establecida a nivel nacional por el Ministerio de Salud: 2.61% (MINSa, 2010).

En relación al medio social Villa el Salvador es una comunidad económicamente activa a pesar de tener zonas vulnerables de pobreza. Los sujetos de estudio se desenvuelven en un medio de prejuicios ya sea por parte de sus familias y comunidad. Estas actitudes y comportamiento relacionados al estigma y discriminación en relación al VIH/SIDA dificultan el acceso al servicio de salud quienes no garantiza la confidencialidad, la toma diaria del tratamiento en horario de trabajo o el ausentismo laboral generada por la infección. Esto motiva a mantener “el secreto” del diagnóstico con los amigos, centro laboral y con algunos miembros de la familia. El participar en una organización de personas con VIH u otros donde conozcan la situación de su diagnóstico, permite expresar sentimientos de temor angustia y beneficios del TARGA (MINSa, 2017).

En las atenciones observamos que en el usuario donde las familias conocen el diagnóstico se genera una relación efectiva y positiva hacia su salud, los apoyan y acompañan; pero si desconoce el diagnóstico o es una familia con comportamientos estigmatizantes y discriminatorios entonces generará estrés. La notificación a la familia siempre está cargada de ansiedad, *“no los quiero preocupar”* hace que guarden silencio frente al diagnóstico, en ocasiones muchos de los usuarios se muestran preocupados, confusos, depresivos hasta han pensado en suicidarse

porque consideran que *“no vale la pena vivir”* si los rechazan. Este grupo son con frecuencia quienes no acuden a sus consultas o no cumplen con la toma diaria del TARGA; esto es frecuente también en usuarios que presentan otras enfermedades como tuberculosis, hepatitis o sífilis.

Las intervenciones psicológicas a nivel individual o grupal son de enorme utilidad para el manejo de numerosas situaciones que el paciente debe afrontar a lo largo de la infección. Esto permite conocer qué factores genera mala adherencia deteriorando su calidad de vida o que factores promueve que se mantenga la adherencia.

Durante los último 14 años aproximadamente realizando intervenciones en la temática del VIH/SIDA en la población de Villa el Salvador me interesé en formar y fortalecer los grupos de ayuda mutua, (GAM) como una estrategia entre pares donde encuentran un espacio para compartir pensamientos, sentimientos, dificultades propias de las personas recién diagnosticadas. Los sujetos de estudio se atienden en el Centro Materno Infantil San José de Villa el Salvador, siendo el centro de referencia para casos de ITS VIH/SIDA de la jurisdicción de Lima Sur. Los usuarios pertenecían a estratos socioeconómicos bajos y medio, en algunos casos económicamente productivos, vivían solos en especial los que vienen de provincia, otros con sus familias es decir con sus padres o parejas. El Ministerio de Salud exigía que para iniciar el tratamiento las personas con VIH debían acudir a consulta con sus familias y/o allegados, es ahí donde se evidenciaba los primeros problemas. No todos tenían apoyo de un familiar cercano y es en este grupo donde me llama la atención toda vez que era el grupo con problemas en la mantención de la adherencia, manifestando que no valía la pena tomar tratamiento o vivir, porque su familia los había discriminado o abandonado por la infección. Esto me hacía presumir que al no tener apoyo y soporte familia fracasaría la adherencia al tratamiento. Es importante señalar que los que son apoyados por su familia eran más adherentes y mantuvieron un estilo de vida saludable. Nuestros participantes en el estudio que mantenían un estilo de vida saludable tenían mejor disposición para asumir el

tratamiento antirretroviral siendo esta entrega gratuita por el estado. Otra situación que se observa es la problemática familiar, social y económica que influye en una negativa para asumir cambios en su comportamiento generando por ello dificultad para presentar una conducta saludable y mantener la adherencia. La OMS refieren que la calidad de vida es la percepción que la persona tiene de su lugar en la existencia, sus expectativas, objetivos, normas, inquietudes; y está relacionado con la salud física, estado psicológico, nivel de independencia, relaciones sociales, al igual que su relación con los elementos básicos de su entorno (OMS, 2004).

Así mismo el grupo se caracteriza porque algunos participantes del estudio eran profesionales o comerciantes, con un sueldo estable, también se encontraban los desocupados, dependientes de alguien, siendo este último grupo los no adherentes abandonando las consultas médicas.

Cuando ingresaban al servicio de psicología su principal preocupación era “a quien se lo digo... y como se lo digo”; el sentimiento de culpa se generaba con frecuencia al guardar silencio con su pareja sobre su condición diagnóstica. El estrés, la ansiedad, la depresión, entre otros, eran situaciones frecuentes por ello la importancia de la consejería psicológica que se convertía en un espacio de escucha activa.

Nuestros usuarios presentaban hábitos nocivos; con historias de consumo de alcohol, drogas; otros con antecedentes de tuberculosis, infecciones de transmisión sexual entre otras infecciones o enfermedades. El hábito del uso del condón no estaba instaurado como una práctica en el cuidado de su salud sexual, con frecuencia manifestaban que “no les gustaba” o “no se siente igual”. En el abordaje se debía hablar de ello para que se puedan proteger de la re-infección, y es en ese proceso que deben tomar conciencia para adquirir estilos de vida saludable.

Otras características que presentaban las personas con VIH en el estudio, era el ausentismo laboral o problemas en la toma del tratamiento

en la hora del trabajo. El principal temor fue que los compañeros de trabajo en especial el jefe conozca su situación diagnóstica y lo despidan inmediatamente. En más de una oportunidad tuvimos que trabajar el tema de derechos laborales por el diagnóstico por VIH. Esta situación los perjudicaba económicamente en su salud física y mental, generándoles sentimientos de minusvalía.

Durante las consultas era frecuente escuchar sintomatología depresiva, ansiosa, en especial en aquellos que tenían más de 10 años de diagnóstico, situación que les generaba estrés.

Es importante resaltar que en un número poco significativo pero importante, son los pacientes con VIH que procedían de hogares donde uno de sus miembros tenía problemas de salud mental, como consumo de sustancias psicoactivas.

La calidad de vida en las personas del GAM Raíces de Villa el Salvador es subjetiva, la aparición de la infección en sus vidas tiene un impacto en su salud y en su estilo de vida y puede variar en cada persona según su calidad de vida. Ellos tuvieron que incorporar cuidados en la salud, además de relacionarse estrechamente con sus familias amigos y comunidad.

La dimensión de amigos y comunidad es un sistema social de gran importancia en el fortalecimiento de las redes sociales. En el estudio las personas con VIH ven a los amigos y comunidad como algo positivo, desarrollan un sentido de pertenencia en su “comunidad” sintiéndose satisfechos. El acompañamiento y apoyo social es un factor importante en la calidad de vida en las personas con VIH en especial para ayudar en situaciones de estrés, aceptación del diagnóstico y el apoyo para el cumplimiento de la adherencia. Vilato (2015) sustenta ello al afirmar que un 76% de personas con VIH de su estudio experimentaban una necesidad de apoyo, afectividad y estima de parte de sus amigos y comunidad. Resultado similares también se encontraron con el estudio de Campos (2002) señalando que las variables psicosociales, como el apoyo

amical y comunitario mostraron una relación con el grado de buena adherencia al tratamiento en personas con VIH en especial con los que tenían más de seis meses de tratamiento, como lo es en los participantes del estudio que presentamos.

Así mismo hay que señalar que no es fácil hablar del VIH con los amigos y comunidad, observamos que en ciertas comunidades de Villa el Salvador la población está cargada de estigma y discriminación lo que generaba desinterés disminución de los contactos con los amigos y aislamiento con el entorno.

Otro aspecto interesante en este grupo era lo relacionado al uso del condón, existía y existe una baja percepción de riesgo para su uso, por ser una sociedad “machista” la mujer con o sin VIH no exige su uso y el varón no asume el autocuidado o el cuidado hacia la pareja heterosexual u homosexual. Algunos de los pacientes que asumieron su uso como protección lo hacen porque hicieron del condón un hábito y tomaron conciencia sobre la trasmisión y lo perjudicial si se da la reinfección.

Otro factor que se observa es el problema para conciliar el sueño, se sabe que una mala calidad de sueño se relaciona a una adherencia inadecuada lo que conlleva a tener problemas de concentración, cansancio, dificultad en la memoria para recordar la toma de medicamentos o pérdida de las citas. La alimentación a veces no es saludable, por la situación económica o la manera apresurada que viven, no se alimentan adecuadamente generando problemas gástricos o la mala adsorción de las medicinas. Es importante conocer porque el riesgo de una mala nutrición repercute en su salud física, el no alimentarse trae como consecuencia adquirir otras enfermedades incluyendo la tuberculosis. Es por ello que se incide en la consejería el tema nutricional.

Una buena alimentación, descansar o dormir oportunamente va entrelazado con la toma puntual del TARGA. El tratamiento no funciona si no está asociado a los dos elementos mencionados. Los pacientes creen

que la pastilla es *milagrosa* y que no necesita de otros factores, así mismo, si en los exámenes clínicos de control, la carga viral está indetectable y el recuento de linfocitos CD4, es alto las personas con VIH asumen una creencia relacionada a la “cura” situación que por ahora no existe. Es en ese momento que suelen abandonar el tratamiento, situación que la hemos visto en los pacientes. Así mismo, los integrantes del grupo de ayuda mutua Raíces han pasado por varias etapas como el abandono o incumplimiento del tratamiento, reacciones adversas (nauseas RASH...) depresión o tristeza, no es sencillo un tratamiento que puede agotar y cansar, lo que dificulta su calidad de vida, y a ello hay que agregar que a veces el establecimiento de salud no cuenta con las medicinas o el mal trato de parte del personal sanitario que origina que el paciente no regrese a consulta. El centro materno infantil San José de Villa el Salvador donde se atienden los pacientes del GAM Raíces se han esforzado por atender con calidad y oportunamente a los usuarios.

Los pacientes cuentan con atención multidisciplinaria garantizada por el Ministerio de Salud, como con servicios de infectología psicología, consejería. Sabemos de los cambios psicológicos y físicos que se generara durante todo el proceso de la infección. Los efectos adversos como se mencionó, o el no acceso oportuno a los medicamentos proporcionados por el establecimiento, la distancia hacia estos servicios, agotamiento, esto trae como consecuencia que se ponga en peligro la adherencia al TARGA y se deteriore su salud lo que hace que no pueda realizar sus actividades diarias y no mantenga una calidad de vida. Actualmente existen programas de intervención para promover calidad de vida y hábitos saludables en las personas con VIH a través de sus controles médicos apoyo familiar y la toma diaria del tratamiento y mantención de la adherencia.

Pero a pesar de ello, si las personas con la infección no se encuentran motivadas para el cumplimiento del tratamiento, indicadores mencionados como el bienestar económico, los amigos, vecindario, comunidad, familia, pareja, tiempo libre los medios de comunicación la

religión y la salud; todo ello imposibilita la mantención o abandono del tratamiento. Por lo tanto, se hace necesario conocer en los integrantes del Grupo de Ayuda Mutua (GAM) Raíces como la adherencia al tratamiento para VIH se relaciona con la calidad de vida permitiéndoles adquirir estilos de vida saludables.

El resultado de la investigación nos permitirá implementar programas de intervención a nivel comunitario, familiar y personal en los pacientes con VIH de tal manera que se fortalezca la adherencia a la toma diaria del tratamiento antirretroviral y se promueva una calidad de vida. Las intervenciones a nivel general deben dirigirse a todas las organizaciones y sociedad, es decir a pacientes, prestadores de salud, sistemas de salud y sociedad civil

2.1.2 Antecedentes Teóricos

Se han realizado revisiones bibliográficas que ha permitido obtener información en ámbito internacional como nacional, el que pasamos a describir a continuación.

Investigación Internacional

Vicioso (2017), realiza una investigación titulada: Afrontamiento al VIH, apoyo social y adherencia como factores mediadores en la calidad de vida en el tratamiento antirretroviral, con o sin diagnósticos múltiples por abuso de drogas o trastorno mental. El estudio conto con el apoyo de la Universidad del País Vasco España. El objetivo de la investigación fue analizar los factores que influyen en la calidad de vida de personas con VIH en el tratamiento antirretroviral que asisten a centros de atención psicosocial en Bizkaia. Se emplea una metodología descriptiva incidental; la muestra está conformada por 68 personas con tratamiento para VIH. Se emplea como instrumento para medir las variables de estudio, una batería de cuestionarios durante los meses de abril a julio de 2014, previo consentimiento informado.

Se obtiene como resultado que la calidad de vida relacionada con la salud, la adherencia y el ajuste social son bajos en personas con VIH

en tratamiento antirretroviral y están influenciados por la comorbilidad psiquiátrica y/ o por drogodependencias. El estudio concluye que las personas con VIH en tratamiento antirretroviral su calidad de vida está influenciada con su salud y por factores psicosociales. Las intervenciones de apoyo psicosocial a personas con VIH deben promover la atención socio - sanitaria, especialmente a las personas en exclusión social grave, sin hogar.

Vilato (2015) en el estudio: Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/Sida realizado en el Policlínico 4 de abril, Guantanamo, Cuba y contando con el auspicio de la Escuela Nacional de Salud Pública de la Habana; tuvo como objetivo caracterizar la adherencia terapéutica y el apoyo social de los pacientes con VIH/SIDA en un área de salud. Se emplea para el estudio una metodología cuantitativa un método tipo transversal, realizado entre julio de 2012 y octubre del 2013. La técnica de recolección de datos fue una entrevista semiestructurada, el cuestionario "MGB" para evaluar la adherencia terapéutica y el cuestionario de apoyo social "CAS-10". El estudio tiene como resultado una adherencia a nivel parcial desde el punto de vista de la relación transaccional entre pacientes y equipo de salud. La relación médico-paciente propicia establecer estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento del tratamiento. Las personas con VIH del estudio presentaron una elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social. En conclusión, la adherencia al tratamiento en la población de estudio se mostró en sus tres niveles predominando el nivel parcial de adherencia. El apoyo social no es suficiente y la ayuda obtenida no brinda satisfacción. La familia es la principal fuente de atención para estos pacientes y motivador para mantener la adherencia, así como el apoyo emocional y la compañía de otros les son necesarios. Predomina la inseguridad relacionada a la probabilidad de poder recibir ayuda si en el futuro es necesaria.

Kiloki (2015) en el estudio realizado sobre, calidad de vida en pacientes infectados con VIH y co-infectados VIH / TB en un hospital de segundo nivel de atención en Monterrey Nuevo León, México; tuvo como objetivo determinar la calidad de vida de pacientes infectados por VIH y co-infectados VIH/TB, para ello emplearon una metodología descriptiva transversal, aplicando un cuestionario de calidad de vida (WHOQOL-BREF) a 76 pacientes, cuyas edades oscilaban entre 35 a 55 años. Incluyen 80% mujeres y 20% hombres; 51% son solteros y con un 74% que han cursado estudios universitarios, solo un 14% tiene empleo formal. Un 37% mantiene cifras CD4 de 400 a 600 por mm³, cuatro años de duración promedio de tratamiento TARGA. Al medir las diferentes dimensiones, las mujeres se mostraron más alteradas. El desempleo, el bajo nivel educativo y bajo recuento de CD4 repercuten en la calidad de vida de los pacientes. Se distingue diferencia significativa solo en relación con la dimensión social y fe. Los resultados resaltan la necesidad de mejorar la dependencia física y aspecto social de los individuos que sufren de VIH y coinfectados por VIH/TB. El tener un empleo y educación, permite enfrentar la enfermedad y el tratamiento, lo que hace que el paciente perciba mejor calidad de vida aunada a la fe que de alguna manera contribuye a mejorar la salud.

Leite et al. (2017) estudia la Calidad de vida de personas con VIH/SIDA: relación temporal, sociodemográfica y perceptiva de la salud. Es realizada por la Universidad del Estado de Rio de Janeiro. El objetivo fue analizar la calidad de vida de personas con VIH/SIDA y su relación con variables sociodemográficas y satisfacción con la salud, así como con el tiempo de diagnóstico. Se utiliza una metodología basada en un estudio transversal, cuantitativo, se trabajó con una muestra de 100 personas con diagnóstico por VIH, a partir de los 18 años. Se emplea para el estudio formularios sociodemográfico y de salud, y también el WHOQOL-HIV Bref (forma abreviada de instrumento validado en la evaluación de la calidad de vida). Para el análisis estadístico se emplea una metodología descriptivo e inferencial, que permitió concluir que la percepción de la

calidad de vida fue intermedia en todos los dominios de la calidad de vida, identificando que, a mayor salud, mejor calidad de vida, se evidencian diferencias estadísticamente significativas entre dimensiones de la calidad de vida según género, situación de empleo, renta familiar, renta personal, orientación religiosa y tiempo de diagnóstico. Así mismo el estudio afirma que a mayor tiempo de conocer la situación diagnóstica posibilita reconfigurar la percepción de la calidad de vida, así como la espiritualidad; y las relaciones sociales y facilitar el enfrentamiento de la vivencia con esta enfermedad.

Bermejo y Carretero (2010) de la Universidad Complutense de Madrid, para su tesis doctoral realizan un estudio sobre Adherencia a tratamientos Antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias. El estudio tuvo por objetivo conocer si la administración de una toma diaria de antirretroviral influye en la adherencia, en relación como el número de comprimidos que se ingieran a la vez. Participan 437 pacientes de los cuales el 80,7 % tomaron el tratamiento una vez al día (QD), frente al 69,8 % de los pacientes que toma las pastillas dos veces al día (BID). Aunque esta diferencia no fue estadísticamente significativa en el análisis univariable, si concluyeron que la simplificación de los tratamientos antirretrovirales como la única toma diaria probablemente mejore la adherencia, pero la misma debe estar relacionada con otros factores, como el número de comprimidos diarios o las prácticas de riesgo para la infección por VIH. Además, los resultados reafirman que, en los pacientes con mayor riesgo de no adherencia por factores no relacionados con la pauta terapéutica, son los que consumen sustancias psicoactivas, la coinfección, el bajo nivel de estudios u otros determinantes sociales (convivencia o amistad con otros pacientes VIH) y familiares (tener hijos). Es necesario combinar las estrategias de simplificación de las pautas terapéuticas con otras de intervención, apoyo o ayuda.

Investigaciones en el ámbito Nacional

Orellana (2017) en su tesis para optar el título de médico cirujano, realizada en la Universidad Ricardo Palma presenta el estudio, *Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central PNP Luis N. Saenz en los meses de octubre a diciembre del 2015*. El estudio tuvo como objetivo, determinar los factores asociados y el grado de adherencia al TARGA en los pacientes con VIH/SIDA en el Hospital Central PNP "Luis N. Saenz" en los meses de octubre a diciembre del 2015. Esta investigación es un estudio observacional, transversal, analítico y descriptivo donde se evalúa a 180 pacientes con VIH/SIDA aplicando un cuestionario CEAT-VIH. El investigador concluye que la población estudiada tiene una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral y que los 5 factores que mide el cuestionario: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción médico-paciente, creencias del paciente y estrategia para la toma de medicamentos; tienen muy buena influencia en la adherencia al TARGA. Las características socio-demográficas, como edad, sexo y titular-familiar; no se relacionan con el grado de adherencia. Asimismo el tiempo de enfermedad y tiempo de tratamiento, no guardan una relación de significancia. Existe una muy buena relación entre la carga viral y el grado de adherencia, ya que a mayor grado de adherencia menor carga viral.

Echevarría (2016). Investiga la *Relación entre el Funcionamiento Cognitivo y la Adherencia al TARGA en las Personas que Viven Con VIH*. Lima – Perú, tesis presentada para optar el grado de maestro, por la Universidad Peruana Cayetano Heredia - Facultad de Psicología Leopoldo Chiappo Galli. El objetivo de la investigación fue analizar la correlación existente entre el funcionamiento cognitivo y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en aquellas personas que viven con VIH (PVVS) y reciben el tratamiento por primera vez y por lo menos durante tres meses seguidos. El estudio tuvo un enfoque cuantitativo, de tipo descriptivo correlacional y de corte transversal; la muestra fue seleccionada de manera no probabilística por

medio de una estrategia de muestreo intencional y estuvo conformada por 70 pacientes del programa TARGA que acuden a sus consultas médicas del servicio de Infectología de un Hospital Nacional de la ciudad de Lima. Se aplicó la prueba Montreal Cognitive Assessment (MOCA) para conocer el funcionamiento cognitivo y el Cuestionario de valoración de Adherencia de Echevarría. Los resultados hallados fueron que existe una correlación estadística moderada entre el funcionamiento cognitivo y la adherencia al TARGA, la cual fue evaluada por medio un coeficiente de correlación eta, cuyo valor fue de 0.640.

Meneses-La Riva y Mayorca-Carmelo (2014) de la Universidad Cayetano Heredia, realizan el estudio sobre *Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima*. El objetivo del estudio fue; determinar la relación entre las prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH de un hospital nacional. Es un estudio cuantitativo, correlacional, de corte transversal, la muestra estuvo integrada por 288 personas con VIH. Se elabora un cuestionario de 37 preguntas relacionadas a prácticas de autocuidado y adherencia al TARGA, las cuales fueron validadas a través de un juicio de expertos y una prueba piloto. Es un estudio cuantitativo, descriptivo correlacional y transversal. Los resultados mostraron que las prácticas de autocuidado son inadecuadas en su mayoría (99,7%), solo presentan prácticas de autocuidado adecuadas 0,3%. Según las cinco dimensiones de las prácticas de autocuidado son inadecuadas en porcentajes elevados: higiene 94,1%; alimentación 90,3%; apoyo emocional 85,1%; sexualidad 79,5% y actividad física 70,1%. El perfil de adherencia, en su mayoría, también son no adherentes en un 70,1%, mientras que 29,9% son adherentes. El coeficiente de correlación *rho* de Spearman ($R=0,445$) revela una correlación significativa ($p=0,000$), la cual fue positiva y de nivel medio, significando que los niveles bajos de prácticas de autocuidado se relacionan con los niveles bajos de adherencia, y viceversa. El estudio concluye que las prácticas de autocuidado y la

adherencia al tratamiento del TARGA se encuentran relacionadas con la decisión personal de lograr la madurez en su propio autocuidado, lo que significa que los patrones del comportamiento interactúan según su estilo de vida

Apaza & Huarachi (2014) presentan por la Universidad Nacional de San Agustín facultad de enfermería, el estudio *Adherencia farmacológica y no farmacológica y calidad de vida en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital Regional Honorio Delgado Espinoza. Arequipa – 2014*. Tesis para optar la licenciatura. El objetivo principal fue determinar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y la calidad de vida en personas con VIH. Estudio descriptivo, de corte transversal y diseño correlacional, cuya muestra fue de 116 personas con Diabetes Mellitus Tipo 2. El estudio concluye que, en relación a la adherencia al tratamiento no farmacológico, la mayoría presenta un inadecuado estilo de vida, siendo los dominios más afectados: emociones, actividad física e información sobre la diabetes. En relación a la variable calidad de vida en las dimensiones: funcionalidad sexual, carga social, energía y movilidad, control de la diabetes, la población en estudio presenta en su mayoría una mejor calidad de vida. En cuanto a la relación entre adherencia al tratamiento farmacológico y no farmacológico y la calidad de vida se encontró mediante la aplicación del estadístico no paramétrico del χ^2 , con un nivel de confianza de 95% y un nivel de error del 5%, una relación altamente significativa entre las variables

Rivas & Cavero (2013) de la Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, realizan el estudio denominado *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*. Para optar el título de médico cirujano. El trabajo tiene como objetivo, determinar la relación entre adherencia al TARGA y Calidad de Vida en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente “Las Mercedes” (HRDLM) en 80 pacientes, empleando dos instrumentos

Medical Outcomes Study HIV Health Survey (MOS-HIV) y el Cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT- VIH). Fue un estudio transversal descriptivo, con muestreo probabilístico consecutivo; se halló que la adherencia al TARGA fue estricta en 30 % e insuficiente en 25 %; la calidad de vida predominante fue buena, en la dimensión física y mental, 80% y 77,5 % respectivamente; la dimensión más afectada fue la del dolor; se halló asociación entre calidad de vida física y mental y Adherencia al TARGA: $p: 0,03$ y $0,04$, respectivamente con IC 95%. En conclusión existe relación, entre adherencia al TARGA y calidad de vida en los pacientes del HRDLM, destacando el grado de adherencia adecuado, y buena calidad de vida, tanto en su dimensión mental como física.

Bedón (2011) estudia la *Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/ SIDA del Hospital San Juan Bautista de Huaral*. Tesis para optar la licenciatura en la Universidad Cesar Vallejo. El objetivo fue determinar la relación entre la Resiliencia y la Adherencia al TARGA (Tratamiento antirretroviral de gran actividad), en una muestra de 64 pacientes entre los 18 a 59 años del hospital San Juan Bautista de Huaral. Se emplea una muestra no probabilística. Se aplica el Cuestionario de Resiliencia (RS) y el Cuestionario de Valoración de la Adherencia. Los resultados manifestaron que los participantes presentaron un nivel de resiliencia Alto y un nivel de adherencia medio, encontrándose una relación significativa y positiva entre resiliencia y adherencia al TARGA ($r=0,453$, $p <0,001$) así como una relación significativa entre los factores de la resiliencia competencia personal y aceptación de sí mismo y de la vida con la adherencia al TARGA. También se encontró una relación significativa y positiva con las áreas de la adherencia medio social y estilo de vida con el nivel de resiliencia. Sin embargo, las áreas medio laboral, antecedentes de salud y aspecto emocional no se encuentran relacionadas con el nivel de resiliencia.

2.1.3 Definición del Problema

Por lo expuesto ha sido necesario el planteamiento de los siguientes problemas.

Problema general

¿Cómo la adherencia al tratamiento se relaciona con la calidad de vida en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017?

Problemas Específicos

¿Cómo la adherencia al tratamiento se relaciona con la calidad de vida en la dimensión: Amigos, vecinos y comunidad, de las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador Agosto – Diciembre 2017?

¿Cómo la adherencia al tratamiento se relaciona con la calidad de vida en la dimensión: Vida familiar y familia extensa, de las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador Agosto – Diciembre 2017?

¿Cómo la adherencia al tratamiento se relaciona con la calidad de vida de la dimensión: Salud, de las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador Agosto – Diciembre 2017?

2.2 Finalidad y Objetivos de la Investigación

2.2.1 Finalidad

La finalidad de esta investigación es determinar la relación que existe entre la adherencia al tratamiento con la calidad de vida en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador, así mismo la relación de la adherencia con las dimensiones de amigos, vecindario y comunidad; vida familiar y familia extensa; y la salud.

En el estudio presentado se identificará como la adherencia se relaciona con las dimensiones de la calidad de vida

Conocer los resultados de la investigación tiene por finalidad dar mayor conocimiento sobre qué factores promueven la adherencia, así como los beneficios de su mantención para favorecer la calidad de vida en las personas del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa el Salvador. Así mismo permitirá elaborar programas de intervención para fortalecer la adherencia identificando su relación con los dominios de la calidad de vida como el medio familiar social y la salud.

2.2.2 Objetivo General y Específicos

Objetivo General

Determinar la relación de la adherencia al tratamiento con la calidad de vida en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017.

Objetivo Específicos

Establecer la relación de la adherencia al tratamiento con la calidad de vida, dimensión: Amigos, vecinos y comunidad, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

Establecer la relación de la adherencia al tratamiento con la calidad de vida, dimensión: Vida familiar y familia extensa, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

Determinar la relación de la adherencia al tratamiento con la calidad de vida, dimensión: Salud, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

2.2.3 Delimitación del estudio

Delimitación espacial: El presente trabajo de investigación se desarrolló en el Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Integrado por personas con VIH.

Delimitación social: La población estuvo conformada por 50 personas con VIH que integran el Grupo de Ayuda Mutua Raíces, quienes son el total de sus integrantes.

Delimitación conceptual: Los conceptos volcados en el estudio fueron: Adherencia, medio social, aspecto emocional, hábitos de vida, medio laboral, antecedentes de salud física y mental, Calidad de vida, relación con amigos, vecindario, comunidad, vida familiar y antecedentes de salud física y mental.

Delimitación temporal: El estudio se realizó de Agosto a Diciembre del 2017.

2.2.4 Justificación e importancia del estudio

Este trabajo es importante porque permitirá saber acerca de la realidad en la que se encuentran las personas con VIH del GAM Raíces, en relación a la mantención de la adherencia al tratamiento para VIH con la calidad de vida.

Sabemos que el VIH sigue siendo una pandemia concentrada en el país. Lima ocupa el primer lugar de casos reportados y Villa el Salvador ocupa el sexto lugar de distritos con mayores casos de personas infectadas por el VIH/SIDA. El Ministerio de salud ofrece una atención multidisciplinaria y tratamiento gratuito a nivel nacional. Los hospitales que brindan TARGA promueven entre los pacientes los grupos de ayuda mutua (GAM) el que permite a los integrantes que tienen un mismo problema mejorar su situación de vida, así como aprender a manejar el diagnóstico de acuerdo a las experiencias de sus integrantes.

El impacto de recibir el diagnóstico lleva a pensar en la muerte, genera sentimientos de culpa, incertidumbre de lo que vendrá y más aún cuando inician el tratamiento TARGA les produce miedo, también se evidencia temor sobre los efectos o la notificación del diagnóstico a los más allegados. Cabrera (2000) refiere que el diagnóstico positivo a VIH ahora no implica necesariamente, la muerte inminente, ni la terminación de una vida, pero sí asumir comportamientos saludables, dar prioridad al

cuidado de la salud física y mental, la toma de conciencia responsable del TARGA y con ello promover una calidad de vida (Cabrera, 2000).

Se hace necesario conocer como las dimensiones de la adherencia como medio social; aspecto emocional; estilo de vida; medio laboral; y antecedentes de salud se relaciona con los niveles de adherencia buena, media y baja.

Lograr y conservar la adherencia al tratamiento para VIH permite que las cargas virales se vuelvan indetectables generando la no aparición de infecciones oportunistas, la mejora del sistema inmunológico, mejorar calidad de vida y con ello prolongar la supervivencia. Pero para conseguir ello, necesitamos conocer que variables promuevan y mantienen la adherencia, por ejemplo, sabemos que el medio social el vecindario, una adecuada relación familiar o amical, el conocimiento de la situación diagnóstica, el aspecto emocional, todo ello juega un rol importante en la adherencia y de ello a veces dependerá el cumplimiento o abandono del mismo. Las personas que integran el GAM Raíces de Villa el Salvador, vienen de hogares disfuncionales o conductas de riesgo, instaurar en ellos hábitos saludables para promover una calidad de vida es un proceso que se basa en información, educación y tomar conciencia de los beneficios que produce el TARGA.

Tener un sustento o apoyo económico a través de un medio laboral o trabajo remunerado permite tener capacidad económica para satisfacer sus necesidades básicas como es alimentación y vestimenta. Las personas que entraron al estudio sus edades comprenden entre 19 a 58 años, edad económicamente productiva.

Ya hemos afirmado que la toma diaria y las dosis que contiene TARGA pueden generar agotamiento, cansancio, aburrimiento o efectos adversos que hace que la persona piense en abandonar el tratamiento para así evitar malestar o situaciones no deseadas.

Se hace necesario realizar un seguimiento físico y mental para intervenir oportunamente con un enfoque psico-educativo basado en

promover hábitos saludables y disminuir los efectos relacionados a la mala adherencia.

Hörnquist (1989) sostiene que la calidad de vida no sólo se relaciona con el estado de salud, sino también con el bienestar económico, las relaciones amicales familiares que poseemos, así como el medio ambiente que puede tornarse favorable o desfavorable, si está libre de estigma y discriminación promueve una calidad de vida, pero si tenemos una comunidad con prejuicios respecto al VIH u orientación sexual, generara encierro o silencios frente a la infección por VIH (Yaguas, 2003).

La importancia de la investigación se basa en la necesidad de contar con un estudio que permita establecer la relación entre el mantenimiento o no de la adherencia y sus resultados favorables o desfavorables en la calidad de vida.

Si sabemos que la familia amigos, se relaciona con la adherencia, entonces conoceremos los beneficios e importancia para poder intervenir a las familias de las personas con VIH/SIDA, se implementaría estrategias de abordaje integral (familia, allegados,) con el objetivo de educar, informar, y promover el buen trato y así disminuir el impacto del diagnóstico a nivel emocional y social.

Este estudio permitirá a los psicólogos o consejeros en VIH fortalecer sus conocimientos en el abordaje emocional para hacer frente a los efectos adversos, disminuir la negación frente al diagnóstico la ansiedad, mitos, miedos, creencias, y con ello evitar la depresión o ideación suicida, realizando intervenciones terapéuticas oportunas con las personas con VIH y sus familiares

Con los equipos de promoción de la salud, se promovería espacios sanos en la que se trabaje hábitos saludables donde el paciente y sus familiares o allegados adquieran mínimas condiciones de lugares limpios y ventilados. Los líderes comunitarios son un eje importante para generar información y educación además serian ellos junto con las personas con

VIH, familias y amigos a quien se le empoderaría para formar una red de apoyo local en la que las personas con VIH cuenten con este espacio en caso se encuentren en momentos adversos y pongan en peligro su adherencia.

Esta investigación permite abordar el tema laboral como un factor para mantener o abandonar el TARGA, dado que su toma se hace en horas de trabajo, el empleador por falta de información puede, dar termino al contrato laboral o realice un despido arbitrario por la condición de VIH. Es por ello que planteamos promover información a través del personal de salud o sociedad civil organizada, para que difundan información sobre derechos y deberes de un trabajador con VIH, abordar los temas de estigma y discriminación y la igualdad de oportunidades como cualquier persona. (Ley 26626 y su modificatoria 28243- Perú).

La persona con VIH puede tener antecedentes de enfermedades o infecciones previas, por ello es importante identificarlas y derivarlas oportunamente en especial para casos de Tuberculosis, Diabetes, Hepatitis, así como problemas de salud mental. El personal de salud debe contar con una red de apoyo hospitalaria (Hospital María Auxiliadora) y de organizaciones (Vía Libre, AHF Internacional entre otras) para su abordaje oportuno tanto para la persona con VIH así como para con su familia. Si el paciente no cuenta con una calidad de vida en su salud física, mental y social y además no tiene apoyo familiar, el TARGA puede verse amenazado por la falta de adherencia.

Este estudio se convertirá en un aporte para los equipos multidisciplinarios, quienes podrán desarrollar habilidades en las personas con VIH para que identifiquen como los problemas emocionales, físicos, social, los entornos familiares están relacionados a favorecer o no favorecer la adherencia y por ende continuar realizando las actividades cotidianas.

La investigación aportará a la psicología, porque permitirá diseñar programas de intervención para reforzar la adherencia y se mantenga en

el tiempo. Como consecuencia de ello el resultado positivo será disminuir las infecciones, continuar con sus actividades familiares sociales y laborales, lo que generará habilidades para promover una calidad de vida.

2.3 Hipótesis y Variables

2.3.1 Supuestos

Apoyados en los estudios que definen la adherencia como *“el grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a tomar los medicamentos, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilos de vida beneficia la salud de la persona con VIH”* (OMS 2011, p.26). Podemos afirmar que son estas acciones necesarias para mantener la adherencia y que el cumplimiento del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), generan en el sistema inmunológico condiciones favorables y a su vez hace que no se replique la carga viral (CV).

El estudio busca establecer como la adherencia o cumplimiento del tratamiento de manera puntual y adecuada se relaciona para favorecer una calidad de vida en personas con VIH de Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa el Salvador.

Apaza & Huarachi, en el 2014 señalan un estudio realizado por Fernández et al.(1998), en donde relacionan la adherencia con adquirir comportamientos saludables, como realizar cambios de estilos de vida que fortalezcan y conlleve a una calidad de vida y así evitar conductas que pueden dañar la salud física y mental. Estos autores mencionan que un inadecuado estilo de vida genera una mala adherencia al tratamiento.

Por todo ello es que nos planteamos las siguientes hipótesis que motivan el estudio.

2.3.2 Hipótesis Principal y Específica

Hipótesis Principal

Hp: La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

Hipótesis Específica

H₁: La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Amigos, vecinos y comunidad, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

H₂: : La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Vida familiar y familia extensa, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

H₃: La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Salud, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

2.3.3 Variables e Indicadores

Variable 1: Adherencia al tratamiento

Dimensión: Medio Social

Dimensión: Aspecto emocional

Dimensión: Estilo de vida

Dimensión: Medio laboral

Dimensión: Antecedente de Salud

Variable 2; Calidad De Vida

Dimensión: Los amigos vecindario y comunidad

Dimensión: La vida familiar y familia extensa

Dimensión: La salud

El Cuestionario de Valoración de Adherencia de Echevarría

Definición Operacional de Variables							
Variables	Dimensiones	Indicadores	Definición del indicador	N° de ítem	Escala	Niveles	Calificación
Variable 1 Adherencia al tratamiento	Medio Social	Sumatoria de los puntajes por cada ítems:	-Cuenta con agente de apoyo -Su familia se preocupa por su bienestar. -Participa en alguna asociación agrupación (GAM, Religiosa ONG)	3	Nominal	- Si - No - A veces	[0 – 49]: Adherencia Baja
	Aspecto Emocional.	Sumatoria de los puntajes por cada ítems:	-Sentimiento de culpa por tu condición de diagnóstico. -Temor que las personas te rechacen por tu diagnóstico. -En los tres últimos meses te has sentido triste o desanimado. -Tienes razones para vivir	4		- Si - No - A veces	
	Estilo de vida	Sumatoria de los puntajes por cada ítems:	-Usas preservativo (condón) en cada relación sexual. -Concillas el sueño sin dificultad. -Tienes apetito. -En las últimas dos semanas has tomado puntualmente tus medicinas.	10		- Si - No - A veces	

			<ul style="list-style-type: none"> -Alguna vez has pensado en abandonar tu tratamiento. -Utilizas alguna estrategia para recordar la toma de tus medicinas. -Asistes puntualmente a tus controles médicos. -Vives solo. -En los últimos tres meses has consumido alcohol. -En los últimos tres meses has consumido drogas (marihuana, cocaína, etc) 				
	Medio Laboral	Sumatoria de los puntajes por cada ítems:	<ul style="list-style-type: none"> -Trabajas actualmente -Tienes dificultad para tomar TARGA en el trabajo -Te facilitan el permiso en tu trabajo para tus controles o citas médicas 	3		<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - A veces 	[50 – 64]: Adherencia Media
	Antecedente De Salud física y mental	Sumatoria de los puntajes por cada ítems:	<ul style="list-style-type: none"> -Algún miembro de la familia ha presentado trastornos mentales, neurológicos, o consumo de alcohol y/o drogas. - Has presentado algún trastorno de conducta antes de conocer tu diagnóstico. -Sueles reacciones violentamente ante situaciones que ocurren después de conocer tu diagnóstico. 	3		<ul style="list-style-type: none"> - Si - No - A veces 	[65 – 69+]: Adherencia Buena

Esta escala de Calidad de Vida Olson y Barnes

Definición Operacional de Variables							
Variables	Dimensiones	Indicadores	Definición del indicador	N° de ítem	Escala	Niveles	Calificación
Variable 2 Calidad de vida	Amigos, Vecindario y Comunidad	Sumatoria de los puntajes por cada ítems:	-Satisfecho con tus amigos. -Satisfecho en realizar compras en tu comunidad -Satisfecho con la seguridad que se brinda en tu comunidad -Satisfecho en el barrio dónde vives -Satisfecho con las facilidades para realizar actividades recreativas (parque, campos de juego, etc.).	5	Nominal	Mala Calidad	-Mala Calidad 5 – 10 -Tendencia a baja calidad 11 – 16 -Tendencia buena calidad 17 – 22 Calidad optima 23 - +
	Vida Familiar y Familia Extensa	Sumatoria de los puntajes por cada ítems:	-Satisfecho con la relación afectiva con tus(s) hijo(s), (as) -Satisfecho con la relación afectiva con la esposa (a) y/o pareja -Satisfecho con la relación con los hermanos	4		Tendencia a baja calidad	-Mala Calidad 5 – 10 -Tendencia a baja calidad 11 – 16 -Tendencia buena calidad 17 – 22 Calidad optima

			-Satisfecho con la relación con los parientes (abuelos, tíos, primos...)				23 - +
	Salud	Sumatoria de los puntajes por cada ítems:	-Satisfecho con respecto a su salud física y mental -Satisfecho con la salud de otros miembros de la familia.	2		Tendencia buena calidad Calidad optima	-Mala Calidad 2 – 3 -Tendencia a baja calidad 4 – 5 -Tendencia buena calidad 6 – 7 Calidad optima 8 - +

CAPITULO III

MÉTODO TÉCNICA E INSTRUMENTO

3.1 Población y Muestra

Población El universo estuvo conformado por 50 personas con VIH/ SIDA que integraron el Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa el Salvador.

La población estuvo integrada por 50 personas que son el total de las y los integrantes del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa el Salvador, con diagnóstico por VIH por más de 2 años y con tratamiento por lo menos también 2 años de inicio. Estuvo conformado por 58% (29) sexo masculino y 42% (21) de sexo femenino, cuyas edades fluctuaban para ambos grupos entre 19 a 58 años.

La muestra La muestra fue de criterio porque es representativa a la población a investigar y la que estuvo constituida por 50 personas con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral, que integran el Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa el Salvador.

3.1.1. Criterios de selección de los participantes

Criterio de inclusión: Paciente con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral (TARGA) de por lo menos 6 meses de diagnóstico y tratamiento y que integran el Grupo de Ayuda Mutua (GAM) Raíces de Villa el Salvador.

Criterio de exclusión: pacientes recién diagnosticados que no pertenecían aún al programa de tratamiento de VIH/SIDA.

Pacientes con VIH /SIDA que no integraban el Grupo de Ayuda Mutua (GAM) Raíces de Villa el Salvador.

Criterio de eliminación: pacientes que no resolvieron o completaron la evaluación en los instrumentos.

3.1.2 Muestreo

El Muestreo es no probabilístico, porque fue un proceso en el que seleccionamos directa e intencionadamente los individuos para el estudio, quienes son las personas con VIH/SIDA que integran el Grupo de Ayuda Mutua Raíces. De tipo intencional porque seleccionamos a la muestra representativa a nuestro estudio. La muestra fue un grupo de personas en la que se tuvo fácil acceso

3.2 Tipo y Diseño del estudio

Nivel de Investigación: El Nivel de investigación es Básica, debido a que tiene como propósito responder a una pregunta y generar información. (Alarcón, R. 1991).

Tipo: Asimismo corresponde a una investigación de Tipo Descriptiva, ya que observa un fenómeno tal como se presenta en su contexto natural, para después analizarlo (Alarcón, 1991).

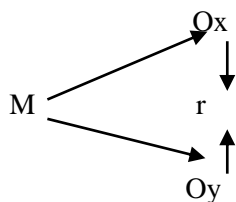
Método: Tomando en cuenta como referencia a Sánchez Carlessi en 1992, (Bernardo & Caldero, 2000) el método utilizado fue ex-post facto, debido a que se trató de una búsqueda ordenada, no se tuvo control sobre las variables independientes, porque ya habían ocurrido, es decir no fueron manipuladas.

Este método permitió establecer posibles relaciones “causa-efecto” en la que se observa que ciertos hechos han ocurrido y buscando en el pasado los factores que los hayan podido ocasionar.

Diseño Descriptivo – Correlacional. El diseño de investigación es Descriptivo – Correlacional, porque se buscó conocer la relación existente entre dos o más variables de estudio. Es decir, de qué manera las variaciones en una de las variables se acompañan de variaciones en la otra variable (Coolican, 2005).

La presente investigación buscó determinar la relación existente entre la adherencia al tratamiento con la calidad de vida de las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.

Su diagrama respectivo es el siguiente:



Donde:

M = Muestra de Investigación.

Ox = Adherencia al TARGA.

Oy = Calidad de vida

r = Relación entre las variables

3.3 Técnica e Instrumento de Recolección de Datos

3.3.1 Instrumentos

Los instrumentos empleados en la investigación fueron: El Cuestionario de valoración de adherencia de Echevarría y la Adaptación de la escala de calidad de vida de Olson & Barnes.

En el estudio, el Cuestionario de valoración de la adherencia de Echevarría no se realizó la validez de contenido, porque fue realizado el 2016 en la ciudad de Lima para ser aplicado a pacientes con VIH. La autora utiliza el método de criterio de jueces, especialistas en el tema de VIH y el SIDA. Se realizaron cambios en las redacciones de algunos ítems, pero se mantienen las áreas del cuestionario y el número de ítems (Echevarría, 2016).

La escala de calidad de vida de Olson & Barnes, si es validada en el presente estudio, el que se explica en la descripción del instrumento.

Es importante resaltar que ambas escalas confirmaron su validez de constructo y confiabilidad por consistencia interna, las que pueden ser útiles en las investigaciones para valorar la adherencia y la calidad de vida en personas con VIH/SIDA.

Cuestionario de valoración de Adherencia de Echevarría

a) Ficha técnica

Nombre: Cuestionario de Valoración de Adherencia

Autor: Isel Rocío Echevarría Vigo

Año: 2016

Lugar: Lima, Perú.

Forma de aplicación: Individual y colectiva

Número de ítems: 23 ítems, en formato tipo Likert de 3 puntos de calificación (del 1 al 3)

Tiempo de aplicación: 25 min. Aproximadamente

Áreas que evalúa: Los ítems están distribuidos en seis áreas

- Adherencia
- Área del medio social.
- Área del aspecto emocional.
- Área del estilo de vida.
- Área del medio laboral.
- Área de antecedente de salud.

b) Descripción del cuestionario

El Cuestionario de valoración de adherencia de Echevarría, fue diseñado en base al cuestionario desarrollado por la Red de psicólogos del MINSA, quienes lo elaboraron basándose en las áreas que García en el 2006, destacó por medio del estudio realizado a personas con VIH que habían fracasado al TARGA (Echevarría, 2010)

Este cuestionario valora las áreas: social, emocional, estilo de vida, medio laboral y antecedentes de salud, que son consideradas influyentes en la adherencia al TARGA. Se incrementó el número de ítems en determinadas áreas, obteniéndose 23 ítems, con los que se realizó la

validez de contenido por criterio de jueces en el año 2010, alcanzando valores en el coeficiente V de Aiken entre 0.77 y 1.00 lo cual permitió señalar que la prueba sí tiene validez de contenido (Echevarría, 2010).

Echevarría en el 2016 evaluó nuevamente la validez de contenido a través de criterio de jueces en el cuestionario de valoración de adherencia, en la que efectúa cambios en las redacciones de algunos ítems, pero manteniendo las áreas del cuestionario y el número de ítems. Los jueces fueron profesionales especialistas en el tema de VIH y el SIDA.

Asimismo, se obtuvieron coeficientes V de Aiken entre 0.89 y 1.00 lo cual permitió señalar que la prueba sí tiene validez de contenido por el método de criterio de jueces. (Echevarría, 2016)

c) Normas de aplicación

Se entrega el cuestionario indicándole al paciente que deberá marcar con un aspa (x) algunas de las alternativas: No, A veces o Si, que dicha alternativa concuerde con su experiencia personal.

d) Normas de corrección y calificación

La calificación se obtiene por medio de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada alternativa, teniendo en cuenta que el valor de cada uno de los ítems es de 1, 2 ó 3, dependiendo si la redacción es directa o inversa.

e) Normas de calificación

Variable Unidimensional

Sumatoria de los puntajes por cada ítems:

Escala Nominal

[0 – 49] : Adherencia Baja

[50 – 64]: Adherencia Media

[65 – 69+: Adherencia Buena

Adaptación de la escala de calidad de vida de Olson & Barnes.

a) Ficha técnica

Nombre: Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982)

Autor: de Olson y Barnes (1982)

Año: 1982

Adaptación. Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo (2010)

Lugar: Lima, Perú.

Forma de aplicación: Individual y colectiva

Tiempo: 25 minutos aproximadamente.

Es una prueba de lápiz y papel.

Número de ítems: Consta de 25 ítems, que se caracteriza por ser de tipo

Likert:

1 = Insatisfecho

2 = Un poco satisfecho

3 = Más o menos satisfecho;

4 = Bastante Satisfecho

5 = Completamente satisfecho.

Las categorías finales son:

- Mala calidad de vida
- Tendencia a baja calidad de vida
- Tendencia a calidad de vida buena
- Calidad de vida óptima

Esta escala de Calidad de Vida Olson y Barnes de 1982 es adaptada por Grimaldo (2010), donde evalúa los siguientes dominios o factores:

- Bienestar Económico (5 Ítems),

- Amigos, Vecindario y Comunidad (5 Ítems)
- Vida Familiar y Familia Extensa (4 Ítems),
- Educación y Ocio (3 Ítems),
- Medios de Comunicación (4 Ítems),
- Religión (2 Ítems)
- Salud (2 Ítems).

b) Descripción del cuestionario

La Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes fue seleccionado por ser el más utilizado en Lima, Perú.

El objetivo del presente instrumento es identificar los niveles de calidad de vida en diversos dominios de la vida del participante.

El proceso de Validación de Constructo de la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes, se realizó a partir del análisis factorial.

La Escala de Calidad de Vida demuestra índices de confiabilidad aceptables en lo que respecta a su consistencia interna, lo cual establece un indicador positivo en torno a su precisión para evaluar la calidad de vida; lo cual se relaciona con el estudio de Olson y Barnes, quienes al determinar la confiabilidad del instrumento mediante el test – retest, aplicando el coeficiente de Pearson, consiguieron además valores aceptables para cada uno de los siete factores y la escala total (Grimaldo Muchotrigo, 2010).

El presente instrumento, puede servir para desarrollar otros instrumentos, cuestionarios y/o escalas orientadas a evaluar la calidad de vida, incluyendo otros dominios, tales como el ámbito laboral, profesional, académico, entre otras dimensiones. De la misma manera, a partir de esta adaptación, se podrían realizar futuras investigaciones en torno a otros grupos poblacionales, tales como: niños, púberes, adolescentes, adultos, y adultos mayores; en función a distintos lugares de residencia

Validación de la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes para el presente estudio.

En el presente estudio el instrumento fue validado por juicio de experto y se aplicó bajo la prueba piloto en una muestra de 25 Personas con VIH de Villa El Salvador.

Validez

Para Hernández, Fernández y Baptista (2010), la validez de un instrumento, “se refiere al grado en que un instrumento mide la variable que pretende medir” (p. 201). Por lo tanto, se emplea la validez de contenido; se utilizó el criterio de juicio de expertos en el tema de VIH/SIDA. Los ítems del instrumento fueron validados en base a los siguientes criterios:

Pertinencia: El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

Relevancia: El ítem es adecuado para simbolizar al componente o dimensión específica del constructo.

Claridad: Se comprende sin problema el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo.

Suficiencia: los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión.

El instrumento fue validado por juicio de expertos aplicándose bajo la prueba piloto en una muestra de 25 pacientes con VIH de Villa El Salvador.

Tabla 1.

Validación de la Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes

Nombre y apellido del experto	Resultado
Juez 1 Mg.Gladys Castro	97%
Juez 2 Mg. María Elena Zúñiga	100%
Juez 3 Mg Desireé Salazar Ramirez	100%
Juez 4 Mg Erwin Bobadilla Chumacero	97%
Juez 5 Lic. Natividad Flores Ocaña	100%

Confiabilidad

Para Hernández, Fernández y Baptista (2010), la confiabilidad de un instrumento de medición es el “*grado en que cuando se aplica a la misma persona u objeto los resultados terminan siendo iguales*” (p. 200). Se trata de un índice de consistencia interna de los datos cuyos valores están entre 0 y 1, que sirve para verificar si el instrumento recopila información errada y por ende brinda conclusiones erróneas o si se trata de un instrumento fiable cuyas mediciones son estables y consistentes.

Por lo tanto; la escala de valores que determina la confiabilidad es la siguiente:

No es confiable	(– 1.0 a 0.0)
Baja confiabilidad	(0.01 a 0.49)
Moderada confiabilidad	(0.50 a 0.75)
Fuerte confiabilidad	(0.76 a 0.89)
Alta confiabilidad	(0.90 a 1.0)

El coeficiente usado para medir la confiabilidad de los instrumentos es el estadístico del alfa de Cronbach.

Tabla 2.

Análisis de consistencia interna la escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes

	Alfa de Cronbach	N de elementos
Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes	0,807	11

En la tabla 2 muestra el análisis de consistencia interna a través del alfa de Cronbach se obtienen 0.807 en el cuestionario de valoración de la escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes.

Normas de aplicación

Se entrega el cuestionario indicándole al paciente que deberá marcar con un aspa (x) la alternativa correspondiente.

A continuación, se presentan preguntas referidas a diferentes aspectos de su vida. Lea cada una de ellas y marque la alternativa escogida. Recuerde que no hay respuestas correctas, ni incorrectas. No olvide responder a todas las preguntas.

1. Insatisfecho
2. Un poco satisfecho
3. Más o menos satisfecho;
4. Bastante satisfecho
5. Completamente satisfecho.

Resultados de las puntuaciones obtenidas del cuestionario de valoración de la escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (Grimaldo, 2010).

Tabla 3.

Amigos, vecindario y comunidad

Valor	Puntaje
Mala Calidad	5 – 10
Tendencia a baja calidad	11 – 16
Tendencia buena calidad	17 – 22
Calidad optima	23 - +

Tabla 4.

Vida familiar y familia extensa

Valor	Puntaje
Mala Calidad	5 – 10
Tendencia a baja calidad	11 – 16
Tendencia buena calidad	17 – 22
Calidad optima	23 - +

Tabla 5.

Salud

Valor	Puntaje
Mala Calidad	2- 3
Tendencia a baja calidad	4 – 5
Tendencia buena calidad	6 – 7
Calidad optima	8 - +

3.4 Procesamiento de datos

Para el procesamiento de los datos se usó los programas informáticos de tratamientos de datos como la Excel 2013 y el programa estadístico SPSS Versión 22. Los resultados fueron presentados en tabla y/o figuras estadísticas que fueron analizados e interpretados considerando el marco teórico.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

4.1 Presentación de resultados

De acuerdo a los objetivos del estudio, se han utilizado criterios de clasificación para la presentación e interpretación de los resultados descriptivos acerca de las variables de estudio: Adherencia al tratamiento y Calidad de vida en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. En el caso de la variable: Adherencia al tratamiento, y sus dimensiones, estas se clasifican en las categorías de adherencia buena, media y baja; en tanto que para la variable: Calidad de vida, y sus correspondientes dimensiones, la clasificación por niveles es de: calidad óptima, tendencia a buena calidad, tendencia a baja calidad y mala calidad.

Los resultados se presentan y analizan en las tablas de los siguientes apartados.

4.1.1 Resultados descriptivos sobre los datos personales de la muestra de estudio

Tabla 6.

Frecuencias y porcentajes, según grupo etario, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Grupo etario	Frecuencia	Porcentaje
19 - 29 años	11	22,0%
29 - 39 años	14	28,0%
40 - 49 años	17	34,0%
50 - 58 años	8	16,0%
Total	50	100,0%

Cabe resaltar que el mayor porcentaje de personas con VIH tiene entre 40 y 49 años de edad. Le sigue el grupo de personas con edades entre 29 y 39 años. Ambos grupos etarios conforman un porcentaje acumulado 62,0%; es decir, la mayoría de las personas con VIH presentan edades entre 29 y 49 años.

Tabla 7.

Frecuencias y porcentajes, según sexo, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Femenino	21	42,0%
Masculino	29	58,0%
Total	50	100,0%

Se aprecia una mayor proporción de personas con VIH que pertenece al sexo masculino, en comparación con las del sexo femenino.

Tabla 8.

Frecuencias y porcentajes, según grado de instrucción, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Grado de instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Secundaria	37	74,0%
Superior	9	18,0%
Técnica	4	8,0%
Total	50	100,0%

Predomina un alto porcentaje de personas con VIH que tiene grado de instrucción secundaria; le sigue en proporción el grupo de personas con VIH que cuentan con instrucción superior, evidenciándose un porcentaje minoritario de personas con VIH que tuvieron instrucción técnica.

Tabla 9.

Frecuencias y porcentajes, según estado civil, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Estado civil	Frecuencia	Porcentaje
Casado (a)	4	8,0%
Conviviente	15	30,0%
Soltero (a)	29	58,0%
Viuda	2	4,0%
Total	50	100,0%

La mayoría de las personas con VIH se encuentra en estado civil de soltero (a), seguido de un 30,0% que se registra como conviviente. Entre ambas categorías suman un porcentaje acumulado de 88,0% de personas con VIH cuyo estado civil es soltero (a) o conviviente.

Tabla 10.

Frecuencias y porcentajes, según carga viral, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Carga viral	Frecuencia	Porcentaje
Detectable	4	8,0%
Indetectable	46	92,0%
Total	50	100,0%

Un alto porcentaje de personas con VIH se encuentra con carga viral indetectable. En cambio, un reducido porcentaje sí presenta carga viral detectable.

Tabla 11.

Frecuencias y porcentajes, según tiempo de diagnóstico, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Tiempo de diagnóstico	Frecuencia	Porcentaje
2 - 5 años	4	8,0%
6 - 10 años	5	10,0%
11 - 15 años	33	66,0%
16 - 20 años	8	16,0%
Total	50	100,0%

La mayor parte de las personas con VIH tienen diagnóstico de la infección hace 11 a 15 años. En menor porcentaje, otro grupo de personas con VIH refirió habersele diagnosticado la enfermedad de hace 16 a 20 años. Cabe resaltar que un porcentaje acumulado de 82,0% personas con VIH tiene el diagnóstico que data de entre 11 y 20 años.

Tabla 12.

Frecuencias y porcentajes, según tiempo de tratamiento, en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Tiempo de tratamiento	Frecuencia	Porcentaje
2 - 5 años	4	8,0%
6 - 10 años	11	22,0%
11 - 15 años	32	64,0%
16 - 18 años	3	6,0%
Total	50	100,0%

Se advierte que más de la mitad de las personas con VIH siguen en TARGA entre 11 y 15 años. Del mismo modo, el 22,0% viene tratándose de 6 a 10 años; estos índices representan un porcentaje acumulado de 86,0% de personas con VIH que llevan tratándose entre 6 y 15 años.

4.1.2 Resultados descriptivos de la variable de estudio: Adherencia al tratamiento

Tabla 13.

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Medio social en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia buena	47	94,0%
Adherencia media	3	6,0%
Adherencia baja	0	0,0%
Total	50	100,0%

Respecto a la dimensión: Medio social, se aprecia que casi la totalidad de las personas con VIH de la muestra de estudio presenta adherencia buena; y solo un pequeño porcentaje se encuentra con adherencia media.

Tabla 14.

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Aspecto emocional en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia buena	11	22,0%
Adherencia media	39	78,0%
Adherencia baja	0	0,0%
Total	50	100,0%

En cuanto a la dimensión: Aspecto emocional, se observa que la gran mayoría de personas con VIH se ubica con adherencia media; en tanto que casi la cuarta parte se halla con adherencia buena.

Tabla 15.

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Estilo de vida en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia buena	42	84,0%
Adherencia media	8	16,0%
Adherencia baja	0	0,0%
Total	50	100,0%

Con relación a la dimensión: Estilo de vida, se advierte que un alto porcentaje de las personas con VIH se encuentra con adherencia buena; mientras que un porcentaje minoritario presenta adherencia media.

Tabla 16.

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Medio laboral en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia buena	15	30,0%
Adherencia media	35	70,0%
Adherencia baja	0	0,0%
Total	50	100,0%

En lo concerniente a la dimensión: Medio laboral, la mayor parte de las personas con VIH se ubica con adherencia media. Asimismo, alrededor de la tercera parte presenta adherencia buena, no evidenciándose caso alguno con adherencia baja.

Tabla 17.

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Antecedente de salud en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia buena	6	12,0%
Adherencia media	21	42,0%
Adherencia baja	23	46,0%
Total	50	100,0%

Relativo a la dimensión: Antecedente de salud, se observa que cerca del 50,0% de las personas con VIH se encuentra con adherencia baja, es decir, cuando un familiar o la misma persona con VIH registra antecedentes de trastorno psicológico o problemas de alcohol y drogas. Del mismo modo se puede afirmar sobre el porcentaje con adherencia media. Donde se reportan pocos antecedentes de salud es en el grupo de personas con VIH que se ubican con adherencia buena.

Tabla 18.

Frecuencias y porcentajes en la escala total de la variable: Adherencia al tratamiento en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Adherencia buena	40	80,0%
Adherencia media	10	20,0%
Adherencia baja	0	0,0%
Total	50	100,0%

Con referencia a la escala total de la variable: Adherencia al tratamiento, se advierte que un alto porcentaje de las personas con VIH se ubica con nivel de adherencia buena; en mucha menor proporción, el 20,0% lo cumple con adherencia media.

4.1.3 Resultados descriptivos de la variable de estudio: Calidad de vida

Tabla 19.

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Amigos, vecindario y comunidad en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Calidad óptima	0	0,0%
Tendencia a buena calidad	15	30,0%
Tendencia a baja calidad	22	44,0%
Mala calidad	13	26,0%
Total	50	100,0%

Tocante a la dimensión: Amigos, vecindario y comunidad, el 44,0% de las personas con VIH encuestadas presenta tendencia a baja calidad de vida. El 30,0% se ubica con tendencia a buena calidad de vida. Se puede inferir, entonces, un porcentaje acumulado de 70,0% cuya calidad de vida, respecto a dicha dimensión, oscila entre las categorías tendencia a baja calidad y mala calidad.

Tabla 20.

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Vida familiar y familia extensa en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Calidad óptima	2	4,0%
Tendencia a buena calidad	15	30,0%
Tendencia a baja calidad	19	38,0%
Mala calidad	14	28,0%
Total	50	100,0%

En lo que corresponde a la dimensión: Vida familiar y familia extensa, se aprecia que el 38,0% de las personas con VIH se encuentra con tendencia a baja calidad de vida. Así también, el 30,0% se sitúa con

tendencia a buena calidad de vida; obteniéndose un porcentaje acumulado de 66,0% cuya calidad de vida, en cuanto a la dimensión descrita, varía entre las categorías tendencia a baja calidad y mala calidad.

Tabla 21.

Frecuencias y porcentajes en la dimensión: Salud en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Calidad óptima	4	8,0%
Tendencia a buena calidad	28	56,0%
Tendencia a baja calidad	17	34,0%
Mala calidad	1	2,0%
Total	50	100,0%

Considerando la dimensión: Salud, más de la mitad de la muestra de personas con VIH presenta tendencia a tener buena calidad de vida. Asimismo, alrededor de la tercera parte se encuentra con tendencia a baja calidad de vida; evidenciándose un porcentaje acumulado de 36,0% cuya calidad de vida, considerando la dimensión citada, fluctúa entre las categorías tendencia a baja calidad y mala calidad.

Tabla 22.

Frecuencias y porcentajes en la escala total de la variable: Calidad de vida en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

Nivel	Frecuencia	Porcentaje
Calidad óptima	0	0,0%
Tendencia a buena calidad	18	36,0%
Tendencia a baja calidad	27	54,0%
Mala calidad	5	10,0%
Total	50	100,0%

Teniendo en cuenta la escala total de la variable: Calidad de vida, se advierte que la mayoría de la muestra de personas con VIH presenta tendencia a tener baja calidad de vida. De la misma manera, el 36,0% se ubica con tendencia a buena calidad de vida. Cabe resaltar que se contabiliza un porcentaje acumulado de 64,0% de personas con VIH cuya calidad de vida, en su escala total, varía entre las categorías tendencia a baja calidad y mala calidad.

4.2 Contrastación de hipótesis

Antes de elegir la prueba de correlación adecuada, se procedió a detectar la normalidad de los datos de las variables que participan en el estudio. Para ello, se utilizó el test de Shapiro-Wilk, que se recomienda para muestras pequeñas, con número de sujetos igual o menor que 50. De esa manera, se propuso demostrar la siguiente hipótesis de normalidad:

H_i: Los datos de las variables de estudio difieren de la curva de distribución normal.

H₀: Los datos de las variables de estudio no difieren de la curva de distribución normal.

Los resultados calculados con el test de Shapiro-Wilk fueron como se muestra en la Tabla 23

Tabla 23.

Test de normalidad de Shapiro-Wilk en las variables y dimensiones de estudio

Variable / dimensión	Estadístico	Significación
Adherencia al tratamiento	0,961	0,096
Amigos, vecinos y comunidad	0,964	0,130
Vida familiar y familia extensa	0,960	0,086
Salud	0,942*	0,016
Calidad de vida	0,951*	0,039

* Significativo al nivel de $p < 0,05$.

Se observa que la dimensión: Salud y la variable: Calidad de vida tienen valores de Shapiro-Wilk estadísticamente significativos al nivel de $p < 0,05$; en consecuencia, se rechaza la hipótesis nula de normalidad de datos y se decide seleccionar la prueba de correlación de Spearman. No obstante, en el caso de la variable: Adherencia al tratamiento y de las dimensiones: Amigos, vecinos y comunidad, y Vida familiar y familia extensa, los valores de Shapiro-Wilk obtenidos no son estadísticamente significativos al nivel de $p < 0,05$; por lo que se acepta la hipótesis nula que establece normalidad de datos y se decide elegir la prueba de correlación de Pearson.

Ambas pruebas de correlación, Spearman y Pearson, admiten determinar la relación entre la variable: adherencia al tratamiento y la variable: calidad de vida, planteada en la hipótesis general; así como indagar la relación entre la adherencia al tratamiento y cada una de las dimensiones de la calidad de vida, formulada en las hipótesis específicas.

4.2.1 Contrastación de la hipótesis principal

H_P: La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua “Raíces” de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

H₀: La adherencia al tratamiento no se relaciona significativamente con la calidad de vida en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua “Raíces” de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

Tabla 24.

Correlaciones entre las variables de estudio: adherencia al tratamiento y calidad de vida en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

		Calidad de vida
<i>Adherencia al tratamiento</i>	Correlación de Spearman	0,707**
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	50

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

Como se observa en la tabla 24, el coeficiente de correlación obtenido entre las variables: adherencia al tratamiento y calidad de vida, es estadísticamente significativo para el nivel de $p < 0,01$; e indicador de que las variables de estudio correlacionan entre sí de manera significativa; es decir, mientras mayor es la adherencia al tratamiento, mejor será la calidad de vida en las personas con VIH de la muestra investigada.

Decisión: Por consiguiente, estimando el resultado significativo, se toma la decisión de rechazar la hipótesis nula de la hipótesis principal de estudio.

4.2.2 Contrastación de las hipótesis específicas

Hipótesis específica 1

H₁: La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Amigos, vecinos y comunidad, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua *Raíces* de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

H₀: La adherencia al tratamiento no se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Amigos, vecinos y comunidad, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua *Raíces* de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

Tabla 25.

Correlaciones entre la variable: adherencia al tratamiento y la calidad de vida dimensión: Amigos, vecinos y comunidad en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

		Dimensión: Amigos, vecinos y comunidad
Adherencia al tratamiento	Correlación de Pearson	0,398**
	Sig. (unilateral)	0,002
	N	50

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

Como se aprecia en la tabla 25, el coeficiente de correlación obtenido entre la variable: adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión: Amigos, vecinos y comunidad, es estadísticamente significativo para el nivel de $p < 0,01$. Por tanto, este resultado es indicador de que correlacionan entre sí de manera significativa; en otros términos, mientras mayor es la adherencia al tratamiento, mejor será la calidad de vida, en su dimensión: Amigos, vecinos y comunidad en las personas con VIH de la muestra estudiada.

Decisión: En consecuencia, al encontrar resultado significativo, se decide rechazar la hipótesis nula.

Hipótesis específica 2

H₂: La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Vida familiar y familia extensa, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua *Raíces* de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

H₀: La adherencia al tratamiento no se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Vida familiar y familia extensa, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua *Raíces* de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

Tabla 26.

Correlaciones entre la variable: adherencia al tratamiento y la calidad de vida dimensión: Vida familiar y familia extensa en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

		Dimensión: Vida familiar y familia extensa
Adherencia al tratamiento	Correlación de Pearson	0,735**
	Sig. (unilateral)	0,000
	N	50

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

Se advierte en la tabla 26, que el coeficiente de correlación obtenido entre la variable: adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión: Vida familiar y familia extensa, es estadísticamente significativo para el nivel de $p < 0,01$; lo cual indica que correlacionan entre sí de modo significativo. De esta forma, se puede afirmar que, mientras mayor es la adherencia al tratamiento, mejor será la calidad de vida, en su dimensión: Vida familiar y familia extensa en las personas con VIH de la muestra seleccionada.

Decisión: Por consiguiente, al disponer de un resultado significativo, se decide rechazar la hipótesis nula.

Hipótesis específica 3

H₃: La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Salud, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua *Raíces* de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

H₀: La adherencia al tratamiento no se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Salud, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua *Raíces* de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.

Tabla 27.

Correlaciones entre la variable: adherencia al tratamiento y la calidad de vida dimensión: Salud en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador

		Dimensión: Salud
Adherencia al tratamiento	Correlación de Spearman	0,337**
	Sig. (unilateral)	0,008
	N	50

** Significativo al nivel de $p < 0,01$.

Como se registra en la tabla 27, el coeficiente de correlación calculado entre la variable: adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión: Salud, es estadísticamente significativo para el nivel de $p < 0,01$; lo cual permite establecer que correlacionan entre sí significativamente. En tal sentido, se puede concluir que, en tanto mayor es la adherencia al tratamiento, mejor será la calidad de vida, en su dimensión: Salud en las personas con VIH de la muestra investigada.

Decisión: Por lo tanto, al contar con un resultado significativo, se rechaza la hipótesis nula.

4.3 Discusión de resultados

Los resultados obtenidos con la prueba de correlación de Spearman permiten establecer que la adherencia al tratamiento se relaciona de manera significativa con la calidad de vida en la muestra de personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Por tal razón, se puede establecer que mejor resultados se obtendrá en las dimensiones amigos, vecindario y comunidad, vida familiar y familia extensa y salud, de la calidad de vida mientras la adherencia sea buena; es decir, influenciada por el medio social, emocional, estilo de vida, medio laboral y antecedentes de salud. Este resultado confirma lo reportado por un estudio realizado en nuestro país por Rivas y Caveró (2013) acerca de la relación entre adherencia al TARGA y calidad de vida en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Chiclayo donde se concluyó que existe relación significativa entre ambas variables de estudio, entre las cuales predomina el grado de adherencia buena y una calidad de vida satisfactoria en sus dimensiones mental y física. A nivel internacional, se cuenta con el trabajo de Kiloki (2015) sobre la calidad de vida en personas con VIH y coinfectados VIH/TB en un hospital de segundo nivel de atención en Monterrey, Nuevo León, México. Este investigador deja entrever el papel que cumple la adherencia cuando refiere que hubo un bajo recuento de CD4 en los pacientes que estaría incidiendo, entre otros factores, en la calidad de vida. Asimismo, alude, en cierta forma, al medio laboral –como dimensión de la adherencia–, cuando señala que el tener un empleo permite al paciente enfrentar la enfermedad y el tratamiento, lo que hace que perciba mejor calidad de vida aunada a la fe que, de algún modo, contribuye a mejorar su salud. Cabe mencionar que el nivel de adherencia al tratamiento logrado por las personas de la muestra de estudio, es de buen nivel (80%), mientras que se registró una adherencia media con el 20%. Ningún caso se ubica con adherencia baja. Esto puede estar asociado, en gran medida, con la carga viral, con una alta proporción considerada como indetectable (92%). Es decir, parece ser que con una buena adherencia al tratamiento se ha logrado reducir

notablemente la carga viral. Precisamente, los hallazgos de Orellana (2017) corroboran lo aquí referido. Orellana llegó a la conclusión de que uno de los factores asociados a la adherencia al TARGA, es la carga viral, la cual observó que tiene muy buena relación con el grado de adherencia, es decir, a mayor grado de adherencia menor carga viral en los pacientes con VIH/SIDA de la muestra estudiada.

En cuanto a la contrastación de la primera hipótesis específica, se constató una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión: Vecinos, amigos y comunidad. Al respecto, Barnes y Olson (1982) afirman que la calidad de vida se basa en la satisfacción de frecuentar a los amigos de la zona donde vive, participar en las actividades (fiestas, reuniones, deportes) y tener tiempo para compartir con los amigos en la zona donde reside, o del trabajo, realizar compras cotidianas, etc. En los inicios del tratamiento, posiblemente la persona con VIH reduzca su interacción con su entorno social, debido a la incertidumbre que tiene acerca de la evolución de su enfermedad y, en parte, por el estigma que aún existe con las personas con VIH/SIDA, con quienes incluso los profesionales de salud, en ocasiones, muestran actitudes de rechazo. De manera que esa percepción y temor inicial a ser rechazado por sus conocidos va disminuyendo paulatinamente conforme el tratamiento se desarrolle favorablemente y el paciente experimente beneficio en su salud. En este caso, como sostiene Leite et al. (2015), el tiempo transcurrido con el TARGA, posibilita en el paciente reconfigurar la percepción de su calidad de vida, así como las relaciones sociales que mantiene, y facilita así, el enfrentamiento de la vivencia con la enfermedad que sobrelleva.

Concerniente a la contrastación de la segunda hipótesis específica, los resultados revelaron que existe una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión: Vida familiar y familia extensa. Sobre esta dimensión, Pérez (1997) refiere que los lazos afectivos que se generan en el ámbito familiar fortalecen la calidad de vida, los cuales desarrollan uno de los sistemas de apoyo más

importante para la satisfacción personal, así como el logro de condiciones adecuadas de supervivencia y cuidado de la salud. Para Vilató (2015), la vida familiar es el principal factor protector y de atención en personas con VIH y la compañía del círculo familiar son necesarios para que el paciente refuerce su adherencia relacionada no solo aspectos farmacológicos, sino a cambios para mantener una calidad de vida y estilos de vida saludables los cuales aumentan la eficacia del tratamiento. Se mantiene, entonces un vínculo familiar más estrecho que el observado con el entorno social, pues le brinda soporte emocional y moral a partir del diagnóstico y durante el tratamiento que recibe.

Finalmente, sobre la tercera hipótesis específica, los resultados permiten determinar una relación significativa entre la adherencia al tratamiento y la calidad de vida, en su dimensión: Salud. Como advierte Frutos, Aquino, Amado y Ferreira (2016) la calidad de vida ligada a la salud está relacionada al impacto que la enfermedad genera, sin embargo, en las fases posteriores al diagnóstico el paciente con VIH asume su diagnóstico tras superar las creencias erradas en relación a su salud, lo que mejora la percepción de la calidad de vida. En el estudio de Cardona (2005) sobre calidad de vida y personas con VIH, se demostró que el adecuado manejo del diagnóstico puede disminuir los efectos negativos sobre la salud física y mental, además porque ahora se refuerza que el VIH es una infección crónica, tratable y gratuita como sucede en nuestro país.

Esto se sustenta con los resultados aquí registrados, donde se aprecia que un porcentaje acumulado de 64% de personas con VIH encuestadas se encuentran, en la dimensión: Salud, con calidad óptima y tendencia a buena calidad. Esto significa que el paciente ha mejorado sus expectativas en base al pronóstico favorable que tiene su enfermedad conforme ha venido cumpliendo disciplinadamente los procedimientos del TARGA. Además, se ha difundido por los medios la información de que el VIH/SIDA ha dejado su condición de enfermedad mortal para pasar a ser

considerada una infección crónica, que puede ser tratada de forma eficaz si es detectada prontamente.

Asimismo, cabe resaltar que actualmente los usuarios del Grupo de ayuda mutua que viven solos acuden a sus consultas sin agentes de soporte. En el inicio del TARGA, el MINSA exigía un agente de soporte que acompañe a la persona con VIH para que comience el tratamiento. Ahora, estas personas generan sus propios ingresos y se hacen responsables de su propia salud. Espíndola en el 2008, señala que el modelo comportamental, asevera que la salud, las creencias positivas, los recursos materiales, las habilidades sociales o el apoyo social van a ser importantes. Así mismo se menciona que no necesariamente son determinantes, en el comportamiento del individuo, en la medida en que este cumple con lo que debe o puede hacer en la consecución o logros de sus objetivos personales (Yanguas, 2003).

CAPÍTULO V

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones

1. En líneas generales, los resultados indican que la adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.
2. Asimismo, los resultados muestran que la adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Amigos, vecinos y comunidad, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.
3. Se encontró, además, que la adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Vida familiar y familia extensa, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.
4. Finalmente, los resultados indican que la adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Salud, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador.

5.2 Recomendaciones

1. Promover en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces, consejerías que refuercen, la adherencia al tratamiento para favorecer y mantener una buena calidad de vida
2. Realizar intervenciones de sensibilización en VIH/SIDA en la comunidad, sociedad civil, para que promuevan el buen trato, con el objetivo de fortalecer la adherencia y mejorar la calidad de vida
3. Realizar investigaciones sobre aspectos de la adherencia y su relación con el medio familiar, lo cual hará posible conocer, con mayor precisión, su concordancia con el acompañamiento y seguimiento de las personas diagnosticadas con VIH.
4. Implementar programas o intervenciones con enfoque cognitivo-conductual, que permitan a las personas con VIH ser adherentes al tratamiento para adquirir el control y cuidado de su salud

REFERENCIAS

- Aguilar, J. & Álvarez, J. (2011). Factores que determinan la calidad de vida de las personas mayores. *Revista de Psicología*, 4(1), 161-168.
- Alarcón, R. (1991). *Métodos y diseños de investigación del comportamiento*. Fondo Editorial Universidad Peruana Cayetano Heredia: Lima.
- Alvis, R. A. (2009). Aproximación Teórica a la Intervención Psicosocial. *Revista Poiésis*, 0(17), 1-6.
- Apaza, M. & Huarachi, A. (2014). *Adherencia farmacológica y no farmacológica y calidad de vida en personas con Diabetes Mellitus tipo 2. Hospital Regional. Honorio Delgado Espinoza* [Tesis de grado]. Universidad Nacional de San Agustín: Arequipa.
- Ballester, R. (2002). Adhesión terapéutica: revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica* 7(3), 151-175.
- Banda, A. & Morales, M. (2012). Calidad de vida subjetiva en estudiantes universitarios. *Enseñanza e Investigación en Psicología*, 17(1), 29-43. <https://www.redalyc.org/pdf/292/29223246003.pdf>
- Bedón, Y. (2011). *Resiliencia y adherencia al TARGA en pacientes con VIH/ SIDA del Hospital San Juan Bautista de Huaral* [Tesis de grado]. Universidad Cesar Vallejo: Lima.
- Benítez, I. (2016). La evaluación de la calidad de vida: retos metodológicos presentes y futuros. *Papeles del Psicólogo*, 37(1), 69-73.
- Bermejo T. y Carretero M. E. (2010). *Adherencia a tratamientos Antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias* [Tesis doctoral]. Universidad Complutense de Madrid: Madrid.

- Bermúdez, M. P., Herencia-Leva, A. & Uribe, A. F. (2009). Versiones fuerte y débil del modelo de información-motivación-habilidades conductuales en la predicción del uso del preservativo. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(3), 587-598. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=805/80511929013>
- Bernardo, J. y Caldero, J.F. (2000). *Investigación cuantitativa*. Editorial RIALP, SA.: Madrid.
- Blitchtein-Winicki, D. (2001). Estudio sobre Percepción y comportamientos de riesgo de ITS/VIH, en mujeres adolescentes inscritas para obtener su libreta militar en Lima y Callao 2001. *Anales de la Facultad de Medicina*, 63(4), 257-268.
- Bobes, J., González, M. P., Bousoño, M. & Suárez. E. (1993). Desarrollo histórico del concepto de Calidad de Vida. *Monografía de Psiquiatría*, 5(6), 5-11.
- Botero de Mejía, B. & Pico, M. E. (2007). Calidad de vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: Una aproximación teórica. *Revista Hacia la Promoción de la Salud*, 12(1), 11-24. http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S0121-75772007000100002&script=sci_abstract&tlng=es
- Boza, C. R. (2016). Orígenes Del VIH SIDA. *Revista Clínica HSJD*, 6(4), 48-60. DOI 10.15517/RC_UCR-HSJD.V6I4.26927
- Broo, N. & Ballart, P. (2012). Motivación situacional y estado afectivo en clases dirigidas de actividad Física Motricidad. *European Journal of Human Movement*, 29, 147-158. <file:///C:/Users/LENOVO-A8/Downloads/Dialnet-MotivacionSituacionalYEstadoAfectivoEnClasesDirigi-4775366.pdf>
- Cabrera, A. G. (2000). El modelo transteórico del comportamiento en salud. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 18(2), 129-138.
- Campos, P. (2002). *Psicología y adherencia*. Ministerio de Salud. Lima Perú.

- Cardona, A. D. (2005). Construcción cultural del concepto calidad de vida. *Revista Facultad Nacional de Salud Pública*, 23(1), 79-90.
- Carpio, C., Pacheco, V., Flores, C. & Canales, C. (2001). Calidad de vida: Un análisis de su dimensión Psicológica. *Revista Soronense de Psicología*. 14(1-2), 3-15.
- Chávez, C. (2015). *Calidad de vida y bienestar psicológico en personas con discapacidad motriz de un centro de integración de discapacitados de Trujillo* [Tesis de licenciatura]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego.
- Coolican, H. (2005). *Métodos de Investigación y Estadística en Psicología* (3ª ED.) Editorial Manual Moderno: México
- Cueto, M. (2001). *Culpa y coraje: historia de las políticas sobre el VIH/Sida en el Perú*. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Demarbre, V. (1994). *Adherencia terapéutica: una asignatura pendiente en el campo de la Psicología de la Salud*. Barcelona: Editorial Universidad Autónoma de Barcelona.
- Echevarría, I. (2010). *Estilos de afrontamiento del cuidador primario y la adherencia al TARGA de las personas que viven con el VIH/SIDA* [Tesis de Licenciatura]. Universidad Nacional Mayor De San Marcos: Lima.
- Echevarría, I. (2016). *Relación entre el Funcionamiento Cognitivo y la adherencia al TARGA, en las Personas que viven Con VIH*. Lima – Perú [Tesis de maestría]. Lima: Universidad Peruana Cayetano Heredia.
- Elrod, J.K. (2014). *Center of Excellence in Rehabilitation Medicine*. EEUU: Ed. National Institutes of Health.
- Espíndola, M. (2008). *Relación entre calidad de vida y el locus de control en pacientes con diabetes mellitus tipo 2* [Tesis de maestría]. Colombia: Universidad de Colima.

- Fernández-Mayoralas, G. & Rojo, F. (2005). Calidad de vida y salud: planteamientos conceptuales y métodos de investigación. *Territoris*, 0(5), 117-135. [file:///C:/Users/LENOVO-A8/Downloads/117017-Text%20de%20'article-147973-1-10-20080909%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/LENOVO-A8/Downloads/117017-Text%20de%20'article-147973-1-10-20080909%20(1).pdf)
- Ferrer, V. A. (1995). Adherencia o cumplimiento de prescripciones terapéuticas y de salud Concepto y factores psicosociales implicados. *Revista de psicología de la salud*, 7(1), 35-71.
- Frutos, C. Aquino, N. Amado, D. & Ferreira, M. (2016). Calidad de Vida en el Paciente con VIH en el Servicio de Clínica Médica, Hospital Central-Instituto de Previsión Social Paraguay-2015. *Revista del Instituto de Medicina Tropical*, 11(1), 10-21. DOI: 10.18004 /imt/201611110 -21.
- Gallo, R. C. & Montagnier, L. (2003). The discovery of HIV as the cause of AIDS. *The New England Journal of Medicine*, 349 (24), 2283-2285. DOI: 10.1056/NEJMp038194
- Gamboa, C.E. (2013) *Percepción Del Paciente Con Diabetes Mellitus Tipo II Sobre Su Calidad De Vida. Programa De Diabetes Hospital Nacional Dos De Mayo* [Tesis de Licenciatura]. Lima: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.
- Grimaldo, M. (2010). Adaptación de la escala de calidad de vida de olson & barnes para profesionales de la salud. *Cultura*, 24, 1-20. <file:///C:/Users/LENOVO-A8/Downloads/Dialnet-AdaptacionDeLaEscalaDeCalidadDeVidaDeOlsonBarnesPa-3701000.pdf>
- Grimaldo, M. (2011). Calidad de vida en profesionales de la salud en la ciudad de Lima. *Liberabit*, 17(2), 173-185. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-48272011000200007&lng=es&tlng=es.
- Gutiérrez, T., Raich, R., Sánchez, D. & Deus, J. (2014). *Instrumentos de Evaluación en Psicología de la Salud*.

https://issuu.com/esthervillarroel/docs/instrumentos_de_evaluacion_en_psico

- Hernández S. R. Fernández, C. & Baptista, C. (2010). *Metodología de la Investigación*. Interamericana Editores S.A.: México.
- Holanda, G. Teles M., Gir, E., Souza, P., Bezerra, A. & Gimenez, M. (2015). Calidad de vida de hombres con Sida y el modelo de la determinación social de la salud. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*. 23(2), 183-192. DOI: 10.1590/0104-1169.0120.2541
- Instituto Nacional de Estadística Informática (2015). *Perú Enfermedades No Transmisibles Y Transmisibles 2015*. Recuperado de: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1357/index.html
- Kiloki, N. (2015). *Calidad de vida en pacientes infectados con VIH y co-infectados VIH / TB en un hospital de segundo nivel de atención en Monterrey Nuevo León, México* [Tesis de maestría]. México: Universidad de Morelos.
- Knobel, H. (2005). Calidad de vida, satisfacción, adherencia y efectividad del tratamiento antirretroviral. *Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*. 23(10), 579-580. DOI: 10.1016/S0213-005X(05)75035-7. Barcelona
- Knobel, H. & Guelar, A. (2004). Estrategias para optimizar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Intervenciones en la pauta terapéutica. Trascendencia de la adherencia al tratamiento en la infección por VIH. Impacto en la respuesta virológica, progresión clínica y mortalidad *Enfermedades infecciosas y microbiología clínica*, 22(2), 106-112. [https://doi.org/10.1016/S0213-005X\(04\)73044-X](https://doi.org/10.1016/S0213-005X(04)73044-X)
- Leite, R, Oliveira, D., Lessa, T., Correa, S., Ramos, E. & Tosoli, A. (2017). Calidad de vida de personas conviviendo con HIV/SIDA: relación temporal, sociodemográfica y perceptiva de la salud. *Revista Latinoamericana de Enfermería*, 25, 2874.

- León, R. J. (2004). *Psicología de la Salud y Calidad de vida*. Barcelona: Editorial UOC.
- Martin, A. L. (2011). La investigación de la adherencia Terapéutica como un problema de la psicología de la salud. *Revistas Psicología y Salud*, 14(1).
<https://psicologiaysalud.uv.mx/index.php/psicysalud/article/view/869>
- Mayor, S. L. (1995). El cambio en las conductas adictivas. *Revista de Psicología*, 13(2). 12-28.
- Meneses-La Riva, M. & Mayorca-Carmelo, C. (2014). Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima. *Revista de Enfermería Herediana*, 7(2), 87-96. [file:///C:/Users/LENOVO-A8/Downloads/2532-Texto%20del%20art%C3%ADculo-5717-1-10-20150930%20\(1\).pdf](file:///C:/Users/LENOVO-A8/Downloads/2532-Texto%20del%20art%C3%ADculo-5717-1-10-20150930%20(1).pdf)
- Miller, W.R. & Stephen, R. (2015). *Ayudar a las personas a cambiar* (3.^a edición). Barcelona: PAIDÓS.
- Ministerio de Salud (2004). Ley N° 28243, Ley que amplía y modifica la Ley N° 26626 sobre el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y las Infecciones de Transmisión Sexual. Recuperado de: https://www.trabajo.gob.pe/archivos/file/VIH_SIDA/nomas_vih_sida/ley_28243.pdf
- Ministerio de Salud (2010). *Boletín de la Estrategia sanitaria de VIH SIDA*. Recuperado de: https://www.dge.gob.pe/epublic/uploads/vih-sida/vih-sida_20209.pdf
- Ministerio de Salud (2017). Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades. *Boletín Mensual. Situación Epidemiológica del VIH Sida en el Perú*.
- Ministerio de Salud (2020). Centro Nacional de Epidemiología Prevención y Control de Enfermedades. *Sala situacional del VIH Sida en el Perú*.

https://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2020/febrero.pdf

Moreno, E. & Gil, J. (2003). El Modelo de Creencias de Salud: revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. I: Hacia un análisis funcional de las Creencias en Salud. *Revista Internacional de Psicología y Terapia Psicológica*. 3(1), 91-109. <file:///C:/Users/LENOVO-A8/Downloads/Dialnet-ElModeloDeCreenciasDeSalud-664629.pdf>

Nieves, K. (2011). *Modelo De Creencias Y Adherencia Al Tratamiento Para El VIH* [Tesis de Doctorado]. Puerto Rico: Universidad De Puerto Rico. <Http://Gradworks.Umi.Com/34/50/3450483.Html>

Olivari, C. & Urra, E. (2007). Autoeficacia y Conductas de Salud. *Ciencia y Enfermería*, 13(1), 9-15. https://scielo.conicyt.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0717-95532007000100002

Orellana, G. (2017). *Factores Asociados A La Adherencia Al TARGA, En Pacientes Con VIH/SIDA En El Hospital Central PNP Luis N. Saenz En Los Meses De Octubre A Diciembre Del 2015* [Tesis de grado]. Universidad Ricardo Palma: Lima.

Organización Internacional del Trabajo (OIT, 2018). *Perspectivas Sociales y del Empleo en el Mundo*. <https://www.ilo.org/global/research/global-reports/weso/2017/lang-es/index.htm>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2004). *Adherencia a los Tratamientos a Largo Plazo*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>

Organización Mundial de la Salud (OMS, 2011). *Informe 2011 sobre la respuesta mundial al VIH/SIDA*. https://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/es/

- Organización Mundial de la Salud (2015). Diez Datos sobre el VIH/SIDA.
<http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2016). VIH/SIDA Nota descriptiva. www.who.int/campaigns/aids-day/2016/event/.
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017). Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA. <http://www.who.int/features/qa/71/es/>
- Organización Mundial de la Salud (OMS, 2020). VIH/Sida. Datos y Cifras. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2011). Treinta años del descubrimiento del SIDA. https://www.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=5541:2011-treinta-anos-descubrimiento-sida&Itemid=1926&lang=fr
- Ortego, M., López, S., & Álvarez, M. (2011). *Ciencias Psicosociales*. Open course ware. Universidad de Cantabria. <http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i-1>
- Ortiz, M. & Ortiz, E. (2007). Psicología de la salud: Una clave para comprender el fenómeno de la adherencia terapéutica. *Revista médica de Chile*, 135(5), 647-652. <https://dx.doi.org/10.4067/S0034-98872007000500014>
- Pérez, L. (1997). El envejecimiento de las Sociedades: Una Aproximación desde la Sociología. https://repositorio.uam.es/bitstream/handle/10486/680044/EM_16_5.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Ramírez, S. & Valdivieso, Y. (2015). *Relación de Ayuda de la Enfermera y Nivel de Adherencia del Adulto en el Tratamiento Antirretroviral. Hospital Regional Docente de Trujillo 2015* [Tesis de Licenciatura]. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego
- Ramos, L. (2015). La adherencia al tratamiento en las enfermedades crónicas. *Revista Cubana de Angiología y Cirugía Vascul*, 16(2),

175-189.

http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1682-00372015000200006&lng=es&tlng=es.

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 de Chiclayo – Perú, 2011* [Tesis de grado]. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo.

Riveros, A., Castro, C. G. & Lara-Tapia, H. (2009). Características de la calidad de vida en enfermos crónicos y agudos. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 41(2), 291-304. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-05342009000200009

Rodríguez, M. (2006). Cumplimiento de regímenes terapéuticos y calidad asistencial. *Revista de calidad asistencia*, 21(5), 255-263. <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S1134282X06707916>

Ruiz P. I. & López R. M. (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(10), 581-585. DOI: 10.1157/13081565

Salinas, E. & Galán, G. (2010). Adherencia terapéutica. *Enfermería Neurológica* 11(2), 102-104. <https://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2012/ene122i.pdf>

Sánchez, C. M. (2014). *Factores asociados a la adherencia en terapia de reemplazo renal en pacientes adultos del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima*. Universidad Nacional Mayor De San Marcos Facultad De Medicina Unidad De Posgrado. Lima Perú.

Sánchez-Sosa, J. C., Cázares, O., Piña, J. A., & Dávila, M. (2009). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión

terapéutica en personas con VIH. *Salud mental*, 32(5), 389-397.
http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500005&lng=es&tlng=es.

Schalock, R. I. & Verdugo, M. A. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Revista Española sobre Discapacidad Intelectual*, 38(4), 21-36.

Sepkowitz, K. A. (2001). AIDS – The first 20 years. Historia Natural de la Infección. *The New England Journal of Medicine*, 344(23), 1764-1772.

Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, 14(3), 170-176.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=2031/203119676002>

Urzúa, M. A. & Caqueo-Urizar, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 30(1), 61-71.
<https://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Valera-Arévalo, M., y Hoyos-Hernández, P. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista Salud Pública*, 17(4): 528-540.
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n4/v17n4a04.pdf>

Vélez, H., Rojas, W., Borrero, J. & Restrepo J. (2005). *Manual de VIH/SIDA y otras enfermedades de transmisión sexual*.
<https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/31262/APS%20VIH%20ITS.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Vicioso, C. (2017). *Afrontamiento al VIH, apoyo social y adherencia como factores mediadores en la calidad de vida en personas con VIH en tratamiento antirretroviral, con o sin diagnósticos múltiples por abuso de drogas o trastorno mental* [Tesis doctoral]. Universidad del País Vasco: España.

- Vilató, F L. (2015). Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 41(4), 620-630.
- Villa, I. C. & Vinaccia, S. (2006). Adhesión terapéutica y variables psicológicas asociadas en pacientes con diagnóstico de VIH – SIDA. *Psicología y Salud*, 16(1), 51-62.
- Yanguas J. J. (2003). *Análisis de la calidad de vida relacionada con la salud en la vejez desde una perspectiva multidimensional* [Tesis de doctorado]. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid.

ANEXOS

Anexo 1. Instrumentos de Recolección de Datos

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Consentimiento para participar en un estudio de investigación

“La Adherencia al Tratamiento y su Relación con la Calidad de Vida de Personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017”

Propósito del Estudio:

Lo estamos invitando a participar en un estudio llamado: “La Adherencia al Tratamiento y su relación con la Calidad de Vida de Personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017”. Este estudio tiene como finalidad validar la utilidad de valorar la adherencia y conocer su relación con la calidad de vida en personas con VIH.

Procedimientos:

Si usted acepta participar en este estudio se procederá de la siguiente modalidad:

1. Se le evaluara su nivel de adherencia con el Cuestionario de valoración de Adherencia de Echevarría
2. Se le evaluara con la escala de calidad de vida de Olson & Barnes. (Adaptada)

Riesgos:

No existen riesgos por participar en el estudio.

Beneficios:

Usted se beneficiará de una evaluación de la adherencia y su relación con la calidad de vida. Asimismo, lograra conocer cuál es su resultado. La información es de manera personal y confidencial.

Costos e incentivos

Usted no deberá pagar por participar en el estudio. Igualmente, no recibirá ningún incentivo económico ni de otra índole, únicamente la satisfacción de colaborar a un mejor entendimiento de la posible relación entre la adherencia y calidad de vida

Confidencialidad:

Nosotros guardaremos su información con códigos y no con nombres. Si los resultados de este seguimiento 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.

Derechos del participante.

Usted decide participar o no en el estudio. Si tiene alguna duda adicional, por favor pregunte al personal del estudio, o llamar al Psi. Patricia Salazar Ramírez: 999553811

CONSENTIMIENTO

Acepto voluntariamente participar en este estudio, he leído y comprendido el contenido del estudio, también entiendo que soy libre de decidir no participar y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento.

Participante
Nombre/DNI

Fecha

Investigadora
Nombre/DNI

Fecha

CUESTIONARIO DE VALORACIÓN DE LA ADHERENCIA DE ECHEVARRIA

Nombre _____ Edad _____

Usted deberá marcar con un aspa (x) algunas de las alternativas: Si, A veces o No, que dicha alternativa concuerda con su experiencia personal

CUESTIONARIO DE VALORACION DE LA ADHERENCIA			
MEDIO SOCIAL	Si	A veces	No
1. Cuenta con agente de apoyo			
2. Su familia se preocupa por su bienestar			
3. Participa en alguna asociación agrupación (GAM, Religiosa ONG)			
ASPECTO EMOCIONAL.	Si	A veces	No
4. Te sientes culpable por tu condición de diagnostico			
5. Tienes temor que las personas te rechacen por tu diagnostico			
6. En los tres últimos meses te has sentido triste o desanimado			
7. Tienes razones para vivir			
ESTILO DE VIDA	Si	A veces	No
8. Usas preservativo (condón) en cada relación sexual			
9. Concilias el sueño sin dificultad			
10. Tienes apetito			
11. En las últimas dos semanas has tomado puntualmente tus medicinas			
12. Alguna vez has pensado en abandonar tu tratamiento			
13. Utilizas alguna estrategia para recordar la toma de tus medicinas			
14. Asistes puntualmente a tus controles médicos			
15. Vives solo			
16. En los últimos tres meses has consumido alcohol			
17. Has consumido drogas (marihuana, cocaína, etc), estos últimos 3 meses.			
MEDIO LABORAL	Si	A veces	No
18. Trabajas actualmente			
19. Tienes dificultad para tomar TARGA en el trabajo			
20. Te facilitan el permiso en tu trabajo para tus controles o citas médicas			
ANTECEDENTE DE SALUD	Si	A veces	No
21. Algún miembro de la familia ha presentado trastornos mentales, neurológicos, o consumo de alcohol y/o drogas			
22. Has presentado algún trastorno de conducta antes de conocer tu diagnostico			
23. Suelas reacciones violentamente ante situaciones que ocurren después de conocer tu diagnóstico.			

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (Olson y Barnes 1982)

A continuación, le presentamos preguntas referidas a diferentes aspectos de su vida. Lea cada una de ellas y marque la alternativa que considere conveniente. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas. No olvide responder a todas las preguntas.

DIMENSIONES	Respuesta				
	1 Insatisfecho	2 Un poco satisfecho	3 Más o menos satisfecho	4 Bastante satisfecho	5 Completamente satisfecho
AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD					
1. ¿Qué tan satisfecho estás con tus amigos?					
2. ¿Qué tan satisfecho estás en realizar compras en tu comunidad?					
3. ¿Qué tan satisfecho estás con la seguridad que se brinda en tu comunidad?					
4. ¿Qué tan satisfecho te sientes en el barrio dónde vives?					
5. ¿Te sientes satisfecho con las facilidades para realizar actividades recreativas? (parque, campos de juego, etc.).					
VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA					
6. ¿Qué tan satisfecho está la relación afectiva con tus(s) hijo(s), (as)					
7. ¿Qué tan satisfecho está la relación afectiva con tu esposo (a) y/o pareja?					
8. ¿Qué tan satisfecho estás la relación con tus hermanos?					
9. ¿Qué tan satisfecho está tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)					

SALUD					
10. ¿Qué tan satisfecho estás con respecto a tu salud física y mental?					
11. ¿Qué tan satisfecho estás con la salud de otros miembros de la familia?					

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (Olson y Barnes 1982)

Puntaje

AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD

Valor	Puntaje
Mala Calidad	5 – 10
Tendencia a baja calidad	11 – 16
Tendencia buena calidad	17 – 22
Calidad optima	23 - +

VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA

Valor	Puntaje
Mala Calidad	5 – 10
Tendencia a baja calidad	11 – 16
Tendencia buena calidad	17 – 22
Calidad optima	23 - +

SALUD

Valor	Puntaje
Mala Calidad	2- 3
Tendencia a baja calidad	4 – 5
Tendencia buena calidad	6 – 7
Calidad optima	8 - +

b)..Documentos para validar los instrumentos de medición a través de juicio de expertos

CARTA DE PRESENTACIÓN

Señor(a)(ita):

.....

Presente

Asunto: VALIDACIÓN DE INSTRUMENTOS A TRAVÉS DE JUICIO DE EXPERTO.

Nos es muy grato comunicarnos con usted para expresarle mi saludo y así mismo, hacer de su conocimiento que siendo estudiante del programa de Maestría con mención en Psicología de la Universidad Inca Garcilaso de la Vega, requiero validar los instrumentos con los cuales recogeré la información necesaria para poder desarrollar mi investigación y con la cual optaré el grado de Magister.

El título nombre de mi proyecto de investigación es: La Adherencia al Tratamiento y su Relación con la Calidad de Vida de Personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017, y siendo imprescindible contar con la aprobación de docentes especializados para poder aplicar los instrumentos en mención, he considerado conveniente recurrir a usted, ante su connotada experiencia en temas clínicos y/o investigación clínica.

El expediente de validación, que le hago llegar contiene:

- Carta de presentación.
- Definiciones conceptuales de las variables y dimensiones.
- Matriz de Operacionalización de las variables.
- Certificado de validez de contenido de los instrumentos.

Expresándole nuestros sentimientos de respeto y consideración nos despedimos de usted, no sin antes agradecerle por la atención que dispense a la presente.

Atentamente.

Firma

Patricia Avelina Salazar Ramírez

D.N.I: 09275583

DEFINICIÓN CONCEPTUAL DE LAS VARIABLES Y DIMENSIONES

Variable: Calidad de Vida

La calidad de vida está relacionado con la salud, con aquello que es expresión de bienestar o malestar, más allá de lo que objetivamente ocurre en las interacciones de la personas con su ambiente, citado por Olson y Barnes, 1982.

Para OMS la Calidad de vida es la percepción que tiene la persona de su vida en el contexto de su cultura y el sistema de valores en el cual vive y la relación con sus metas, expectativas, y estándares de vida. (OMS 2005)

Dimensiones de las variables:

Dimensiones 1.

Amigos, vecindario y comunidad: Se considera la relación que mantiene el individuo con su grupo de pares. Además, se considera las facilidades para realizar compras diarias, la seguridad que le brinda los lugares donde frecuenta y los espacios de recreación (Vargas 2016)

Dimensiones 2.

Vida familiar y familia extensa: Se tiene en cuenta la relación de afecto con el grupo de apoyo primario, las responsabilidades de casa, la capacidad que tiene la familia para brindarle seguridad afectiva y apoyo emocional. (Grimaldo, 2011 Vargas 2016)

Dimensiones 3.

Salud: Este factor se refiere al nivel de salud en general es decir física y mental de él y de todos los miembros de la familia. (Grimaldo, 2011 Vargas 2016)

Anexo 2. Matriz de operacionalización de las variables

Variable: *Calidad de vida*

DIMENSIONES	INDICADORES	ÍTEMS	NIVELES O RANGOS
AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD	<ul style="list-style-type: none"> -Satisfecho con tus amigos -Satisfecho en realizar compras en tu comunidad -Satisfecho con la seguridad que se brinda en tu comunidad -Satisfecho en el barrio dónde vives -Satisfecho con las facilidades para realizar actividades recreativas (parque, campos de juego, etc.) 	1 – 5	<p>Mala Calidad de Vida 5 – 10</p> <p>Tendencia a baja calidad de vida: 11 – 16</p> <p>Tendencia a calidad de vida buena: 17 – 22</p> <p>Calidad de vida óptima : 25 - +</p>
VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA	<ul style="list-style-type: none"> - Satisfecho con la relación afectiva con tus(s) hijo(s), (as) -Satisfecho con la relación afectiva con la esposa (a) y/o pareja -Satisfecho con la relación con los hermanos -Satisfecho con la relación con los parientes (abuelos, tíos, primos...) 	6 - 10	<p>Mala Calidad de Vida 4 – 8</p> <p>Tendencia a baja calidad de vida: 9 – 13</p> <p>Tendencia a calidad de vida buena: 14 – 18</p> <p>Calidad de vida óptima : 19 - +</p>
SALUD	<ul style="list-style-type: none"> -Satisfecho con respecto a su salud física y mental -Satisfecho con la salud de otros miembros de la familia. 	11 - 12	<p>Mala Calidad de Vida 2 – 3</p> <p>Tendencia a baja calidad de vida: 4 – 5</p> <p>Tendencia a calidad de vida buena: 6 – 7</p> <p>Calidad de vida óptima : 8 - +</p>

Nota: Elaboración propia.

Anexo 3. Certificado de validez

CERTIFICADO DE VALIDEZ DE CONTENIDO DEL INSTRUMENTO QUE MIDE

LA VARIABLE CALIDAD DE VIDA

N o	DIMENSIONES / ítems	Pertinencia ¹		Relevancia ²		Claridad ³		Sugerencias
		Si	No	Si	No	Si	No	
DIMENSIÓN 1 AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD		Si	No	Si	No	Si	No	
01.	¿Qué tan satisfecho estás con tus amigos?							
02.	¿Qué tan satisfecho estás en realizar compras en tu comunidad?							
03.	¿Qué tan satisfecho estás con la seguridad que se brinda en tu comunidad?							
04.	¿Qué tan satisfecho te sientes en el barrio dónde vives?							
05.	¿Te sientes satisfecho con las facilidades para realizar actividades recreativas? (Parque, campos de juego, etc.).							
DIMENSIÓN 2 VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA		Si	No	Si	No	Si	No	
06.	¿Qué tan satisfecho está la relación afectiva con tus(s) hijo(s), (as)							
07.	¿Qué tan satisfecho está la relación afectiva con tu esposo (a) y/o pareja?							

08.	¿Qué tan satisfecho estás la relación con tus hermanos?						
09.	¿Qué tan satisfecho está tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)						
DIMENSIÓN 3. SALUD		Si	No	Si	No	Si	No
10.	¿Qué tan satisfecho estás con respecto a tu salud física y mental?						
11.	¿Qué tan satisfecho estás con la salud de otros miembros de la familia?						

Observaciones (precisar si hay suficiencia):_____

Opinión de aplicabilidad: Aplicable [] Aplicable después de corregir []
 No aplicable []

Apellidos y nombres del juez validador. Dr/ Mg:

..... **DNI:**.....

Especialidad del validador:.....

.....**de.....del 20.....**

Firma del Experto Informante.

¹**Pertinencia:**El ítem corresponde al concepto teórico formulado.

²**Relevancia:** El ítem es apropiado para representar al componente o dimensión específica del constructo

³**Claridad:** Se entiende sin dificultad alguna el enunciado del ítem, es conciso, exacto y directo

Nota: Suficiencia, se dice suficiencia cuando los ítems planteados son suficientes para medir la dimensión

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (Olson y Barnes 1982)

A continuación le presentamos preguntas referidas a diferentes aspectos de su vida. Lea cada una de ellas y marque la alternativa que considere conveniente. Recuerde que no hay respuestas correctas e incorrectas. No olvide responder a todas las preguntas

DIMENSIONES	Respuesta				
	1 Insatisfecho	2 Un poco satisfecho	3 Más o menos satisfecho	4 Bastante satisfecho	5 Completamente satisfecho
AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD					
1. ¿Qué tan satisfecho estás con tus amigos?					
2. ¿Qué tan satisfecho estás en realizar compras en tu comunidad?					
3. ¿Qué tan satisfecho estás con la seguridad que se brinda en tu comunidad?					
4. ¿Qué tan satisfecho te sientes en el barrio dónde vives?					
5. ¿Te sientes satisfecho con Las facilidades para realizar actividades recreativas? (parque, campos de juego, etc.).					
VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA					
6. ¿Qué tan satisfecho está la relación afectiva con tus(s) hijo(s), (as)					
7. ¿Qué tan satisfecho está la relación afectiva con tu esposo (a) y/o pareja?					
8. ¿Qué tan satisfecho estás la relación con tus hermanos?					
9. ¿Qué tan satisfecho está tu relación con tus parientes (abuelos, tíos, primos...)					
SALUD					
10. ¿Qué tan satisfecho estás con respecto a tu salud física y mental?					
11. ¿Qué tan satisfecho estás con la salud de otros miembros de la familia?					

ESCALA DE CALIDAD DE VIDA (Olson y Barnes 1982)

Puntaje

AMIGOS, VECINDARIO Y COMUNIDAD

Valor	Puntaje
Mala Calidad	5 – 10
Tendencia a baja calidad	11 – 16
Tendencia buena calidad	17 – 22
Calidad optima	23 - +

VIDA FAMILIAR Y FAMILIA EXTENSA

Valor	Puntaje
Mala Calidad	5 – 10
Tendencia a baja calidad	11 – 16
Tendencia buena calidad	17 – 22
Calidad optima	23 - +

SALUD

Valor	Puntaje
Mala Calidad	2- 3
Tendencia a baja calidad	4 – 5
Tendencia buena calidad	6 – 7
Calidad optima	8 - +

Anexo 4. Matriz de consistencia

TÍTULO	DEFINICIÓN DEL PROBLEMA	OBJETIVOS	FORMULACIÓN DE HIPÓTESIS	CLASIFICACIÓN DE VARIABLES	DEFINICIÓN OPERACIONAL	METODOLOGÍA	POBLACIÓN, MUESTRA Y MUESTREO	INSTRUMENTOS
La Adherencia al Tratamiento y su Relación con la Calidad de Vida de Personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017	<p>Problema general</p> <p>¿Cómo la adherencia al tratamiento se relaciona con la calidad de vida en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017?</p> <p>Problemas específicos</p> <p>1.-¿Cómo la adherencia al tratamiento se relaciona con la calidad de vida, dimensión: Amigos, vecinos y comunidad, en las persona con VIH del Grupo de</p>	<p>Objetivo General</p> <p>Determinar la relación de la adherencia al tratamiento con la calidad de vida de las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017</p> <p>Objetivo Específicos</p> <p>- Precisar la relación de la adherencia al tratamiento con la calidad de vida, dimensión: Amigos, vecinos y comunidad, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua “Raíces” de</p>	<p>Principal</p> <p>H_p: La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.</p> <p>Específicos</p> <p>H₁: La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Amigos, vecinos y comunidad, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa</p>	<p>Variable 1:</p> <p>Adherencia al tratamiento</p> <p>- Dimensión :Medio Social</p> <p>- Dimensión: Aspecto emocional</p> <p>-Dimensión: Estilo de vida</p> <p>-Dimensión Medio laboral</p> <p>-Dimensión: Antecedente de Salud</p> <p>Variable 2:</p> <p>Calidad De Vida</p> <p>- Dimensión : Los amigos vecindario</p>	<p>Variable 1</p> <p><u>Adherencia al tratamiento</u></p> <p>Dimensiones :</p> <p>- Medio Social</p> <p>- Aspecto Emocional</p> <p>- Estilo De Vida</p> <p>- Medio laboral</p> <p>-Antecedente De Salud</p> <p>Dimensión : Medio Social</p> <p>Indicadores</p> <p>-Cuenta con agente de apoyo</p> <p>-Su familia se preocupa por su bienestar</p> <p>-Participa en alguna asociación agrupación (GAM, Religiosa ONG)</p> <p>Dimensión:</p>	<p>Tipo:</p> <p>Corresponde a una investigación no experimental, ya que observa un fenómeno tal como se presenta en su contexto natural, para después analizarlo (Hernández, Fernández y batista, 2014.)</p> <p>Nivel:</p> <p>El Nivel de investigación es Básica, debido a que tiene como propósito responder a una pregunta y generar información.</p>	<p>Universo</p> <p>El universo estuvo conformado por 50 personas con VIH/ SIDA que integraron el Grupo de Ayuda Mutua Raíces” de Villa el Salvador.</p> <p>Población</p> <p>La población estuvo conformada por 50 personas con el diagnóstico de VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa el Salvador. Las personas han sido diagnosticadas hace más de 2 años.</p> <p>Muestra</p>	<p><u>Cuestionario de valoración de Adherencia de Echevarría</u> Nombre: Cuestionario de Valoración de Adherencia Autor: Echevarría Vigo Iseel Rocío Año: 2008 Lugar: Lima, Perú. Forma de aplicación : Individual y colectiva Número de ítems: 23 ítems, en formato tipo Likert de 3 puntos de calificación (del 1 al 3) Tiempo de aplicación: 25 min. Aproximadamente Áreas que evalúa:</p>

<p>Ayudajh Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017?</p> <p>2.-¿Cómo la adherencia al tratamiento se relaciona con la calidad de vida, dimensión: Vida familiar y familia extensa en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017?</p> <p>3.-¿Cómo la adherencia al tratamiento se relaciona con la calidad de vida, dimensión: Salud, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017?</p>	<p>Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017</p> <p>- Establecer la relación de la adherencia al tratamiento con la calidad de vida, dimensión: Vida familiar y familia extensa en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador. Agosto – Diciembre 2017.</p> <p>- Determinar la relación de la adherencia al tratamiento con la calidad de vida, dimensión: Salud, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa el Salvador. Agosto – Diciembre 2017.</p>	<p>El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.</p> <p>H₂: La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Vida familiar y familia extensa, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.</p> <p>H₃: La adherencia al tratamiento se relaciona significativamente con la calidad de vida, dimensión: Salud, en las personas con VIH del Grupo de Ayuda Mutua Raíces de Villa El Salvador, Agosto – Diciembre 2017.</p>	<p>y comunidad</p> <p>- Dimensión :La vida familiar y familia extensa</p> <p>- Dimensión :La salud</p>	<p>Aspecto Emocional</p> <p>Indicadores</p> <p>- Sentimiento de culpa por tu condición de diagnóstico</p> <p>-Temor que las personas te rechacen por tu diagnóstico.</p> <p>-En los tres últimos meses te has sentido triste o desanimado</p> <p>-Tienes razones para vivir</p> <p>Dimensión Estilo de Vida</p> <p>Indicadores</p> <p>- Usas preservativo (condón) en cada relación sexual</p> <p>- Concillas el sueño sin dificultad</p> <p>- Tienes apetito</p> <p>- En las últimas dos semanas has tomado puntualmente tus</p>	<p>(Alarcón, 1991).</p> <p>Tipo: Asimismo corresponde a una investigación de Tipo Descriptiva, ya que observa un fenómeno tal como se presenta en su contexto natural, para después analizarlo (Alarcón, 1991).</p> <p>Método: Ex-post facto, debido a que se trató de una búsqueda sistemática, no se tuvo control sobre las variables independientes, porque ya habían acontecido, es decir fueron no manipulables. Este método permitió</p>	<p>La muestra fue de criterio porque es representativa a la población a investigar y la que estuvo constituida por 50 personas con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral, que integran el Grupo de Ayuda Mutua “Raíces” de Villa el Salvador.</p> <p>Muestreo</p> <p>El Muestreo es no probabilístico, porque fue un proceso en el que seleccionamos e intencionadamente los individuos para el estudio, quienes son las personas con VIH/SIDA que integran el GAM “Raíces” De tipo intencional porque seleccionamos a</p>	<p>Los ítems están distribuidos en cinco áreas y/o dimensiones:</p> <p>-Área del medio social.</p> <p>-Área del aspecto emocional.</p> <p>-Área del estilo de vida.</p> <p>-Área del medio laboral.</p> <p>-Área de antecedente de salud.</p> <p>La calificación se obtiene por medio de la sumatoria de los puntajes obtenidos en cada alternativa, teniendo en cuenta que el valor de cada uno de los ítems es de 1, 2 ó 3, dependiendo si la redacción es directa o inversa)</p> <p>Normas de calificación</p>
---	--	--	--	---	--	--	---

				<p>medicinas</p> <ul style="list-style-type: none"> - Alguna vez has pensado en abandonar tu tratamiento - Utilizas alguna estrategia para recordar la toma de tus medicinas -Asistes puntualmente a tus controles médicos -Vives solo -En los últimos tres meses has consumido alcohol -Has consumido drogas (marihuana, cocaína, etc), estos últimos 3 meses. <p>Dimensión: Medio Laboral</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> -Trabajas actualmente -Tienes dificultad para tomar TARGA en el 	<p>establecer posibles relaciones “causa-efecto” en la que se observa que ciertos hechos han ocurrido y buscando en el pasado los factores que los hayan podido ocasionar.</p> <p>Diseño: Diseños Descriptivo – Correlacional</p> <p>El diseño de investigación es Descriptivo – Correlacional, porque se buscó conocer la relación existente entre dos o más variables de estudio. Es decir, de qué manera las variaciones en una de las variables se acompañan de variaciones en la</p>	<p>la muestra representativa a nuestro estudio. La muestra fue un grupo de personas en la que se tuvo fácil acceso</p>	<p>Variable Unidimensional Sumatoria de los puntajes por cada ítems:</p> <p>Escala Nominal</p> <p>0 – 49 : Adherencia Baja</p> <p>50 – 64]: Adherencia Media</p> <p>65 – 69+: Adherencia Buena</p> <p><u>La escala de calidad de vida de Olson & Barnes</u></p> <p>Nombre: Escala de Calidad de Vida de Olson y Barnes (1982)</p> <p>Autor: Olson y Barnes (1982)</p> <p>Año: 1982</p> <p>Adaptación. Mirian Pilar Grimaldo Muchotrigo 2010</p> <p>Lugar: Lima, Perú.</p> <p>Forma de aplicación : Individual y</p>
--	--	--	--	--	--	--	---

				<p>trabajo</p> <p>-Te facilitan el permiso en tu trabajo para tus controles o citas médicas</p> <p>Dimensión: Antecedentes de Salud</p> <p>Indicadores</p> <p>- Algún miembro de la familia ha presentado trastornos mentales, neurológicos, o consumo de alcohol y/o drogas</p> <p>-Has presentado algún trastorno de conducta antes de conocer tu diagnóstico</p> <p>-Sueles reaccionar violentamente ante situaciones que ocurren.</p> <p>Variable 2</p>	<p>otra variable (Coolican, 2005)</p> <p>La presente investigación buscará determinar la relación existente entre la adherencia al TARGA y la Calidad de vida en la Personas con VIH de Grupo de Ayuda mutua Raíces de Villa el Salvador. Agosto – Diciembre 2017.</p>	<p>colectiva</p> <p>Número de ítems: Consta de 25 ítems, son de tipo Likert.</p> <p>La escala ha sido validada en noviembre del 2017 por juicio de expertos con el objetivo de aplicar tres dimensiones relacionadas con la adherencia.</p> <p>Se observa el análisis de la fiabilidad por el método del alfa de Cronbach obteniendo una confiabilidad general de la prueba de 0,930 lo que se interpreta como una alta confiabilidad.</p> <p>Mientras que en el análisis de dos mitades (pares-impares) cuyo valor es de 0,923 también presenta</p>
--	--	--	--	---	--	--

					<p><u>Calidad de vida</u></p> <p>Dimensiones :</p> <ul style="list-style-type: none"> - Los amigos vecindario y comunidad - La vida familiar y familia extensa - La salud <p>Dimensiones :</p> <p>Amigos, Vecindario Y Comunidad</p> <p>Indicadores</p> <ul style="list-style-type: none"> -Satisfecho con tus amigos -Satisfecho en realizar compras en tu comunidad -Satisfecho con la seguridad que se brinda en tu comunidad -Satisfecho en el barrio dónde vives -Satisfecho con las facilidades para realizar 			<p>una alta confiabilidad con un total de 25 ítems. Asimismo, se analizó cada una de las dimensiones presentando una adecuada confiabilidad. Áreas que evalúa:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Amigos, Vecindario Y Comunidad (5 ítems) -Vida Familiar Y Familia Extensa (4 ítems), -Salud (2 ítems). <p>Total de ítems 11</p> <p>Las categorías finales son:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Mala Calidad de Vida -Tendencia a baja calidad de vida -Tendencia a calidad de vida buena - Calidad de vida óptima <p>Escala de Respuesta :</p>
--	--	--	--	--	--	--	--	---

					<p>actividades recreativas (parque, campos de juego, etc.).</p> <p>Dimensiones Vida Familiar Y Familia Extensa</p> <p>Indicadores</p> <p>-Satisfecho con la relación afectiva con tus(s) hijo(s), (as)</p> <p>-Satisfecho con la relación afectiva con la esposa (a) y/o pareja</p> <p>-Satisfecho con la relación con los hermanos</p> <p>-Satisfecho con la relación con los parientes (abuelos, tíos, primos...)</p> <p>Dimensiones : Salud</p> <p>Indicadores</p> <p>-Satisfecho con respecto a su salud física y</p>			<p>1 = Insatisfecho</p> <p>2 = Un poco satisfecho</p> <p>3 = Más o menos satisfecho;</p> <p>4 = Bastante Satisfecho</p> <p>5 = Completamente satisfecho.</p>
--	--	--	--	--	---	--	--	--

					mental -Satisfecho con la salud de otros miembros de la familia.			
--	--	--	--	--	--	--	--	--