



**UNIVERSIDAD DE CONCEPCION
DIRECCION DE POSTGRADO
FACULTAD DE ENFERMERÍA
PROGRAMA DE MAGISTER EN ENFERMERÍA**

**CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD Y ADHERENCIA
TERAPÉUTICA EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH**

POR NICOLAS EDUARDO MEDINA JIMENEZ

Tesis presentada a la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción
para optar al grado académico de Magister en Enfermería.

Profesor guía: Alda Ester Orellana Yáñez

Enero 2019

CONCEPCION, CHILE

©2018 Nicolás Eduardo Medina Jiménez



©2018 Nicolás Eduardo Medina Jiménez

Se autoriza la reproducción total o parcial, con fines académicos, por cualquier medio o procedimiento, incluyendo la cita bibliográfica del documento.

Esta tesis ha sido realizada en el Programa de Magister en Enfermería de la Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción.

Profesor Guía

Alda Orellana Yáñez.

Profesor Titular Facultad de Enfermería, Doctora en Enfermería

Evaluador interno

Mónica Burgos Moreno.

Profesor Titular Facultad de Enfermería, Doctora en Enfermería.

Evaluador externo

Claudia Carrasco Dajer.

Magister en Salud Pública

Directora Programa Magister:

Patricia Cid Henríquez

Profesor Titular Facultad de Enfermería, Doctora en Enfermería



“Toma una idea. Haz de esa idea tu vida, piensa en ella, sueña con ella y vive con esa idea. Deja al cerebro, los músculos, los nervios y todas las partes de tu cuerpo llenarse con esa idea, y simplemente deja sola cualquier otra idea.

Este es el camino al éxito.”

Swami Vivekananda.

AGRADECIMIENTOS

A mis amados padres y hermanos, por su amor incondicional, apoyo y confianza que siempre han depositado en mí y en mis capacidades, por el ánimo y contención brindada a lo largo de todos mis años de estudio, presentes siempre con una palabra de aliento, animándome por sobre todo a ser mejor a través de la lucha constante en pos de ser una mejor persona, ciudadano y profesional.

A mi profesora guía Alda Orellana quien siempre me apoyó en el transcurso de la tesis, escuchando mis ideas, dando contención y asesorándome en todo momento para lograr un trabajo de calidad, sumado a esto agradezco a ella porque siempre estuvo presente dándome fuerza y animo en los momentos difíciles que se me presentaron en el proceso.

A la Asociación Positivamente Positivo de Talcahuano que abrió las puertas de su institución de forma desinteresada confiando en el trabajo a realizar, buscando siempre el bienestar y desarrollo de sus miembros

A la familia que uno elige, mis amigos que siempre me dieron ánimo ante todos los objetivos que me proponía, y en especial a quienes me brindaron su apoyo incondicional para llevar a puerto este proceso.

Nicolás Eduardo Medina Jiménez

TABLA DE CONTENIDO

AGRADECIMIENTOS.....	V
INDICE DE TABLAS.....	IX
ÍNDICE DE ILUSTRACIONES.....	X
RESUMEN.....	XI
ABSTRACT	XIII
1.- INTRODUCCIÓN.....	- 1 -
1.1 FUNDAMENTACIÓN.....	- 2 -
1.2 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA.....	- 7 -
1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	- 10 -
2. MARCO REFERENCIAL	- 12 -
2.1 MARCO CONCEPTUAL.....	- 13 -
2.1.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)	- 13 -
2.1.2 Adherencia Terapéutica.....	- 18 -
2.1.3 Calidad de Vida Relacionada con Salud	- 27 -
2.2 MARCO EMPÍRICO	- 32 -
2.2.1 Adherencia al tratamiento en personas viviendo con VIH	- 33 -
2.2.2 CVRS en personas viviendo con VIH.....	- 35 -
2.2.3 CVRS y Adherencia terapéutica en personas viviendo con VIH.....	- 38 -
3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.....	- 41 -
3.1 Hipótesis de Trabajo	- 42 -
3.2 Objetivos	- 42 -
3.2.1 Objetivo General	- 42 -
3.2.2 Objetivos específicos.....	- 43 -
4. MATERIAL Y MÉTODOS.....	- 44 -

4.1 Tipo de estudio y diseño.....	- 45 -
4.2 Marco muestral	- 45 -
4.2.1 Universo	- 45 -
4.2.2 Unidad de análisis	- 46 -
4.2.3 Muestra.....	- 46 -
4.2.4 Criterios de Inclusión y de exclusión:	- 47 -
4.3 Procedimiento y/o técnica de recolección de datos	- 48 -
4.3.1 Descripción del instrumento recolector de datos:	- 48 -
4.3.2 Procesamiento y análisis de los datos	- 54 -
4.3.3 Aspectos éticos involucrados	- 56 -
5. RESULTADOS DEL ESTUDIO.....	- 60 -
5.1 Antecedentes Sociodemográficos y Perfil de la Muestra en términos de CVRS y Adherencia Terapéutica	- 61 -
5.2 Calidad de Vida de Personas Viviendo con VIH y su relación con variables sociodemográficas categóricas”	- 70 -
5.3 Calidad de Vida de Personas Viviendo con VIH y relación con la adherencia al tratamiento	- 77 -
6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.	- 83 -
7. CONCLUSIONES	- 91 -
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO	- 94 -
9. SUGERENCIAS.....	- 96 -
10. BIBLIOGRAFÍA.....	- 99 -
11. ANEXOS.....	- 109 -
Anexo 1.....	- 110 -
11.1 Tipos de Variables del estudio	- 110 -
11.2 Definición de variables de estudio.....	- 111 -

Anexo 2.....	- 115 -
11.3 Carta de autorización solicitada por el autor y confirmación.....	- 115 -
Anexo 3.....	- 120 -
11.4 Instrumento de Investigación	- 120 -
Anexo 4.....	- 127 -
11.5 Protocolo de recolección de datos	- 127 -
Anexo 5.....	- 129 -
11.6 Consentimiento Informado	- 129 -
Anexo 6.....	- 131 -
11.7 Informe Comité Ético Científico Facultad de Enfermería Universidad de Concepción, Chile.....	- 131 -
Anexo 7.....	- 132 -
11.8 Informe Comité Ética, Bioética y Bioseguridad Vicerrectoría de Investigación Universidad de Concepción, Chile	- 132 -
Anexo 8.....	- 134 -
11.9 Carta de respaldo trabajo con Agrupación Positivamente Positivo.....	- 134 -

INDICE DE TABLAS

Tabla 1: Distribución de dimensiones y descriptivos de la versión en español MOS-SF-30.....	- 52 -
Tabla 2: Distribución de las características Biosociodemográficos de las personas viviendo con VIH (n=61)	- 61 -
Tabla 3: “Distribución de la Adherencia Terapéutica de las personas viviendo con VIH según CEAT- VIH” (n=61).....	- 63 -
Tabla 4: “Distribución de la Calidad de Vida Global y por dimensión de las personas viviendo con VIH según MOS-SF-30” (n=61).....	- 66 -
Tabla 5: “CVRS de las personas viviendo con VIH y su relación con el sexo y religión” (n=61).	- 70 -
Tabla 6: “CVRS de las personas viviendo con VIH y su relación con la relación de pareja(n=61) y condición sexual (n=60)”	- 71 -
Tabla 7: “CVRS de las personas viviendo con VIH y su relación con la Situación Laboral, Escolaridad” (n=61).....	- 71 -
Tabla 8: “CVRS de las personas viviendo con VIH y su relación con la Comorbilidad y Vía de contagio” (n=61).....	- 72 -
Tabla 9: “Correlación de las dimensiones de la CVRS según MOS-SF-30 con Edad, Carga viral, Tiempo de diagnóstico, Tiempo de tratamiento y escolaridad” (n=61).....	- 73 -
Tabla 10: “Exploración de modelos de regresión lineal entre calidad de vida global y sus dimensiones con carga viral	- 75 -
Tabla 11: “Correlación de los valores globales y las dimensiones para la Calidad de Vida Relacionada con Salud según MOS-SF-30 y la Adherencia terapéutica según CEAT VIH.” (n=61).....	- 77 -
Tabla 12: “Exploración de modelos de regresión lineal entre calidad de vida en su valor global como sus dimensiones con adherencia terapéutica y sus categorías” ..	- 80 -

ÍNDICE DE ILUSTRACIONES

Ilustración 1.....	6
Cascada de Atención VIH. Distribución porcentual de las distintas fases del proceso	
Ilustración 2.....	24
Factores que determinan Adherencia Terapéutica según la OMS	
Ilustración 3.....	41
Modelo explicativo de la CVRS de Wilson y Cleary	
Ilustración 4.....	55
Intensidad de la correlación para coeficiente de correlación de Spearman	



RESUMEN

Objetivo: Identificar la relación existente entre la adherencia terapéutica y las características biosociodemográficas con la Calidad de Vida Relacionada con Salud en las personas viviendo con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral.

Metodología: se realizó un estudio de tipo cuantitativo, no experimental, correlacional de corte transeccional. El universo estuvo constituido por todas las personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la asociación positivamente positivo de Talcahuano, durante los meses de mayo a octubre del 2017 y la muestra estuvo compuesta por 61 personas. Los datos se recolectaron con un instrumento formado por el cuestionario biosociodemográfico, MOS-SF-30 para evaluar CVRS y CEAT-VIH para evaluar la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral. Esta investigación contempló todos los aspectos éticos, siguiendo los lineamientos de Ezequiel Emanuel.

Resultados: Los factores biosociodemográficos influyeron positivamente sobre ambas variables, al analizarlas por sí sola, la CVRS se encuentre en niveles medios, donde las áreas más alteradas de la calidad de vida fueron la salud mental y el funcionamiento Social. Desde el punto de vista correlacional la CVRS se vea afectada positivamente al tener mayor adherencia terapéutica.

Conclusión: La CVRS como la Adherencia Terapéutica son fenómenos multidimensionales, entender los factores que influyen en ellos y sus puntos de inflexión ayudan a entender de mejor forma el fenómeno y poder detectar los puntos críticos para intervenir sobre ellos.

Palabras clave: Calidad de vida, adherencia terapéutica, VIH/Sida.



ABSTRACT

Objective: To identify the relationship between therapeutic adherence and biosociodemographic characteristics with the Quality of Life Related to Health in people living with HIV who are on antiretroviral treatment.

Materials and Method: a quantitative, non-experimental, correlational transectional type study was carried out. The universe is constituted by all the people living with HIV in antiretroviral treatment belonging to the Positivamente Positivo Talcahuano, during the months of July to November 2017 and the sample is composed of 61 people. The data were collected with an instrument formed by the biosociodemographic questionnaire, MOS-SF-30 to evaluate HRQoL and CEAT-HIV to evaluate the therapeutic adherence to antiretroviral treatment. This investigation contemplated all the ethical aspects, following the guidelines of Ezequiel Emanuel.

Results: The biosociodemográficos factors influence positively on both variables, when analyzing them by itself, the HRQoL is in average levels, hoping that the most altered areas of the quality of life, where the most relevant areas were the mental health and the social functioning From the correlational point of view, HRQoL is positively affected by having greater therapeutic adherence.

Conclusion: HRQoL as Therapeutic Adherence are multidimensional phenomena, understanding the factors that influence them and their inflection

points help to better understand the phenomenon and be able to detect the critical points to intervene on them.

Key words: Quality of life, therapeutic adherence, HIV / AIDS.





1.- INTRODUCCIÓN

1.1 FUNDAMENTACIÓN

La infección por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), precursora del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es una enfermedad crónica de comportamiento epidémico en las últimas décadas, la cual constituye actualmente uno de los problemas de salud pública más graves a nivel mundial, debido a su propagación constante y continúa (1).

El informe anual del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) planteó que, a fines de 2016, 36,7 millones de personas vivían con VIH en todo el mundo (2).

Por su parte los nuevos reportes de VIH que para el año 2018 ascienden a 1,8 millones en relación a las mediciones del 2012(2), refleja dos aspectos, primero, que la enfermedad continúa teniendo un perfil epidémico, debido al elevado número de personas que viven con el virus y por el reporte de nuevos casos de infecciones y segundo, que a nivel mundial a ocurrido una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretroviral, lo que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el VIH, especialmente en la última década, pero que no alcanza cifras importantes de adhesión, ya que sólo 19,5 millones de personas que viven con el VIH están bajo tratamiento antirretroviral (2), estas cifras se encuentran muy por debajo de lo planteado por la ONU/SIDA, cuya expectativa para el 2020 es alcanzar que el 90% de las personas que viven con el VIH conozcan su estado serológico respecto al VIH, que el 90% de las

personas diagnosticadas con el VIH reciban terapia antirretroviral continuada y que el 90% de las personas que reciben terapia antirretroviral tengan supresión viral (1).

Respecto a los fallecimientos relacionados con VIH-/Sida, estos bajaron a la mitad desde el año 2005 y por primera vez en la historia, el 53% de los pacientes con el virus tienen acceso a tratamiento antirretroviral y el número de nuevas infecciones está en caída (2)

Según el último informe de ONUSIDA emitido en 2017 señala que, en América Latina, cuatro de cada cinco personas con el virus conocen su condición y de ellos, el 72% tiene acceso a tratamiento, esto es el 58% del total de pacientes contagiados, por encima del promedio mundial (2).

No obstante, de los nuevos casos el informe señala que entre los años 2010-2016 la cifra se ha mantenido estable en la región. De 13 países considerados, cuatro redujeron el número de nuevos contagiados (El Salvador, Colombia, Nicaragua y México), mientras otros nueve aumentaron ese porcentaje. De estos últimos, el país que más incrementó el número de casos nuevos fue Chile (34%), seguido de Guatemala (23%), Costa Rica (16%), Honduras (11%) y Panamá (9%) (2).

En lo referente a género, en América Latina se observa un predominio hombre/mujer de 3:1 y continúa siendo importante la transmisión sexual entre hombres (3).

Según ONUSIDA, la prevalencia del VIH entre los adultos en Chile fue de aproximadamente un 0,4% de 1986 a 1990, donde el predominio estaba entre hombres, sin embargo, a partir de 2011 la proporción hombre: mujer cambio a 3,6:1 (3), en la última década ha habido un aumento de casos de VIH entre las mujeres, pese a esto los hombres todavía representan la porción más grande del total de casos declarados en el Ministerio de Salud para el año 2011 (4).

En Chile, esta enfermedad es sometida a vigilancia sanitaria y de notificación obligatoria; por lo cual todas las muestras positivas al tamizaje local, deben ser referidas al Instituto de Salud Pública del país para confirmación diagnóstica (3).

A pesar de los grandes esfuerzos del Ministerio de Salud (MINSAL) y del estado chileno por frenar su transmisión, la incidencia de la infección por el virus se mantiene entre la población adulta y ha aumentado en la población adolescente, entre 15 y 19 años, lo que, en el último quinquenio registrado por el MINSAL entre 2009 y 2013, mostró un aumento de 74,1%, respecto del período anterior (3).

Ciertamente las cifras no son alentadoras, en especial en este grupo etario, pero pese a ello el Ministerio de Salud a desarrollado estrategias para evitar el contagio a más personas, y poder dar una respuesta satisfactoria a quienes ya han adquirido el virus, dado el impacto de la enfermedad en la población económicamente activa, incorporando esta patología a las Garantías

Explícitas de Salud (GES) (5), así como campañas publicitarias de gran impacto en pos de la aceptación y realización del test de ELISA.

La terapia antirretroviral es parte del GES y su dispensación está asegurada a todos los pacientes con VIH en el territorio nacional desde el año 1993 (6). El efecto de la terapia dependerá del o los fármacos utilizados, en sí, la terapia en sus distintas modalidades está destinada a evitar la progresión del virus en el organismo y a disminuir su impacto a nivel sistémico. Evidentemente las políticas públicas orientadas a las personas viviendo con VIH han mejorado, sin embargo, uno de los aspectos más importantes a tener en cuenta en esta enfermedad es el tratamiento. En este sentido, la introducción de las terapias combinadas basadas en los antirretrovirales ha marcado una nueva etapa en la historia de la pandemia, pues se ha modificado sustancialmente su evolución, con la disminución de infecciones oportunistas, y la mejoría de la calidad y la esperanza de vida de las personas infectadas. Tales resultados han hecho posible comenzar a hablar del VIH como una enfermedad crónica no necesariamente fatal (7,8).

Calidad de Vida Relacionada con salud (CVRS) mide el efecto de las enfermedades sobre el bienestar de las personas, se han desarrollado mediciones para las distintas enfermedades crónicas, entre ellas para las personas viviendo con VIH.

Con la aparición de los antirretrovirales la enfermedad del VIH, ha cambiado en su carácter patógeno, pasando de ser considerada una enfermedad aguda y altamente letal, a una patología crónica y con morbimortalidad con tendencia a la baja, por lo cual, la investigación a volcado su interés en esta temática, resaltando la importancia del impacto de la patología en la CVRS de estas personas.

Wolf (6) muestra el comportamiento de la enfermedad en Chile a través de la cascada de atención VIH, dando una visión del perfil de la epidemia en nuestro país y destacando a su vez los bajos niveles de adherencia entre quienes necesitan tratamiento antirretroviral.

“Cascada de Atención VIH. Distribución porcentual de las distintas fases del proceso”

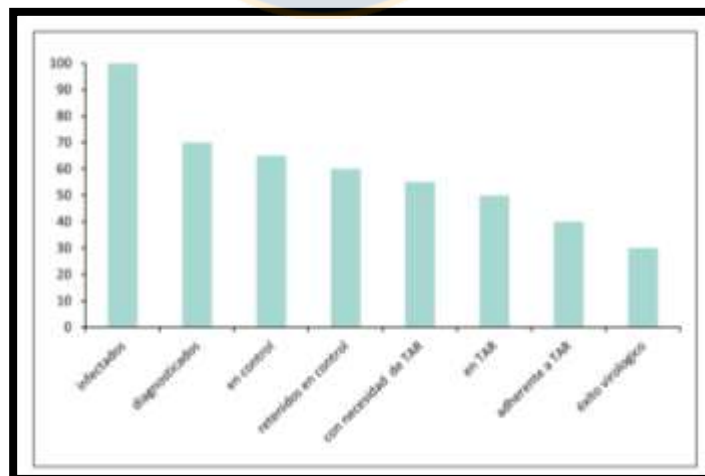


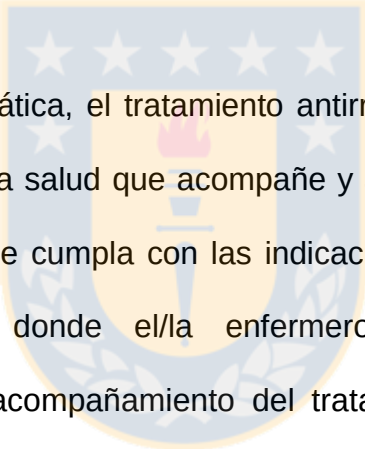
Ilustración I.- Cascada de Atención VIH. Distribución porcentual de las distintas fases del proceso (6).

En la ilustración se aprecia el comportamiento que presenta el virus en las personas en términos de infección, diagnóstico, control serológico, tratamiento antirretroviral, adherencia al tratamiento y éxito serológico. Se desprende que menos de un 40% de las personas viviendo con VIH alcanzan un éxito virológico, muy relacionado, primero con el desconocimiento del diagnóstico y en segundo, con la falta de adherencia al tratamiento. En vista de lo expuesto, se puede afirmar que tanto los niveles de adherencia al tratamiento y la calidad de vida relacionada con salud tienen una tendencia a la baja y estarían correlacionadas, lo que hace necesario explorar ambas variables y su comportamiento en las personas viviendo con VIH de la comuna de Talcahuano.

1.2 JUSTIFICACIÓN Y RELEVANCIA

La calidad de vida en las personas viviendo con VIH ha mejorado desde la incorporación de terapias, pero sí, se debe considerar como uno de los puntos de inflexión de esta, la adherencia a los antirretrovirales por las características propias del tratamiento; existiendo pruebas fehacientes de que en esta enfermedad, al igual que en otras crónicas como la hipertensión y la diabetes mellitus, muchos pacientes tienen dificultades para seguir con el tratamiento recomendado. El informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) emitido en 2004, sentencia que del total de personas que viven con la infección por el VIH/Sida, aproximadamente solo un tercio toma su medicación como les fuera

prescrita, por constituir uno de los regímenes farmacológicos más complicados, debido al gran número de medicamentos incluidos, los requisitos de dosificación, horarios específicos y discordantes, y la tolerancia subóptima que involucran estigma hacia quienes toman la terapia, lo que hacen que el cumplimiento del mismo sea difícil (9); lo que en sí solo muestra la punta del *iceberg* en cuanto a posibles factores que impacten sobre la adherencia terapéutica, no siendo visible otro factor importante como son los efectos secundarios.



Ante esta problemática, el tratamiento antirretroviral debe ser supervisado por un profesional de la salud que acompañe y apoye a la persona en terapia, para cerciorarse de que cumpla con las indicaciones dadas, para la eficiencia del tratamiento, en donde el/la enfermero/a debería cumplir un rol preponderante en el acompañamiento del tratamiento, ya que las personas están insertas en las comunidades y tienen lazos con la atención primaria – pese a que el tratamiento se brinde por instituciones de tercer nivel, la atención primaria debe velar por la calidad de vida de estas personas, valorando e identificando los puntos de acción que mejoren la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) de esta población, a través de planes estrategias de intervención.

Este término CVRS hace referencia a valoraciones tanto objetivas como subjetivas de la percepción de la salud por parte del individuo ya que aún no

hay un consenso en su definición, lo que ha llevado al desarrollo de diversos instrumentos de medición de CVRS, con el fin darle un sentido más objetivo a esta valoración, realizada por personas que viven con diferentes patologías, entre ellas la infección por VIH (10).

La infección por VIH continúa asociándose con una peor calidad de vida relacionada con la salud, aunque, Miners et al afirman que se ajustaba o mejoraba en pacientes con VIH que estaban tomando tratamiento antirretroviral, manteniendo su carga viral indetectable, por lo cual se puede decir a priori, que al estar clínicamente controlados hay un impacto positivo en la CVRS (11).

La CVRS es un fenómeno multidimensional, que debe ser medido, en especial en esta población vulnerable, para apoyarlos en mejorar las dimensiones que están alteradas. Esto se hace aún más necesario, puesto que, en Chile y Latinoamérica, existen escasas investigaciones que se hayan centrado en una perspectiva que incluya la CVRS y la adherencia terapéutica. En general, estudios primarios que se han llevado a cabo se han concentrado en examinar individualmente los indicadores psicosociales sobre la calidad vida o marcadores de salud, como, por ejemplo, el apoyo social (1) y la depresión (12) o en su defecto, han reunido la evidencia generada por países más evolucionados o donde la epidemia de VIH/Sida repercute más fuertemente en la población (13).

A razón de esto, la adherencia terapéutica se considera como un factor fuertemente asociado al éxito o fracaso terapéutico en el control de las enfermedades crónicas, donde el caso del VIH/Sida, tiene una importancia adicional como factor decisivo para el éxito del tratamiento, debido a la rápida velocidad de replicación y mutación del virus, por lo que requiere grados muy altos de adherencia, para lograr una supresión duradera de la carga viral (1). Por otro lado, la baja adherencia terapéutica facilita la resistencia a los medicamentos y aumenta la vulnerabilidad del organismo a infecciones oportunistas, que impactan negativamente sobre la CVRS (12).

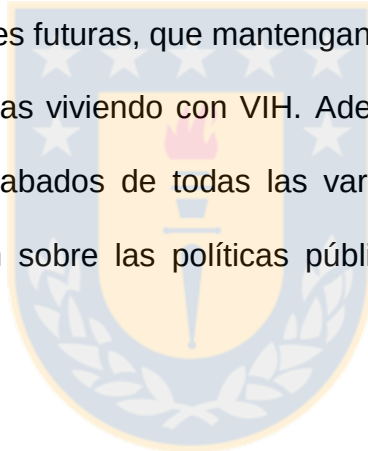


1.3 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

Tomando en consideración la importancia de la CVRS en estos pacientes y como puede relacionarse con la adherencia terapéutica en las personas viviendo con VIH, y a razón que en varios años, no se han realizado investigaciones que aborden la temática en nuestra zona; el último estudio data del año 2003 (14), donde se muestra una descripción general del problema de salud en una comuna de la Región del Biobío; se decidió realizar esta investigación en una asociación presente en la comuna de Talcahuano.

En base a lo anterior nace la pregunta ¿La CVRS se ve afectada por la adherencia terapéutica y las características biosociodemográficas en las personas viviendo con VIH, en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la Asociación positivamente positivo de Talcahuano, durante los meses de mayo a octubre del año 2017?

El identificar esta relación entre la CVRS y la adherencia terapéutica de las personas viviendo con VIH, permitirá a los profesionales de enfermería proyectar intervenciones futuras, que mantengan y/o eleven el nivel de Calidad de Vida de las personas viviendo con VIH. Además, desde el punto de vista social, tener datos acabados de todas las variables involucradas, permitirá aportar a la discusión sobre las políticas públicas actuales que existen en nuestro país.



2. MARCO REFERENCIAL



La investigación utiliza los conceptos de Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Adherencia Terapéutica y Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS). Fundamentado en los factores determinantes de la adherencia terapéutica propuestos por Organización Mundial de la Salud (OMS) y el modelo de CVRS propuesto por Wilson y Cleary.

2.1 MARCO CONCEPTUAL

2.1.1 Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)

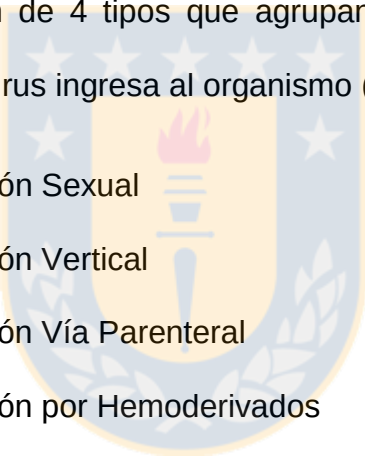
La infección por VIH se define como una enfermedad del sistema inmune que afecta de manera directa a los linfocitos CD4, donde la baja respuesta inmune puede tener como consecuencia la presencia de infecciones intercurrentes o el desarrollo de células cancerígenas (15).

Longo y Goldman (15,16) explican el proceso de entrada de virus al organismo humano, como un fenómeno en que inicialmente se produce una infección aguda como respuesta a la entrada del virus en el organismo. Comienza una replicación viral masiva en los linfocitos CD4 en ausencia de una respuesta inmune adaptativa, como consecuencia, los linfocitos en el tejido linfático asociado al tubo digestivo y otras mucosas se vuelven especialmente susceptibles, contribuyendo así a una mayor tendencia a procesos infecciosos y a las denominadas enfermedades oportunistas. Al cabo de varias semanas, el desarrollo de una respuesta específica anti VIH de los linfocitos T citolíticos

consigue un control parcial de la replicación viral y los picos de carga viral caen hasta llegar a un estado estacionario conocido como set point. La magnitud del set point de carga viral durante esta fase de la infección refleja un equilibrio dinámico entre la replicación viral y la respuesta inmune específica contra el VIH. Este nivel de carga viral determina la progresión hacia la fase final de la infección por VIH, el SIDA clínico. El set point medio es de aproximadamente 30.000 copias de ARN de VIH por mililitro, y la mayoría de los pacientes con este nivel de viremia desarrollarán SIDA en un período de 5 a 10 años si no reciben tratamiento. Los pacientes con cargas virales muy por encima de este set point tenderán a una progresión rápida y desarrollarán SIDA mucho antes; mientras que aquellos con cargas virales más bajas tenderán a no evolucionar hacia este síndrome a largo plazo.

A lo largo de los años, la enfermedad por VIH continúa evolucionando, y se produce una marcada inmunodeficiencia clínica que se asocia a estadios tardíos de la infección, cuando la depleción de linfocitos CD4 es ya profunda (17). Como resultado de este estado carencial del sistema inmunológico, el paciente es más susceptible a padecer infecciones como por ejemplo la tuberculosis”, se ha demostrado también que dichos pacientes son más proclives a las neoplasias malignas como el linfoma no Hodking, a las neumonías y demás infecciones pulmonares, infecciones producidas por citomegalovirus e infecciones neumocócicas.

La presencia del VIH en una persona infectada se ha identificado en casi todos los líquidos y tejidos corporales, como la sangre, el semen, las secreciones vaginales, la saliva, las lágrimas, la leche materna, el líquido cefalorraquídeo, el líquido amniótico, la orina y el líquido de lavado broncoalveolar (17). Por lo tanto, los principales mecanismos de transmisión del VIH son aquellos en los que exista un intercambio de fluidos orgánicos como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna. Definiéndose la transmisión en función de 4 tipos que agrupan todos estos fluidos según la instancia en la que el virus ingresa al organismo (18):

- 
1. Transmisión Sexual
 2. Transmisión Vertical
 3. Transmisión Vía Parenteral
 4. Transmisión por Hemoderivados

La vía de transmisión sexual continua siendo la principal vía de contagio en Chile, con un porcentaje de 87.9% y con una frecuencia mayor en población masculina (2).

La base del tratamiento farmacológico de la enfermedad de VIH son los medicamentos antirretrovirales, los cuales impiden la replicación del virus y la consiguiente evolución de la enfermedad.

Durante el año 1987 la Agencia Federal de Medicamentos y Alimentos (FDA), permite el uso del primer medicamento con acción antirretroviral, conocido como zidovudina o AZT, fármaco que a pesar de tener eficacia moderada y efecto temporal, sigue cumpliendo hasta el día de hoy un rol fundamental en la terapia antirretroviral (19).

La terapia farmacológica de los medicamentos antirretrovirales, está basada en una combinación de agentes antirretrovirales diferentes, preferiblemente de al menos dos clases distintas. La combinación realizada con un mínimo de tres fármacos antirretrovirales diferentes se denomina terapia antirretroviral de gran actividad (TARGA) (20). Actualmente existen 6 clases de agentes antirretrovirales disponibles, que se utilizan dependiendo de la etapa de la enfermedad en que se encuentra el paciente, entre ellos están (20):

a) Inhibidores de transcriptasa inversa (nucleósidos y no nucleósidos): inhiben la acción de la enzima transcriptasa inversa impidiendo el desarrollo de ADN viral basado en el ARN del VIH.

b) Inhibidores de la proteasa: anulan la actividad de la enzima proteasa, que es requerida para el ensamblaje final de los viriones, al interrumpir la replicación viral del VIH.

c) Inhibidores de entrada: bloquean la entrada del VIH en la célula huésped sana.

d) Inhibidores de fusión: impiden la fusión del VIH con la célula huésped sana evitándose así la infección.

e) Inhibidores de la integrasa: impiden la integración del ADN viral en el genoma del huésped.

La implantación del uso del TARGA en 1996, supuso una mejoría notable en el pronóstico de las personas infectadas por el VIH, ya que ha aumentado considerablemente la esperanza y calidad de vida, a raíz de la respuesta virológica e inmunológica en aquellos pacientes que se benefician de dicha terapia (19). Estas respuestas como la eficacia clínica de la misma, deben estar siempre monitorizadas, llevando un seguimiento y un control exhaustivo de las personas desde el inicio del tratamiento (21).

Los antirretrovirales al ser medicamentos, producen efectos adversos, donde los que con mayor frecuencia se presentan son: hipertrigliceridemia, hepatotoxicidad, desórdenes en el metabolismo de la glucosa y lípidos, pancreatitis, neuropatía periférica, osteopenia, osteoporosis, necrosis de los huesos avasculares, acidosis láctica y lipodistrofia (22). La lipodistrofia es el efecto secundario por excelencia que presentan los pacientes con VIH que están en tratamiento con antirretrovirales (21), que consiste en un cambio anormal en la distribución corporal del tejido adiposo en forma de lipohipertrofia (acumulación excesiva de grasa en ciertas partes del cuerpo) y lipoatrofia (pérdida de grasa en otras zonas corporales) (22).

La continuidad del tratamiento farmacológico juega un rol fundamental en pacientes con VIH, ya que hoy en día es considerada una enfermedad crónica, por lo tanto, las personas que tienen un buen control de su enfermedad podrían gozar de buena salud por muchos años (23), y así también de una buena CVRS, por lo que se hace necesario poner énfasis en las variables que intervienen en el control de enfermedad.

2.1.2 Adherencia Terapéutica

En las últimas décadas, la literatura científica ha dado un auge significativo al estudio de la adherencia terapéutica, pese a que desde hace siglos era un problema señalado. Son conocidos los comentarios de Platón sobre la importancia de incidir sobre la correcta toma de la medicación, o los de Hipócrates sobre la tendencia de algunos pacientes a abandonar los tratamientos (24).

La razón de que se le haya dado mayor énfasis en las últimas décadas, se condice con la ciencia y la tecnología, que han desarrollado medicamentos que permiten el incremento en la esperanza de vida, al ser capaces de prevenir, detener y hasta curar la progresión de una serie de enfermedades, sin embargo, la eficacia de tales medicamentos es directamente proporcional al seguimiento del tratamiento e indicaciones, por parte de los pacientes, por lo que se podría entender que adherir a un tratamiento no es solo seguir las prescripciones farmacológicas, sino que involucra una serie de cambios, tanto para el paciente como para su entorno en cuanto a modo y estilo de vida (25).

Existen múltiples vocablos para hacer referencia al hecho de seguir indicaciones prescritas por los profesionales de salud, entre los cuales se destacan los términos Compliance/Cumplimiento, Adherencia, Alianza y Concordancia, teniendo cada uno de ellos sus defensores y detractores (24, 26-27). Al no existir una aceptación unánime de ninguno de ellos, a continuación, se enfatizará en los dos más utilizados en la literatura, Cumplimiento y Adherencia terapéutica.

El término cumplimiento o compliance acuñado por Haynes (26) hace referencia a la medida en que el comportamiento del paciente coincide con las indicaciones de su prescriptor. Esta definición asume, en el nivel más básico, que los pacientes deben seguir las órdenes o instrucciones de los médicos y en donde no contempla aspectos higiénico-sanitarios, como seguir una dieta, realizar ejercicios, evitar el estrés, llevar a cabo visitas médicas periódicas o cumplir con las citas programadas para el seguimiento, otorgándole al paciente un rol pasivo ante su enfermedad y por lo mismo, generando una relación vertical entre paciente y tratante, poniendo en duda, el rol que adquieren tanto tratante como paciente y el juego de poder en el que ambos se ven envueltos, así mismo, al usar el antónimo: «incumplimiento» culpabiliza al paciente, ya que este término peyorativo indica que la persona no está dispuesta a llevar a cabo las recomendaciones del equipo de salud (27).

Con el fin de superar las limitaciones encontradas en el concepto de cumplimiento terapéutico, se propuso los términos adherencia o alianza terapéutica con el objeto de evitar las connotaciones paternalistas del fenómeno y expresar una relación más interactiva entre el agente sanitario y el paciente (10).

Para definir adherencia Terapéutica, existen muchas formas en la literatura (9, 24, 27). Por un lado puede ser “una implicación activa y voluntaria del paciente en un curso de comportamiento aceptado de mutuo acuerdo con el fin de producir un resultado terapéutico deseado” (24), como así también se puede sostener que es “una conducta compleja que consta de una combinación de aspectos propiamente comportamentales, unidos a otros relacionales y volitivos que conducen a la participación y comprensión del tratamiento por parte del paciente y del plan para su cumplimiento, de manera conjunta con el profesional de la salud, y la consiguiente respuesta modulada por una búsqueda activa y consciente de recursos para lograr el resultado esperado” (27).

La OMS (9) la ha definido como “el grado en que el comportamiento de una persona se corresponde con las recomendaciones acordadas por un prestador de asistencia sanitaria, entre las que se encuentra tomar medicamentos, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, entre otros”, esta definición le otorga al paciente el rol de agente de

cambio, más activo y participativo en relación a su enfermedad, haciendo hincapié en la necesidad de considerar la conformidad del paciente respecto a las recomendaciones y la buena comunicación con su tratante. Se trata más bien del cambio en el conjunto o repertorio de conductas del paciente, entre las que se incluyen aceptar formar parte de un plan o programa de tratamiento, poner en práctica de manera continuada sus indicaciones, evitar comportamientos de riesgo e incorporar al estilo de vida y conductas saludables (27). Contrariamente, la no adherencia terapéutica implica la dificultad del paciente para iniciar el tratamiento, la suspensión prematura o abandono del tratamiento, el cumplimiento incompleto o insuficiente de las indicaciones, lo cual puede manifestarse como errores de omisión, dosis, de tiempo, de propósito, la inasistencia a consultas e interconsultas y la no modificación de hábitos insanos (30).

La conducta de adherirse o no a un tratamiento es un fenómeno multidimensional donde los factores de sus dimensiones pueden interrelacionarse entre sí (30). A continuación se describen las dimensiones que influyen sobre esta conducta, en base a lo descrito por la OMS (9, 31):

- Factores socioeconómicos: En los países en vías de desarrollo, el nivel socioeconómico bajo puede poner a los pacientes en la posición de tener que elegir entre prioridades en competencia. Estas prioridades incluyen con frecuencia las exigencias para dirigir los

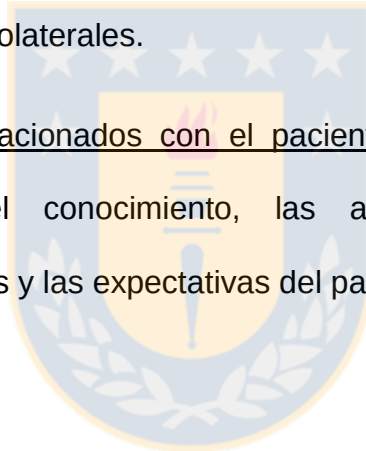
recursos disponibles y satisfacer las necesidades de otros miembros de la familia.

- estar lejos del lugar de tratamiento
- pobreza
- altos costos de los medicamentos y las intervenciones
- mayor de 60 años
- creencias locales sobre el origen de la enfermedad
- analfabetismo o bajo nivel educacional

- Factores relacionados con el equipo o el sistema de asistencia sanitaria: Una buena relación agente de salud-paciente puede mejorar la adherencia terapéutica, pero hay muchos factores que ejercen un efecto negativo, como los servicios de salud poco desarrollados, sistemas deficientes de distribución de medicamentos, falta de conocimiento y adiestramiento del personal sanitario en el control de las enfermedades crónicas, proveedores de asistencia sanitaria recargados, poca capacidad para educar a los pacientes e incapacidad para establecer el apoyo a la comunidad.
- Factores relacionados con la enfermedad: estos factores constituyen exigencias particulares relacionadas con la enfermedad que enfrenta el paciente, tales como la gravedad de los síntomas, el grado de discapacidad, disponibilidad de tratamientos efectivos, entre otros. Su

repercusión depende de cuánto influyen la percepción de riesgo de los pacientes, la importancia del tratamiento y la prioridad asignada a la adherencia terapéutica.

- Factores relacionados con el tratamiento: son muchos los factores relacionados con el tratamiento que influyen sobre la adherencia. Alguno de estos, son la complejidad del régimen médico, los fracasos de tratamientos anteriores, los cambios frecuentes en el tratamiento y los efectos colaterales.
- Factores relacionados con el paciente: esta dimensión abarca los recursos, el conocimiento, las actitudes, las creencias, las percepciones y las expectativas del paciente.



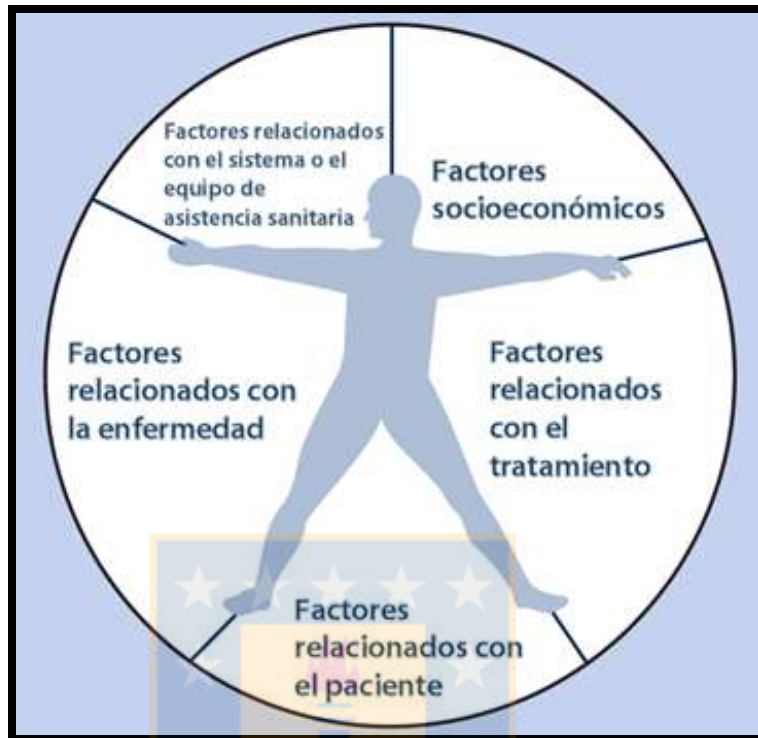


Ilustración 2.- Factores que determinan Adherencia Terapéutica según la OMS
(8)

La OMS además describe cinco perspectivas teóricas generales sobre este fenómeno, descritas a continuación (8):

- La perspectiva biomédica: Este enfoque, supone que los pacientes son seguidores pasivos de las órdenes del médico. La no adherencia se comprende en cuanto a las características del paciente, tales como; rasgos de la personalidad y antecedentes sociodemográficos. Esta perspectiva ha ayudado a dilucidar las relaciones entre la enfermedad, las características del tratamiento y la adherencia, sin embargo, no

considera en gran parte, los criterios del paciente sobre sus síntomas y su tratamiento.

- La perspectiva comportamental: Recalca la importancia del refuerzo positivo y negativo como un mecanismo para influir en el comportamiento, lo que tiene aplicación inmediata para la adherencia. Desde el punto de vista de este enfoque, sería posible controlar el comportamiento de los pacientes, los prestadores y los sistemas de salud si se pudieran vigilar los sucesos previos y posteriores a un comportamiento específico.
- La perspectiva de la comunicación: Esta mirada remarcó la importancia de desarrollar la relación usuario-agente de salud, educar a los pacientes, emplear buenas aptitudes de comunicación, y recalcar la conveniencia de una relación más igual entre usuario y agente de salud. Este enfoque influye positivamente sobre la satisfacción del usuario con la atención en salud, pero la evidencia respecto a sus efectos sobre la adherencia son escasos. Esta perspectiva se consideró como insuficiente para explicar y producir cambios en la conducta de adherencia terapéutica.
- La perspectiva cognoscitiva: Se han aplicado diversos modelos que recalcan los procesos y variables cognoscitivos de la adherencia terapéutica, por ejemplo, el modelo de creencia de la salud, la teoría

social cognitiva, la teoría del comportamiento planificado, la teoría de la acción razonada y la teoría de la protección-motivación. Estos modelos y teorías ha dirigido la atención sobre la manera en que los pacientes conceptualizan las amenazas para la salud y evalúan los factores que pueden constituir barreras para facilitar la adherencia.

- La perspectiva autorregulada: Este enfoque integra las variables del entorno y las respuestas cognoscitivas de las personas a las amenazas de salud. Las ideas que los pacientes tienen sobre las enfermedades que sufren y la forma en que la enfrentan, median entre la amenaza para la salud y las medidas tomadas para mejorar el bienestar. Los estudios empíricos en base a esta perspectiva parecen apoyar la importancia de los conocimientos sobre la enfermedad para predecir la adherencia terapéutica.

- Enfoques recientes:

- Modelo de aptitudes de información - motivación – comportamiento: entrega una base conceptual que permite guiar el pensamiento de los comportamientos complejos en salud. En este modelo, la presencia de información y la motivación del paciente, permiten aumentar la probabilidad de adherencia.
- El modelo transteórico: identifica cinco etapas a través de las cuales los individuos progresan a medida que modifican sus

comportamientos. Este modelo es útil para comprender y predecir el cambio de comportamiento voluntario.

2.1.3 Calidad de Vida Relacionada con Salud

Calidad de vida es un término que actualmente está en boga. En la prensa se pueden leer titulares tales como “...Chile entre los países con mejor calidad de vida en el mundo, según ONG internacional...” (32), o en tiempos de campaña electoral o cuentas públicas de gobiernos escuchamos a políticos que prometen mejorar la calidad de vida de la gente, tal como lo señala un mandatario de Chile en su rendición de cuentas durante el 2018 quien sostiene : “nuestro gobierno se empeñará por llevar a buen puerto proyectos en beneficio de la protección, seguridad, oportunidades, calidad de vida y felicidad de nuestros niños y jóvenes, especialmente, los más vulnerables y vulnerados” (33), Pero en sí, cómo se define y cómo se ha perfilado el concepto desde sus inicios es para muchos un enigma.

La Calidad de Vida (CV) está presente desde la época de los antiguos griegos (34), pero se conceptualiza en los Estados Unidos después de la Segunda Guerra Mundial, como una tentativa de los investigadores de la época de conocer la percepción de las personas acerca de si tenían una buena vida o si se sentían financieramente seguras (35).

La CV como concepto, partió con una mirada economicista donde el interés de los investigadores de la época era recolectar información y datos

objetivos como nivel socioeconómico, nivel educacional y tipo de vivienda, siendo estos indicadores económicos insuficientes (36) para evaluar la Calidad de Vida, ya que estos datos por si solos explican una parte de la multidimensionalidad del concepto.

Este concepto se ha utilizado como sinónimo de términos tales como satisfacción con la vida, bienestar subjetivo, bienestar, autoreporte en salud, estado de salud, salud mental, felicidad, ajuste, estado funcional y valores vitales. Es por esto que aún los investigadores no diferencian claramente en sus estudios cada concepto o los utilicen de manera indistinta (35).

Tal como se plantea, Calidad de Vida ha sido definida de diversas maneras, concordando en que se trata de un término multidimensional que significa tener buenas condiciones de vida “objetivas” y un alto grado de bienestar “subjetivo”, que además incluye la satisfacción colectiva de necesidades a través de políticas sociales en adición a la satisfacción individual de necesidades (35).

Se ha planteado además que la Calidad de Vida actualmente incorpora tres áreas: economía, salud y sociales, donde una de estas áreas ha promovido el desarrollo desde un punto de vista diferente respecto a cómo debiera ser conceptualizada (37).

La instalación de este concepto, dentro del campo de la salud es relativamente reciente, con un auge evidente en la década de los 90 (34). La

CV se aproxima al área de la salud con la mirada de que el bienestar de los pacientes es un punto importante de ser considerado, tanto en su tratamiento como en el sustento de vida, perfilándose bajo el nombre de Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) (10).

Estos términos no han estado exentos de controversias, puesto que se tiende a utilizar Calidad de Vida y CVRS como sinónimos e indistintamente con otros anteriormente mencionados como estado de salud, estado funcional, o evaluación de necesidades (38). Se plantea que la CVRS es frecuentemente identificada como una parte de la calidad de vida general, y por el contrario, otros sugieren que su uso es a menudo intercambiable con el de Calidad de Vida, asumiendo así que ambos constructos estarían evaluando similares dimensiones (39).

Pero en sí, CVRS debería comprender a lo menos la percepción que la persona tiene del impacto que ha provocado la enfermedad o su tratamiento sobre su sentimiento de bienestar y su capacidad de actuación (funcionalismo) (40) así como incluir dimensiones básicas como la dimensión física, emocional y social. Urzúa (10) afirma que CVRS se puede definir como “...el nivel de bienestar derivado de la evaluación que la persona realiza de diversos dominios de su vida, considerando el impacto que en éstos tiene su estado de salud...”

Siendo la CVRS un constructo multidimensional que incluye diferentes dimensiones de la vida que condicionan o influyen sobre ella, se eligió el

modelo de Wilson y Cleary (41), el cual integra dos diferentes tipos de marcos comprensivos de la salud, uno desde el paradigma clínico; enfocado en agentes etiológicos, procesos patológicos, y resultados fisiológicos y clínicos, y por otro lado, desde el paradigma de las ciencias sociales; centrados en dimensiones de funcionamiento y bienestar general, modelo que considera variables que están inmersas en fenómenos que viven las personas viviendo con VIH y puede ser un apoyo importante para el posterior análisis de los resultados, además este modelo se articula bien, con el modelo de adherencia terapéutica propuesto lo por OMS, por lo cual enriquecerá el análisis de los datos una vez expuesto los resultados(41).

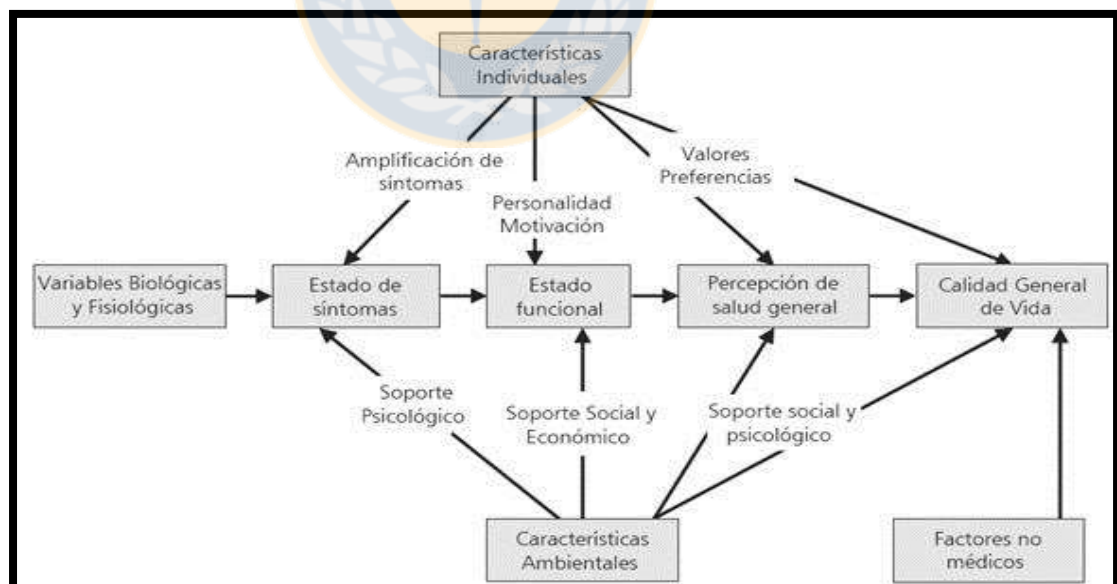


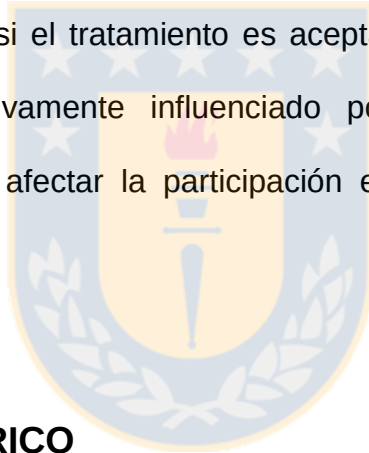
Ilustración 3: Modelo explicativo de la CVRS de Wilson y Cleary (41).

A continuación se describen en términos generales los componentes del modelo (41-42):

- Primer nivel (variables biológicas y fisiológicas) constituye la función biológica en la que se hace énfasis en la función de las células, órganos y sistemas evaluándose mediante indicadores como pruebas de laboratorio, evaluación física y diagnósticos médicos.
- Segundo nivel (estado de síntomas), se refiere a los síntomas físicos, emocionales y cognitivos percibidos por los/las usuarios/as.
- Tercer nivel (estado funcional) este se encuentra influenciado por factores físicos, psicológicos y sociales, sobre el cual influyen el estado de los síntomas la percepción de salud y la calidad de vida.
- Cuarto nivel (percepciones salud general) las que se refiere a una calificación subjetiva que incluye todos los conceptos de salud que lo preceden
- Quinto nivel (calidad general de vida) la cual hace referencia al bienestar subjetivo, lo que significa cuán feliz o satisfecho alguien está con la vida entera.

Las características individuales están dadas por las características personales e intrínsecas de cada individuo, entre las que se encuentran las características sociodemográficas, personalidad, estructura de personalidad (41).

Las características ambientales están dadas por las influencias interpersonales o sociales en los resultados de la salud, incluyendo la influencia de la familia, los amigos y los proveedores de atención médica, por ejemplo, otras personas importantes pueden tener una fuerte influencia sobre cuándo y dónde se busca la atención médica y si el tratamiento es aceptado. El efecto de este entorno social está significativamente influenciado por el patrimonio cultural del individuo, que puede afectar la participación en la atención preventiva y el tratamiento (42).

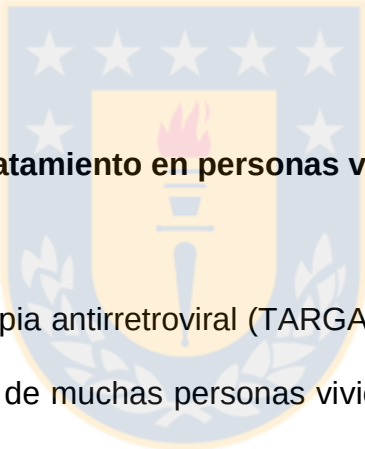


2.2 MARCO EMPÍRICO

Para construir el Marco Empírico se realizó una revisión de la literatura en: revistas científicas de la Hemeroteca de la Facultad de Medicina de la Universidad de Concepción. Se revisaron páginas web de organizaciones no gubernamentales, por ejemplo Universidad de Chile, Universidad Católica de Chile, Universidad de Concepción, ONU, ONUSIDA, Ministerio de Salud de Chile (MINSAL), entre otras, como también se realizó una búsqueda de artículos originales en base de datos PubMed, SciELO, BVS y Web of Science.

Para las bases de datos los descriptores de los tesauros DeCS y MeSH utilizados fueron: Quality of Life, patient compliance, medication adherence y HIV.

Como estrategia de búsqueda se integraron los descriptores mencionados con operador booleano AND, por ejemplo, Quality of Life and medication adherence, Quality of Life and HIV, entre otros. A continuación se describen las investigaciones encontradas respecto al fenómeno en estudio.



2.2.1 Adherencia al tratamiento en personas viviendo con VIH

La aparición de la terapia antirretroviral (TARGA) ha sido un componente clave de del éxito serológico de muchas personas viviendo con VIH, contribuyendo a una mayor longevidad y reversión de la progresión de la enfermedad (43). Sin embargo, no es un desafío fácil, ya que implican un protocolo estricto de tratamiento y adherencia a la terapia, así como, la capacidad de manejar las reacciones adversas a los medicamentos y eventos psicosociales, tales como el estigma, discriminación y aislamiento social, asociados al hecho de cumplir el tratamiento antirretroviral (44).

La literatura describe que existen factores protectores para la adherencia al tratamiento, relacionados con factores biosociodemográficos y del tratamiento

entre los factores biosociodemográficos destaca mayor edad, ser varón, tener mayor nivel educativo, encontrarse laboralmente activos, tener un nivel adecuado de autoestima y autoeficacia (45), para los factores relacionados con el tratamiento, no cursar con una comorbilidad que requiera medicación extra a la terapia antirretroviral (46), número de comprimidos de terapia antirretroviral al día y efectos adversos secundarios al tratamiento y carga viral (46-48).

Otro factor protector de la adherencia al tratamiento antirretroviral es la satisfacción con el tratamiento, un estudio comparativo de satisfacción con el tratamiento entre personas adherentes y no adherentes, muestra que existe una satisfacción global elevada hacia el tratamiento antirretroviral en general, observándose una mayor satisfacción al TARGA con los pacientes adherentes (46).

Los efectos adversos son otro punto de inflexión para el tratamiento ya que el 38% de los pacientes refirió algún efecto relacionado con el TARGA, siendo los efectos más prevalentes la hipercolesterolemia, los cambios en la distribución de la grasa corporal y la fatiga (45).

En términos de nivel de adherencia, estudios revelan que gran porcentaje de los individuos involucrados son adherentes al tratamiento antirretroviral, lo que ciertamente es alentador y está en pos del cumplimiento de los objetivos sanitarios a nivel mundial (48-51), pero aún existen áreas del planeta donde el

nivel de adherencia no es adecuado como se revela en estudio de Gimenez y colaboradores (52).

Dentro de los factores que tributan a la baja adherencia, se encuentra el abandono de la medicación, un estudio que media este factor, determinó que un 17% de los participantes había olvidado su medicamento el día de la encuesta y el 23% lo había hecho la última semana, dando como razones estar lejos de la casa, no recordó el horario y efectos adversos entre otros (53). Lo paradójico del estudio es que el 89% reconoce la utilidad del tratamiento, pero aun así un 74% no adhiere, argumentando que los efectos adversos son intensos, el tratamiento tiene efectos tóxicos en su organismo y que estar en tratamiento lo asocian con tener SIDA (53).

2.2.2 CVRS en personas viviendo con VIH

Desde la aparición del concepto CVRS como constructo que mide el efecto de las enfermedades sobre el bienestar de las personas, se han desarrollado mediciones para las distintas enfermedades crónicas, entre ellas para las personas viviendo con VIH.

Con la aparición de los antirretrovirales la enfermedad del VIH, ha cambiado en su carácter patógeno, pasando de ser considerada una enfermedad aguda y altamente letal, a una patología crónica y con morbilidad con tendencia a la baja, por lo cual, los investigadores

dedicados a la temática han volcado su interés a esta población, para medir el impacto de la patología en la CVRS de estas personas.

Tal como ya se ha mencionado las medidas de la CVRS son subjetivas, multidimensionales, incluyen tanto aspectos positivos como negativos sentimientos y variabilidad en el tiempo, la CVRS es un proceso multifactorial que se modifica positiva o negativamente por factores, entre ellos los biosociodemográficos y clínicos; entre los factores biosociodemográficos que afectan negativamente la CVRS se encuentran: la edad avanzada, sexo femenino, baja escolaridad, ausencia de empleo, escasas de redes de apoyo familiares y/o sociales, discriminación y entre los factores clínicos que afectan negativamente la CVRS se encuentra carga viral y el nivel de linfocitos CD4+ (54).

Factores personales como buena autoestima y el mantenimiento de hábitos de vida saludables actúan como protectores en la salud física y mental, mientras que los problemas económicos, la desfiguración corporal y el ánimo depresivo podrían vulnerar ambos indicadores de salud, impactando directamente sobre la salud física y mental, muy influida a su vez por el estrés que genera el VIH (55).

Algunos aspectos propios de la enfermedad y el tratamiento pueden afectar negativamente la CVRS, entre estos se encontró: que la malnutrición, la anorexia, las náuseas y la sudación nocturna impactan la capacidad

funcional de la persona viviendo con VIH y se correlacionan con peores puntuaciones de CVRS en las subescalas de función física, función de rol, dolor y de energía (56), incluso pueden llegar afectar otras esferas de la vida como es el caso de la diarrea crónica que impacta de forma significativa la vida, social y las actividades cotidianas, la sensación de energía y de salud global (57).

Un estudio realizado en adultos mayores con VIH de EEUU, ha relacionado síntomas depresivos con la salud física (somatización de los síntomas, depresión del sistema inmunológico), estos síntomas podrían predecirse por los factores emocionales de soledad y estigma, que, aunque no estén asociados a indicadores objetivos de salud, se relacionaron con los principales indicadores de salud física y mental (58).

Por otro lado, el “significado personal” que se le da a la enfermedad, muy ligado con el bienestar existencial, impacta sobre la CVRS, así lo plantea Dalmida et al (59), quienes estudiaron a un grupo de mujeres afroamericanas que vivían con VIH, demostrando que existe una relación positiva y significativa entre el significado personal de la enfermedad y la CVRS, con un impacto considerable en especial en las esferas física y mental de la CVRS.

En cuanto a los factores de riesgo y de protección de la CVRS, para la esfera mental, se plantea que tanto la autoeficacia como el apoyo social,

contribuyen como factores protectores para la salud mental, mientras que las condiciones comórbidas, falta de autonomía, victimización y el estigma del VIH, se asociaron a una disminución CVRS mental (60).

2.2.3 CVRS y Adherencia terapéutica en personas viviendo con VIH

La adherencia terapéutica y CVRS están estrechamente relacionadas y de manera directamente proporcional en la mayoría de los casos, en la medida que se ve favorecida la adherencia al tratamiento las dimensiones de la CVRS se ven afectadas positivamente, estando ambos aspectos asociados a los factores biosociodemográficos, personales y al estado de la enfermedad y de los síntomas (45-48,54-55,61-65).

La adherencia según Tran (65) es un eje central y cumplen un papel preponderante para alcanzar niveles óptimos de CVRS, plantea que se produce un cambio en la CVRS al comenzar a adherir al tratamiento, lo que se traduce en una alta calidad de vida reportando mejoría en la CVRS, después del seguimiento. Así también lo plantea otro estudio que apoya la idea de que, en la medida en que aumenta la adherencia terapéutica aumenta la CVRS (63). La adherencia terapéutica es un factor clave para el éxito del tratamiento y tener un mayor impacto en la población en términos de una mejor salud lo que repercute en la CVRS de las personas que se encuentran en tratamiento (8).

Pese a lo anterior, se ha identificado que la adherencia no necesariamente tributa de manera positiva, elevando el estándar de CVRS. Balleste y colaboradores señalan que la adherencia a la terapia antirretroviral genera un aumento de la supervivencia de quienes están adherentes, lo que conlleva a desarrollar una fase crónica de la enfermedad, pero que no necesariamente mejora la CVRS, puesto que los efectos secundarios de la medicación y el estigma de convivir con un tratamiento para el VIH van en desmedro de su bienestar, debido a que la CVRS es un concepto muy amplio que considera otras esferas más que allá del adherir a una tratamiento (66).

El estudio realizado por Varela y Galdames en Coquimbo - Chile, señala que 68% de los pacientes presenta problemas de adhesión a TARGA, lo que afecta a su vez parámetros de la CVRS, lo que lleva a las autoras a subrayar la necesidad de comprender mejor esta problemática y delinear estrategias efectivas que permitan intervenir sobre el problema que deteriora la CVRS de las personas viviendo con VIH (67).

De este mismo estudio se desprende que el tiempo de tratamiento puede ser un determinante en los niveles de adherencia, es así como los investigadores determinaron que las personas que viven con el VIH y que llevan menos tiempo en tratamiento son probablemente menos adherentes, en comparación con aquellos que han estado bajo tratamiento por más tiempo, asociando bajos niveles de adherencia con menor CVRS (67).

Una estrategia planteada por Gimenez y Lima (52) para contribuir de manera positiva al fenómeno de adherencia es el seguimiento y acompañamiento en el proceso de adherencia, quienes señalan que las personas que viven con el VIH que iniciaron recientemente el tratamiento presentan niveles inadecuados de adherencia al tratamiento antirretroviral evidenciado por el uso incorrecto del medicamento. Esto sin duda afecta la calidad de vida, y concluyen que las personas viviendo con el VIH en el primer año de tratamiento ven deteriorada su calidad de vida a raíz de la adaptación a la adhesión al tratamiento, porque en sí, se estaban adaptando a una nueva condición de vida, por lo cual es necesario que los pacientes mantengan un seguimiento del proceso para que alguien les dé lineamientos durante el proceso.

A partir de esta evidencia, se demuestra que la temática CVRS y su relación con la adherencia terapéutica en personas viviendo con VIH, es atingente a ser abordada, asociado a las múltiples aristas que comprende el fenómeno y además por la escasa producción científica encontrada en nuestro país en el área, más aún, desde la ciencia de enfermería.

3. HIPÓTESIS DE INVESTIGACIÓN Y OBJETIVOS.



3.1 Hipótesis de Trabajo

- 1 La CVRS global y sus dimensiones de las personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la Asociación Positivamente Positivo de Talcahuano se relacionan con sus variables biosociodemográficos.
- 2 La CVRS global DEL ESCALA MOS SF 30, de las personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la Asociación Positivamente Positivo Talcahuano es mayor cuando presentan mayor Índice de adhesión global, EN LA ESCALA DE ADHERENCIA TERAPEUTICA.
- 3 Las dimensiones de la CVRS están correlacionadas positiva y negativamente por las categorías de la adherencia terapéutica, en las personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la Asociación Positivamente Positivo Talcahuano.

3.2 Objetivos

3.2.1 Objetivo General

Identificar si existe relación entre la adherencia terapéutica y las características biosociodemográficas con la Calidad de Vida Relacionada con Salud en las personas viviendo con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral

pertenecientes a la Asociación Positivamente Positivo Talcahuano, durante el año 2017.

3.2.2 Objetivos específicos

- 1 Describir las características biosociodemográficos en las personas viviendo con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la Asociación Positivamente Positivo Talcahuano, durante el año 2017.
- 2 Describir el índice de adhesión global y las categorías de adherencia terapéutica en las personas viviendo con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la Asociación Positivamente Positivo Talcahuano, durante el año 2017.
- 3 Describir la CVRS global y sus dimensiones en las personas viviendo con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la Asociación Positivamente Positivo Talcahuano, durante el año 2017.
- 4 Analizar la relación entre las características biosociodemográficas con la CVRS global, de las personas viviendo con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la Asociación Positivamente Positivo Talcahuano, durante el año 2017.
- 5 Analizar la relación el índice de adhesión global y sus categorías con la Calidad de Vida Global y sus dimensiones en las personas viviendo con VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la Asociación Positivamente Positivo Talcahuano, durante el año 2017.



4. MATERIAL Y MÉTODOS.

4.1 Tipo de estudio y diseño

Estudio de tipo cuantitativo, no experimental, correlacional de corte transeccional, diseño que tiene como objetivo describir relaciones entre dos o más variables en un momento determinado (68).

Este abordaje permite cumplir los objetivos planteados puesto que entrega datos concretos tanto de la calidad de vida relacionada con salud, como de adherencia terapéutica, permitiendo relacionarlos en un mismo momento, dando paso, además, para contrastarlos con los datos de investigaciones cuantitativas ya existentes.

4.2 Marco muestral

4.2.1 Universo

Todas las personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la Asociación positivamente positivo de Talcahuano, durante los meses de mayo a octubre del 2017.

La Asociación Positivamente Positivo es una asociación sin fines de lucro, que otorga contención emocional, y apoyo permanente a familias, amigos y personas viviendo con VIH. En la actualidad además se encuentra trabajando en aspectos de contingencia nacional, como lo es la generación de estrategias para el combate de la epidemia del VIH. La asociación cuenta con un número

alrededor de 70 miembros activos, siendo esta cantidad oscilante, pues periódicamente algunos integrantes desertan y otros se integran.

4.2.2 Unidad de análisis

Persona viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral, perteneciente a la Asociación Positivamente Positivo de Talcahuano, durante los meses de mayo a octubre del 2017.

4.2.3 Muestra

Para el tamaño de la muestra se consideró la obtención de un intervalo de confianza para la estimación del nivel medio de CVRS. Consultando un estudio previo (69), se estima que la desviación estándar de dicha variable es de 13. Finalmente, se desea obtener una estimación con un error de ± 5 , con un nivel de confianza del 95% bilateral. Con los valores anteriores y usando el software Epidat 3.1, se obtiene un valor de 26 sujetos.

Además considerando que se obtendrá un intervalo para variables dicotómicas (ejemplo: Sexo), el tamaño final es $26 \times 2 = 52$ sujetos. Cabe destacar que se agotaron todos los recursos para obtener una muestra mayor, de manera de obtener estimaciones más precisas, con lo cual se logró una muestra de 61 participantes.

La obtención de la muestra fue no probabilística y por conveniencia a razón de ser una población reconocida como vulnerable y confidencial, los

participantes fueron convocados a través de invitación personal en sesiones de consejería habitual realizadas en la agrupación.

4.2.4 Criterios de Inclusión y de exclusión:

Criterios de inclusión:

Personas con diagnóstico de VIH en un plazo no menor a 6 meses, que previamente haya iniciado tratamiento antirretroviral, cuyas edades se encuentren en el rango de 18 a 75 años. Ambos criterios debido a que los plazos dispuestos para el inicio de tratamientos establecidos por la guía clínica del MINSAL, hacen énfasis en que el período entre el diagnóstico e inicio del tratamiento pudiese prolongarse hasta en 6 meses, por lo cual sería más factible que los pacientes en un plazo mayor a ese se encuentren en tratamiento. Las edades planteadas responden a que el investigador quiere obtener una relación de la CVRS con la adherencia terapéutica de los adultos jóvenes y adultos para el presente proyecto.

Criterios de Exclusión:

Presentar diagnóstico médico de desorden mental severo o comorbilidades asociadas con trastornos psiquiátricos, y/o síndrome orgánico cerebral. Esto responde principalmente a los problemas que pudiesen tener de responder el instrumento de investigación.

4.3 Procedimiento y/o técnica de recolección de datos

4.3.1 Descripción del instrumento recolector de datos:

Se utilizó un instrumento autoaplicado que está conformado por 3 partes (anexo 3):

- **Primera Parte:** Cuestionario semiestructurado elaborado por el autor que recoge información biosicodemográfica de la persona viviendo con VIH (Sexo, religión, edad, situación de pareja, condición sexual, situación laboral, escolaridad, vía de contagio del VIH, carga viral, tiempo de diagnóstico del VIH, tiempo de tratamiento y comorbilidad).

Segunda Parte: Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH©) desarrollado y validado por Remor (70):

- El cuestionario contiene 20 ítems, de los cuales 3 corresponden a características biosociodemográficas, en conjunto evalúan el cumplimiento del tratamiento en la última semana, adherencia general desde el inicio del tratamiento, adherencia al horario en la toma de la medicación, valoración del paciente de su grado de adherencia.
- El cuestionario también evalúa los factores moduladores de la adherencia al tratamiento, como los antecedentes de la falta de adherencia, la relación prestador de salud-paciente, creencias del paciente y el uso de estrategias para recordar la toma de fármacos,

ordenando estos aspectos en función de categorías donde una corresponde al valor global, Índice de Adhesión global el cual resulta de la sumatoria de las categorías, Cumplimiento del Tratamiento (ítem 1,2,11 y 15), Antecedentes de Adhesión(ítem 3, 4,6,10,12 y 17), Comunicación paciente equipo de Salud (ítem 5,7) Expectativas del Tratamiento(ítem 14 y 16), Satisfacción con el Tratamiento (ítem 8,9 y 13).

- La puntuación total obtenida de la suma de los ítems da 89 como valor máximo, y 17 como mínimo.
- El CEAT-VIH arroja un porcentaje de adherencia terapéutica global con una confiabilidad de 0.84 en población general.
- Este instrumento presenta una adecuada fiabilidad ($\alpha = 0,706$) y validez de criterio externa: respecto al recuento de linfocitos TCD4 ($r = 0,439$, $p < 0,005$), y respecto a la carga viral ($r = - 0,548$, $p < 0, 005$) (71).
- La literatura hace referencia a un solo estudio chileno que utilizó este instrumento para el cual solo se realizó fiabilidad, a través de la consistencia interna (0,79) (72).
- Para los valores por categoría del CEAT-VIH su interpretación se realiza considerando los valores PC [86-100] indica: adhesión estricta

(Adecuada), PC [51-85] indica: adhesión insuficiente (dificultad con el cumplimiento), PC [0-50] indica: adhesión insuficiente (no adhesión).

- El uso del instrumento es a través de una plataforma web en la que se depositan los datos obtenidos en el instrumento y vía correo electrónico se realiza un informe de los datos ya procesados, con resultados concretos y estandarizados del nivel de adherencia de cada individuo.

Por el punto anterior se realizó contacto con el autor, por vía correo electrónico, para solicitar el uso de la plataforma web y poder acceder a los resultados del cuestionario ya procesados. Una vez establecido el contacto con el autor, donde se explicó la finalidad del estudio, pidió completar un formulario de solicitud del cuestionario (anexo 2), que contempla datos del director de la tesis y su aval, una vez que el autor recibió la documentación solicitada, facilitó el material para el uso del cuestionario en la investigación en versión papel, pero con el respectivo análisis e incorporación de los datos en la plataforma web (Anexo 2).

- **Tercera parte:** Medical Outcomes Study Survey-Short Form 30 Items (MOS-SF-30), desarrollado por Wu et al (69), es un cuestionario que mide la CVRS en función del estado de salud, de manera corta pero exhaustiva, con la cual se valoraran los aspectos del estado funcional y el bienestar, en personas con infección por el VIH; para ello, los autores parten de la premisa de que un cuestionario factible para estudios

clínicos, debe ser breve y autoadministrado; sensible a aspectos clínicos importantes, como síntomas y cambios en el estado clínico, así como, tener la capacidad de medir de forma específica las distintas dimensiones de la CVRS.

El cuestionario fue traducido por Remor (73) para su uso en español, donde el proceso de traducción incluyó traducción independiente por dos traductores bilingües inglés-español, la comparación y el consenso de las dos versiones en una única versión, la prueba piloto con 10 sujetos VIH positivo para testar la comprensión de la versión en español, y la revisión de la versión traducida y consensuada considerando las modificaciones sugeridas durante la prueba piloto. La versión final en español tiene una presentación ligeramente distinta de la que se expone en el artículo original de Wu et al (73).

El MOS-SF-30 consiste en 30 ítems, 22 ítems (1-2,11-30) de los cuales son en escala ordinal de 5 posibles respuestas a las que se le otorga un puntaje que fluctúa entre (0 a 4) y 8 ítems (3-10) con 3 posibles respuesta en puntajes que oscilan entre 0 y 2, el valor que se le otorga depende de la respuesta y la dirección en la que está desarrollada la pregunta, para el análisis de este cuestionario y la obtención de su puntaje global es necesario realizar un inversión en los ítems número 13,15,17,20 (73). Los ítems se agrupan en 11 dimensiones del mismo instrumento que determinan el puntaje en función de la

salud general percibida, dolor, funcionamiento físico, funcionamiento social, salud mental, energía/fatiga, actividad diaria, malestar respecto a la salud, funcionamiento cognitivo, calidad de vida percibida y transición de salud, la sumatoria de los 30 ítems determina el valor global de CVRS (73). Para las dimensiones que se plantean en negativo como lo es dolor, energía/fatiga y malestar respecto de la salud el autor asigna el mayor puntaje al aspecto favorable de la dimensión que se mide, es así por ejemplo que a mayor puntaje en la dimensión dolor existe ausencia de dolor, el puntaje total del cuestionario es 100 puntos, y su interpretación es en razón proporcional, por lo cual a mayor puntaje mayor CVRS y en su defecto a menor puntaje menor CVRS (69).

Tabla 1: Distribución de dimensiones y descriptivos de la versión en español MOS-SF-30 (73).

Dimensión MOS-SF-30	Nº Ítems de la dimensión	Ítem incluidos en la dimensión	Rango de puntaje
Salud General Percibida	1	1	0-4
Dolor	1	2	0-4
Funcionamiento Físico	6	3-8	0-12
Actividad Diaria	2	9-10	0-4
Funcionamiento Social	1	11	0-4
Salud Mental	5	12-16	0-20
Energía/fatiga	4	17-20	0-16
Malestar respecto a la Salud	4	21-24	0-16
Funcionamiento cognitivo	4	25-28	0-16
Calidad de vida percibida	1	29	0-4
Transición de salud	1	30	0-4
CVRS global	30	1-30	0-100

Fuente: Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH (73)

El cuestionario MOS-SF-30 ha demostrado ser útil en la evaluación de la CVRS en la infección por el VIH; en concreto, los ítems del cuestionario se han cumplimentado sin dificultad en un tiempo corto, se informó confiabilidad del cuestionario la cual han sido buena, siguiendo la misma línea de los informados por la versión original en inglés por Wu quien reportó una consistencia interna de 0,70 (73). En otros estudio se informó la consistencia interna tanto de las subescalas (entre 0,82 y 0,91) como de la escala completa (0,93) también ha sido buena (73-74).

En relación a la validación de este cuestionario tiene una validación concurrente entre variables biológicas (CD4 y Carga Viral) y CVRS global con un valor de ($r=0,221$ y $p < 0,005$) y ($r=-0,220$ y $p < 0,005$) respectivamente (73).

Una experiencia en Colombia (74), en la que se trabajó con una muestra de 50 pacientes, mayoritariamente adultos jóvenes de ambos géneros con diagnóstico de VIH/SIDA en tratamiento antirretroviral de la ciudad de Medellín, Colombia, utilizó como instrumento de medición de la CVRS el MOS- SF30 el cual informo niveles óptimos de confiabilidad.

A partir de la búsqueda bibliográfica realizada no se encontró reporte en la literatura algún estudio chileno que haya utilizado este cuestionario para evaluar CVRS en personas viviendo con VIH.

4.3.2 Procesamiento y análisis de los datos

Los datos se vaciaron a una planilla Excel V2010, y analizados en los softwares R-Project (software gratuito), SPSS V. 19.00. Se consideró un nivel de significación del 0.05

- a) Se realizó un análisis univariado de las variables dependientes e independientes, que se presentan en tablas de frecuencias y medidas de resumen según correspondan al tipo de variable.
- b) La Fiabilidad de las escalas se comprobó por medio del estudio de su consistencia interna a través del alfa de Cronbach.
- c) Se realizó análisis estadístico bivariado entre el valor global de la variable dependiente con las variables independientes biosociodemográficas categóricas y se realizó pruebas de correlación con las variables biosociodemográficas cuantitativas.
- d) Se comparó medias con T de Student, puesto que el comportamiento de las variables CVRS y adherencia terapéutica fue medida en términos cualitativos se utilizó como prueba no paramétrica para determinar intensidad a través el Coeficiente de Correlación de Spearman puesto que no se cumplió con supuesto de normalidad.

- e) La intensidad de la correlación se estableció según los criterios de Hernández, Fernández (68) como se señala a continuación:

RANGO	RELACIÓN
-0.91 a -1.00	Correlación negativa perfecta
-0.76 a -0.90	Correlación negativa muy fuerte
-0.51 a -0.75	Correlación negativa considerable
-0.11 a -0.50	Correlación negativa media
-0.01 a -0.10	Correlación negativa débil
0.00	No existe correlación
+0.01 a +0.10	Correlación positiva débil
+0.11 a +0.50	Correlación positiva media
+0.51 a +0.75	Correlación positiva considerable
+0.76 a +0.90	Correlación positiva muy fuerte
+0.91 a +1.00	Correlación positiva perfecta

Fuente: Metodología de la Investigación 4° ed. McGraw.Hill. Mexico

Ilustración 4.- Intensidad de la correlación para coeficiente de correlación de Spearman

- f) Se utilizó modelos de regresión lineal para determinar la fuerza de correlación entre aquellas variables que presentaron una correlación significativa independiente de la fuerza de correlación.

4.3.3 Aspectos éticos involucrados

Esta investigación contiene y resguarda los ocho principios éticos de Ezekiel Emanuel (75):

1. **Asociación Colaborativa:** esta investigación se desarrolló al alero de una asociación con base comunitaria que reunía a personas viviendo con VIH, se estableció un nexo con dicha organización a través del contacto con el cuerpo directivo de la Asociación Positivamente Positivo de Talcahuano realizando una alianza para determinar la problemática de salud de la población, y desarrollar en conjunto una estrategia de abordaje lo que permitió que el trabajo fuese fructífero, puesto que ambos componentes tuvieron una participación en lo que respecta a evaluar el valor de la investigación, recibiendo el apoyo en la planificación, conducción y supervisión, en pos de un mismo objetivo.
2. **Valor:** Los resultados de esta investigación pretenden generar evidencia para el cuidado de las personas que viven con VIH, considerando que la investigación es un aporte a la problemática de enfermería en el área y los cuidados del adulto que vive con VIH. Conocer el nivel de CVRS y como se relaciona con la adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral permite el enriquecimiento de

la disciplina y proyectar intervenciones en pro de las personas con dicha enfermedad.

3. Validez Científica: en los últimos años se han estudiado estas variables, CVRS y adherencia terapéutica, de manera independiente o relacionadas a otros fenómenos, sumado a esto, dichos estudios pertenecen a países desarrollados o donde la presencia del virus es considerable, por lo cual, hacer un análisis en la población chilena, permitirá entender el fenómeno en nuestro medio.
4. Selección Equitativa: la oportunidad de participación fue igual para todas las personas pertenecientes a la asociación, que por voluntad propia lo decidieron, puesto que dicha investigación no presenta un cota máxima para su muestra, sólo quedaron fuera de la muestra aquellos pacientes que no cumplieron con los criterios de inclusión/exclusión antes mencionados.
5. Proporción favorable de riesgo/beneficio: en esta investigación se abordaron temas que pudieran haber rememorado vivencias anteriores respecto al contagio y diagnóstico. En el caso de haberse presentado alguna situación de crisis en respuesta a la aplicación del instrumento, se hubiese realizado la contención emocional e intervención en crisis correspondiente, herramientas con las que contaban tanto el investigador como la asesora de la asociación,

quienes estuvieron encargados de la recolección de los datos. En caso de haberse detectado una situación emocional de mayor magnitud, se habría derivado al centro asistencial en el que se encuentra la persona en control. Una vez terminado el proceso de investigación se darán a conocer los datos a la Asociación en la cual se realizó el estudio, así como a las enfermeras que trabajan a nivel asistencial con pacientes VIH positivo. Además se publicarán los resultados en revista científica manteniendo la confidencialidad y anonimato de los participantes. La publicación de los resultados tiene como propósito que la información esté disponible para los investigadores y profesionales de enfermería y áreas afines que se interesen en la temática.

6. Evaluación Independiente: la investigación declara que se enmarca en el contexto de una tesis para optar a grado de Magister en enfermería, siendo el único conflicto de interés en relación a este estudio, ya que el investigador es externo a la Asociación. Esta investigación contó con la evaluación ética de dos instancias formales que evaluaron el proyecto para su posterior ejecución, Comité Ético Científico de Facultad de Enfermería y Comité Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación. Universidad de Concepción, Chile (Anexo 6 y 7)

7. Consentimiento Informado: este se dio a conocer y fue firmado por todas las personas que accedieron a participar en la investigación, según protocolo elaborado para la investigación (Anexo 4). Sin la aprobación del proceso de consentimiento informado firmado (Anexo 5), la persona no podía ser parte del estudio. Este documento contó con dos copias, una para el participante y otra para el investigador.
8. Respeto a los sujetos inscritos: durante el proceso de investigación los participantes que, aun habiendo cumplido con el proceso de consentimiento informado firmado, eran libres de abandonar el estudio en el momento que los estimaran, sin represalias por parte del investigador. (Toda la información obtenida durante la investigación será resguardada por el investigador según la normativa vigente).



5. RESULTADOS DEL ESTUDIO.

5.1 Antecedentes Sociodemográficos y Perfil de la Muestra en términos de CVRS y Adherencia Terapéutica

El estudio se llevó a cabo con una muestra de 61 personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral, pertenecientes a la Asociación Positivamente positivo de Talcahuano durante los meses de mayo a octubre del 2017.

Tabla 2: Distribución de las características Biosociodemográficos de las personas viviendo con VIH (n=61)

Variables Biosociodemográficos	Media	DE
Edad	40,8	13,0
Carga Viral	133,3	237,2
Tiempo de Diagnóstico del VIH (Meses)	140,4	95,3
Tiempo de Tratamiento (Meses)	105,0	81,9
Sexo	Frecuencia	Porcentaje
Hombre	48	78,7
Mujer	13	21,3
Situación de Pareja		
Con Pareja	31	50,8
Sin Pareja	30	49,2
Condición Sexual		
Heterosexual	19	31,1
Homosexual	41	67,2
Bisexual	1	1,6
Situación Laboral		
Activos	37	60,7
Inactivos	24	39,3
Religión		
Con Religión	36	59,0
Sin Religión	25	41,0
Escolaridad		
Menos de 12 años	8	13,1
12 años y mas	53	86,9
Vía de Contagio del VIH		
Sexual	61	100
Comorbilidad		
Si Presenta	24	39,3
No presenta	37	60,7

Fuente: Calidad de Vida Relacionada con Salud y Adherencia Terapéutica en Personas viviendo con VIH

En la tabla se observa que la edad promedio es de 41 años, donde la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 71 años. La carga viral en promedio se encontraba en los 133,3, con un tiempo de diagnóstico de 11 años y medio en promedio y un tiempo de tratamiento de 8 años y medio.

La muestra estuvo compuesta $\frac{3}{4}$ partes por hombres, pero así también, por un no despreciable número de mujeres. Del grupo de participantes un gran número declaró ser homosexual, seguido por heterosexuales y donde solo una persona se declara bisexual, no se ven diferencias entre los participantes que se encontraban en situación de pareja. La situación laboral de las personas viviendo con VIH que constituyeron esta muestra son trabajadores activos, con una escolaridad alta, más del 80% de los participantes declaró haber estudiado más de 12 años. La única vía de contagio reportada por los participantes fue sexual, en cuanto a creencias más de la mitad de los entrevistados practicaba algún credo religioso. Destaca un dato no menor en cuanto a comorbilidad, ya que un gran número los participantes presentaban alguna enfermedad concomitante al momento de la entrevista.

Tabla 3: “Distribución de la Adherencia Terapéutica de las personas viviendo con VIH según CEAT- VIH” (n=61)

Dimensión	Frecuencia	Porcentaje
Índice de Adhesión global		
<i>Baja adhesión</i>	5	8,2
<i>Adhesión Insuficiente</i>	39	63,9
<i>Adhesión estricta</i>	17	27,9
Antecedentes de Adhesión		
<i>PC [0-50]</i>	5	8,2
<i>PC [51-85]</i>	25	41,0
<i>PC[86-100]</i>	31	50,8
Cumplimiento del Tratamiento		
<i>PC [0-50]</i>	5	8,2
<i>PC [51-85]</i>	35	57,4
<i>PC[86-100]</i>	21	34,4
Comunicación paciente equipo de Salud		
<i>PC [0-50]</i>	19	31,1
<i>PC [51-85]</i>	29	47,5
<i>PC[86-100]</i>	13	21,3
Expectativas del Tratamiento		
<i>PC [0-50]</i>	19	31,1
<i>PC [51-85]</i>	29	47,5
<i>PC[86-100]</i>	13	21,3
Satisfacción con el Tratamiento		
<i>PC [0-50]</i>	12	19,7
<i>PC [51-85]</i>	20	32,8
<i>PC[86-100]</i>	29	47,5

PC [86-100] indica: adhesión estricta (Adecuada), PC [51-85] indica: adhesión insuficiente (dificultad con el cumplimiento), PC [0-50] indica: baja adhesión (no adhesión).

Fuente: Ídem tabla 1

Del análisis extenso de la tabla anterior se puede informar que en términos de adherencia, esta está determinada por el valor del índice global, de adhesión el cual reporta que menos de 1/3 de los participantes logro alcanzar un nivel de adherencia estricta, más bien los valores se concentraron en términos de adherencia insuficiente concentrándose en esta categoría más de la mitad de los participantes, sumado a esto se encuentra que casi un 10% de las personas del estudio declaran una baja adherencia. Dentro de los aspectos que influyen en este valor global se encuentra los antecedentes de adhesión, el cual evalúa el grado en que los antecedentes personales o situacionales llevan a la adhesión al tratamiento, para esta categoría más del 50% de los participantes lograba tener un óptimo antecedente de adherencia, y más de un tercio de ellos alcanzó valores, que califican en adherencia insuficiente lo que influye al momento de considerar el valor global de adherencia. Por su parte el cumplimiento del tratamiento también influye en el índice global de adhesión y este hace referencia a la medida en que los participantes cumplían con su medicación, para esta categoría 1 de cada 3 participantes cumplía de manera estricta con la medicación mientras que casi 2 de cada 3 tenían dificultades para su cumplimiento o simplemente no cumplía con el tratamiento.

Otra dimensión que influye sobre el índice de adhesión global es la comunicación que el paciente logra desarrollar con el equipo de salud, en cuanto a esto, el estudio reportó que solo 1 de cada 5 lograba una adecuada comunicación con los integrantes del equipo de salud, mientras que 4 de cada 5

no lograban desarrollar una comunicación efectiva que propiciase una relación terapéutica que tributara a alcanzar niveles estrictos de adherencia al tratamiento, junto con esto, solo 1 de cada 5 entrevistados hizo referencia a tener expectativas en el tratamiento, mientras que casi uno 4 de cada 5 individuos tenía escasas expectativas en su terapia o simplemente no las tenían. Pese a esto, casi la mitad de los participantes están satisfechos con el tratamiento antirretroviral, lo que debería actuar como un factor favorecedor de la adherencia.

De este análisis se puede establecer que términos de Adherencia Terapéutica las cifras son poco alentadoras ya que solo un cuarto de los participantes en el estudio logró buenos niveles de adherencia, más de la mitad de las personas viviendo con VIH entrevistadas tienen dificultades con el cumplimiento del tratamiento y menos de un cuarto simplemente no alcanza estándares mínimos de adherencia.

Tabla 4: “Distribución de la Calidad de Vida Global y por dimensión de las personas viviendo con VIH según MOS-SF-30” (n=61)

Dimensión	Media de la muestra	Rango de la dimensión	Alfa de Cronbach	Desviación estándar
Salud General	2,4	0-4	-	0,9
Dolor	2,3	0-4	-	1,0
Funcionamiento Físico	9,8	0-12	0,88	2,6
Actividad Diaria	3,4	0-4	-	0,9
Funcionamiento Social	3,0	0-4	0,95	1,1
Salud Mental	11,8	0-20	-	4,1
Energía y Fatiga	9,4	0-16	0,77	3,2
Malestar respecto a la Salud	9,9	0-16	0,68	4,2
Funcionamiento Cognitivo	10,8	0-16	0,91	3,8
Calidad Vida Percibida	2,5	0-4	-	0,9
Transición de Salud	2,6	0-4	-	0,9
Calidad de Vida Global	68,0	0-100	0,93	17,5

Fuente: Ídem tabla 1

La dimensión Salud General se encuentra sobre el valor medio de la variable tributar positivamente a los términos de calidad de vida global. En términos de dolor, el reporte tiene un comportamiento similar puesto que el valor esta sobre la media de la variable, pero en este caso actúa negativamente sobre la calidad de vida global. En cuanto a funcionamiento físico como variable que mide como el VIH ha limitado la capacidad de desempeñar actividades cotidianas que requieren de un adecuado funcionamiento física, el valor de la media para esta dimensión se encuentra sobre la media de la variable lo que

favorece positivamente al global de calidad de vida, e indicando que el impacto de la enfermedad sobre la esfera física no es tan considerable.

Para la dimensión actividad diaria, la cual mide en qué medida la salud de la persona viviendo con VIH ha impactado la realización de actividades diarias (trabajar, estudiar, quehaceres del hogar etc.), la media de la dimensión se encontró sobre la media de la dimensión con un valor considerablemente mayor, lo que se puede traducir en que vivir con VIH no los limita en la realización de actividades de la vida diaria y genera un impacto positivo en términos globales.

Por su parte el funcionamiento social contemplaba en qué medida el estado de salud en relación al VIH ha impactado el realizar actividades sociales, la media se encuentra sobre el valor medio de la dimensión impactando positivamente al valor global de CV.

En cuanto a Salud Mental el valor de la media de la variable en la muestra no logra un valor significativamente más alto que la media de la variable lo cual podría hacer alusión a que las personas viviendo con VIH han sentido las repercusiones de la enfermedad sobre la salud mental en algún momento, lo cual genera impacto en la percepción global de CVRS.

En términos de energía/fatiga que hace referencia a la energía que han tenido las personas viviendo con VIH para desarrollar alguna actividad, donde al igual que la dimensión salud mental, el valor se encuentra levemente sobre la media lo que deja en evidencia que el vivir con VIH genera un impacto sobre la

sensación de energía y fatiga para desarrollar actividades cotidianas, generando un impacto desde lo físico a lo emocional y social, que además influye en la autovaloración global de CVRS.

La dimensión malestar respecto a la salud hace referencia a como el individuo han percibo el impacto de la enfermedad sobre su salud, el valor de la media reportado se encuentra levemente más alto que el de variable, por lo que se puede considerar que si existe un impacto que influye negativamente sobre la percepción de CVRS global.

En cuanto a funcionamiento cognitivo, que mide el impacto de la enfermedad sobre su capacidad cognitiva para resolver problemas y realizar actividades cotidianas, la media de la muestra se reportó sobre la media de la dimensión, lo cual hace referencia que no existe un impacto importante sobre estas áreas, y a su vez actúa de manera positiva sobre el valor global de CVRS.

Este cuestionario también da apertura para que los individuos señalen la percepción de su calidad de vida, a través de un ítem que constituye la dimensión Calidad de Vida Percibida. La media para esta, también se encontraba sobre la media para la categoría, lo cual es un valor importante puesto que pese al impacto que puede tener la enfermedad sobre la calidad de vida los participantes sienten que su percepción acerca de la misma es bastante buena.

Finalmente el cuestionario hace referencia a la Transición de Salud, esta dimensión mide como ha sido la salud física y mental respecto al mes anterior,

el valor de la media para esta muestra en esta dimensión estuvo sobre la media de la dimensión para el cuestionario. Por lo tanto la muestra nos reporta que su salud en el último mes ha evolucionado de manera favorable o se ha mantenido en similares condiciones, impactando positivamente en el global de CVRS.

Para el análisis en profundo los autores del instrumento propusieron un valor global de CVRS determinado por la sumatoria de los items. Para este estudio se pudo observar que la CVRS Global se encontraba sobre el valor medio, considerando el *goldstandar* un valor de 100 pts., considerándose la CVRS global en términos de buena y aceptable para esta población.



5.2 Calidad de Vida de Personas Viviendo con VIH y su relación con variables sociodemográficas categóricas”

Para el análisis de estas variables se consideraron pruebas paramétricas, T de Students entre la Calidad de Vida Global, variable cuantitativa con las variables categóricas del estudio, sexo, religión, situación de pareja, condición sexual, situación laboral, escolaridad y comorbilidad; y prueba de Correlación para Calidad de Vida Global y sus dimensiones, que no presentan un comportamiento normal con las variables sociodemograficas cuantitativas.

Tabla 5: “CVRS de las personas viviendo con VIH y su relación con el sexo y religión” (n=61).

		Sexo		Religión	
		Hombre (n=48)	Mujer (n=13)	Con Religión (n=36)	Sin Religión (n=25)
Calidad de Vida Global	Media	69,7	62,2	65,2	72,5
	DE	17,7	16,3	16,9	17,7

Fuente: Ídem tabla 1

Se puede observar que en ambos grupos la calidad de vida global supera el 50%, con una tendencia hacia una mejor calidad de vida por parte de los hombres respecto de las mujeres. En cuanto a la religión se puede sostener que quienes siguen creencias religiosas presentan índices menores de calidad de vida global, en relación con quienes, si lo presentan, para ambas variables no se logra significancia.

Tabla 6: “CVRS de las personas viviendo con VIH y su relación con la relación de pareja(n=61) y condición sexual (n=60)”

		Situación de Pareja		Condición Sexual	
		Con Pareja (n=31)	Sin Pareja (n=30)	Homosexual (n=41)	Heterosexual (n=19)
Calidad de Vida Global	Media	69,9	66,2	70,5	63,6
	DE	18,2	16,9	18,2	17

Fuente: Ídem tabla 1

Se puede considerar desprendido de la tabla, que la calidad de vida global de la muestra, tiende a verse más aumentada cuando las personas se encuentran en una relación de pareja versus quienes no presentan esta red de apoyo. Por su parte quienes refieren tener una condición sexual declarada homosexual y tienden a reportar valores de calidad de vida por encima de quienes son heterosexuales, para ambas variables no se logra significancia.

Tabla 7: “CVRS de las personas viviendo con VIH y su relación con la Situación Laboral, Escolaridad” (n=61)

		Situación Laboral		Escolaridad	
		Activo (n=37)	Inactivo (n=24)	Menos de 12 años (n=53)	Más de 12 años (n=8)
Calidad de Vida Global	Media	69,9	66,2	68,6	64,6
	DE	18,2	16,9	17	21,9

Fuente: Ídem tabla 1

De la tabla anterior se puede desprender que la situación laboral impacta sobre la Calidad de Vida Global, ya que quienes presentan situación laboral activa reportan un alza discreta en Calidad de Vida Global versus quienes se encuentran inactivos. Por su parte los años de escolaridad en relación a la calidad de vida global, paradójicamente se vieron levemente más alto entre presentar menos años de escolaridad, versus quienes reportaron mayor número de años de estudio, para ambas variables no se logra significancia.

Tabla 8: “CVRS de las personas viviendo con VIH y su relación con la Comorbilidad y Vía de contagio” (n=61)

		Comorbilidad		Vía de contagio
		Si presenta (n=24)	No presenta (n=37)	Sexual
Calidad de Vida Global	Media	62,7	71,5	-
	DE	19,9	15,2	-

Fuente: Ídem tabla 1

Por último, los datos anteriores hacen referencia a que la tendencia hacia una mejor calidad de vida global se encuentra entre quienes no presentan una comorbilidad con unos medios 10 puntos por sobre quienes reportaron padecer de otra patología crónica, pero aun así no alcanza significancia. La vía de contagio no se describió en este apartado puesto que el 100% de los participantes refirió que la vía de contagio fue sexual, lo cual no daba lugar a comparación entre sus medias.

Tabla 9: “Correlación de las dimensiones de la CVRS según MOS-SF-30 con Edad, Carga viral, Tiempo de diagnóstico, Tiempo de tratamiento y escolaridad” (n=61)

		Edad	Carga Viral	Tiempo diagnóstico del VIH	Tiempo de tratamiento	Escolaridad
Salud General	Coeficiente de correlación	,050	-,175	,082	-,035	,005
	Sig. (bilateral)	,701	,178	,527	,788	,971
Dolor	Coeficiente de correlación	-,227	-,002	-,207	-,215	,303*
	Sig. (bilateral)	,078	,986	,109	,096	,018
Funcionamiento Físico	Coeficiente de correlación	-,330**	-,027	-,254*	-,281*	,311*
	Sig. (bilateral)	,010	,834	,048	,028	,015
Actividad Diaria	Coeficiente de correlación	-,205	-,083	-,077	-,133	,139
	Sig. (bilateral)	,112	,523	,553	,308	,284
Funcionamiento Social	Coeficiente de correlación	,121	-,329**	,030	,063	,153
	Sig. (bilateral)	,353	,010	,816	,630	,240
Salud Mental	Coeficiente de correlación	,109	-,356**	,081	,164	,026
	Sig. (bilateral)	,404	,005	,535	,207	,844
Energía/Fatiga	Coeficiente de correlación	,122	-,411**	,103	,139	,031
	Sig. (bilateral)	,350	,001	,432	,285	,812
Malestar respecto a la Salud	Coeficiente de correlación	,083	-,285*	,119	,099	,037
	Sig. (bilateral)	,523	,026	,362	,448	,780
Funcionamiento Cognitivo	Coeficiente de correlación	,089	-,216	-,153	-,055	,127
	Sig. (bilateral)	,495	,094	,240	,674	,330
Calidad de Vida Percibida	Coeficiente de correlación	,035	-,077	-,018	,020	-,061
	Sig. (bilateral)	,790	,556	,889	,881	,642
Transición Salud	Coeficiente de correlación	,080	-,336**	,062	,138	-,200
	Sig. (bilateral)	,540	,008	,633	,287	,122
CV Global	Coeficiente de correlación	,037	-,357**	,018	,050	,123
	Sig. (bilateral)	,778	,005	,889	,701	,343

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Ídem tabla 1

De la tabla anterior se puede desprender que existen correlaciones negativas débiles y significativa entre Funcionamiento Físico con tiempo de diagnóstico, Tiempo de tratamiento y Escolaridad, pese a que se encontró una relación de baja intensidad se puede afirmar significancia entre dichas variables, lo mismo sucede entre el Funcionamiento Físico y la edad por lo que se podría sugerir que a medida que la edad aumenta el Funcionamiento Físico disminuye.

En cuanto al Funcionamiento Social existe una correlación negativa débil pero significativa con la carga viral, lo que podría aludir a que en la medida que la carga viral, de las personas comprometidas en el estudio, disminuye su funcionamiento social se ve incrementado. Bajo esta misma correlación y significancia se presentaron las dimensiones Salud Mental, Energía/Fatiga y Transición de Salud lo cual sugiere que en la medida que la carga viral disminuye tanto la Salud Mental, como la energía/fatiga aumentan, y en términos de transición de salud las personas ven que su estado de salud respecto a un periodo mejora.

Por último, en lo que respecta a Calidad de vida global solo tuvo correlación negativa débil y significativa con carga viral, lo cual hace referencia a que en la medida que el valor de la carga viral desciende, la calidad de vida global asciende. Para el resto de las dimensiones no existió correlación ni significancia con las variables sociodemográficas cualitativas analizadas.

Tabla 10: “Exploración de modelos de regresión lineal entre calidad de vida global y sus dimensiones con carga viral”

Tabla 10.1: “Resumen de los modelos de regresión lineal entre dimensiones CVRS y Carga viral”

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
Salud Mental	,224 ^a	,050	,034	4,049
Energía/Fatiga	,269 ^a	,072	,056	3,078
Transición de Salud	,194 ^a	,037	,021	,947
Calidad de Vida Global	,234 ^a	,055	,039	17,213

a. Predictores: (Constante), Carga Viral

Fuente: Ídem tabla 1

Tabla 10.2: “Coeficientes de los modelos de regresión entre dimensiones CVRS y Carga viral”

Modelo		Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
		B	Error estándar	Beta		
Salud Mental	(Constante)	12,305	,596		20,64	,000
	Carga Viral	-,004	,002	-,224	-1,762	,083
Energía/Fatiga	(Constante)	9,856	,453		21,75	,000
	Carga Viral	-,004	,002	-,269	-2,142	,036
Transición de Salud	(Constante)	2,678	,139		19,22	,000
	Carga Viral	-,001	,001	-,194	-1,516	,135
Calidad de Vida Global	(Constante)	70,394	2,533		27,78	,000
	Carga Viral	-,017	,009	-,234	-1,851	,069
a. Variable dependiente: Salud Mental b. Variable dependiente: Energía/fatiga c. Variable dependiente: Transición de Salud d. Variable dependiente: Calidad de Vida Global						

Fuente: Ídem tabla 1

Para aquellas variables que presentaron correlación significativa tanto positiva como negativa, se exploró en modelos de regresión lineal que pudiesen explicar la tendencia de las variables.

De los datos anteriores se desprende que pese a la relación débil y significativa que existente entre algunas dimensiones de la calidad de vida (Salud Mental, Energía/Fatiga, Transición de Salud y Calidad de Vida Global), con la carga viral al momento de realizar una análisis y explorar en modelos de regresión lineal que pudiesen explicar el fenómeno o determinar tendencia pese a lograr significancia para el modelo de Energía/Fatiga con carga viral cuyo modelo explica un 7% de la tendencia logra significancia pero en términos de variabilidad el aumento o disminución en una unidad de la variable no presenta el modelo respalda el 5% de la correlación ,con una variabilidad que no alcanza significancia estadística, , misma situación se presenta con transición de salud cuyo modelo explica 4% de la tendencia sin lograr significancia estadística, para calidad de vida global el modelo explica 6% de la tendencia del mismo sin obtener significancia para el caso, dichas cifra sugieren tendencia de la muestra pero no permiten afirmar direccionalidad estadística de la tendencia.

5.3 Calidad de Vida de Personas Viviendo con VIH y relación con la adherencia al tratamiento

Tabla 11: “Correlación de los valores globales y las dimensiones para la Calidad de Vida Relacionada con Salud según MOS-SF-30 y la Adherencia terapéutica según CEAT VIH.” (n=61)

		Índice de Adhesión Global	Cumplimiento del Tratamiento	Antecedentes de Adhesión	Comunicación ES-P	Expectativas del tratamiento	Satisfacción con Tratamiento
Salud General	Coeficiente de correlación	,183	,030	,272*	,143	,096	,245
	Sig. (bilateral)	,157	,820	,034	,270	,463	,058
Dolor	Coeficiente de correlación	,161	,119	,275*	,145	,036	,085
	Sig. (bilateral)	,215	,362	,032	,264	,781	,516
Funcionamiento Físico	Coeficiente de correlación	,012	-,112	-,048	,135	-,058	,063
	Sig. (bilateral)	,930	,390	,715	,299	,655	,628
Actividad Diaria	Coeficiente de correlación	-,055	-,103	-,079	-,052	-,039	-,048
	Sig. (bilateral)	,675	,429	,543	,688	,763	,715
Funcionamiento Social	Coeficiente de correlación	,301*	,153	,276*	,294*	,258*	,159
	Sig. (bilateral)	,019	,240	,032	,022	,044	,220
Salud Mental	Coeficiente de correlación	,411**	,292*	,406**	,315*	,318*	,294*
	Sig. (bilateral)	,001	,023	,001	,013	,013	,022
Energía/Fatiga	Coeficiente de correlación	,507**	,390**	,450**	,387**	,420**	,504**
	Sig. (bilateral)	,000	,002	,000	,002	,001	,000
Malestar Respecto a la Salud	Coeficiente de correlación	,359**	,212	,409**	,297*	,299*	,209
	Sig. (bilateral)	,005	,101	,001	,020	,019	,106
Funcionamiento Cognitivo	Coeficiente de correlación	,307*	,256*	,241	,163	,275*	,214
	Sig. (bilateral)	,016	,047	,062	,210	,032	,098
Calidad de Vida percibida	Coeficiente de correlación	,418**	,283*	,453**	,327**	,333**	,435**
	Sig. (bilateral)	,001	,027	,000	,010	,009	,000
Transición de Salud	Coeficiente de correlación	,470**	,404**	,442**	,382**	,368**	,356**
	Sig. (bilateral)	,000	,001	,000	,002	,004	,005
Calidad de Vida Global	Coeficiente de correlación	,421**	,269*	,404**	,356**	,328**	,305*
	Sig. (bilateral)	,001	,036	,001	,005	,010	,017

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

Fuente: Ídem tabla 1

Del análisis de la tabla anterior se puede desprender que al realizar correlación entre las dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud y las categorías de la adherencia al tratamientos se puede establecer que solo algunas de ellas lograron una correlación significativa, en todos los casos la intensidad de la correlación fue media, con un coeficiente de correlación que no superaron el 0,5, logrando la mayor correlación para la muestra entre la dimensión Energía/Fatiga con el índice global de adhesión, y todas las categorías que integran este índice; logrando además significancia estadística con todas las categorías de la adherencia terapéutica. Mismo fenómeno se observa entre la Salud Mental, calidad de vida percibida y transición de salud con el Índice Global de adhesión y todas sus categorías, en donde la correlación fue positiva media significativa, lo que podría hacer referencia que en términos de tendencia existe una correlación ente las variables analizadas, y en la medida que una aumenta la otra se ve favorecida.

Del análisis de correlación entre las dimensiones de Calidad de Vida y el valor global de calidad de vida con las categorías de la adherencia terapéutica hubo algunas dimensiones que también lograron una fuerza de correlación, baja pero también significativas con solo algunas categorías de la adherencia al tratamiento, pero siempre correlacionando para Índice global de adhesión, es el caso de Funcionamiento social, malestar respecto de la salud y Funcionamiento cognitivo. Por su parte el funcionamiento social correlaciono positivamente y con una baja intensidad con índice de adhesión global y con tres de sus

categorías, antecedentes de adhesión, comunicación paciente-equipo de salud, y expectativas del tratamiento, para malestar respecto de la salud solo hubo correlación positiva de intensidad media y significativa, en lo referente a malestar respecto de la salud, solo se logra una correlación positiva de intensidad media y significativa con el índice de adhesión global y los antecedentes de adhesión, para el funcionamiento cognitivo se pudo establecer una correlación positiva de intensidad media y significativa, con las categorías índice global de adhesión, cumplimiento del tratamiento y expectativas del tratamiento, para todos estos casos la direccionalidad fue positiva, por lo cual en la medida que las categorías de la adherencia terapéutica como su global se ven aumentado, las dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud descritas anteriormente también presentan un aumento.

En términos de la correlación entre la Calidad de Vida global y las categorías de adherencia terapéutica la correlación fue positivas, de mediana intensidad y significativa tanto con el índice global de adhesión como con todas las categorías de la adherencia terapéutica, por lo cual, se puede mencionar que en la medida que las categorías de la adherencia terapéutica, así como su valor global se ven incrementados, así también aumenta el nivel global de calidad de vida relacionada con salud, estableciéndose una relación con tendencia positiva entre adherencia terapéutica y calidad de vida.

Tabla 12: “Exploración de modelos de regresión lineal entre calidad de vida en su valor global como sus dimensiones con adherencia terapéutica y sus categorías”

Tabla 12.1: “Resumen de los modelos de regresión lineal dimensiones CVRS y Categorías de Adherencia Terapéutica”

Modelo	R	R cuadrado	R cuadrado ajustado	Error estándar de la estimación
1	,286 ^a	,082	,066	1,020
2	,353 ^a	,125	,110	3,887
3	,391 ^a	,153	,139	,841
4	,421 ^a	,177	,163	,875
5	,304 ^a	,093	,077	16,866

1. Predictores: Comunicación equipo de salud-paciente / Funcionamiento Social
2. Predictores: Índice de Adhesión Global/ Salud Mental
3. Predictores: Antecedentes de Adhesión / Calidad de Vida Percibida
4. Predictores: Índice de Adhesión Global/ Transición de Salud
5. Predictores: Índice de Adhesión Global/ Calidad de Vida Global

Tabla 12.2: “Coeficientes de los modelos de regresión dimensiones CVRS y Categorías de Adherencia Terapéutica”

Modelo	Coeficientes no estandarizados		Coeficientes estandarizados	t	Sig.
	B	Error estándar	Beta		
1 a. (Constante)	2,206	,390		5,652	,000
Comunicación ES-P	,013	,006	,286	2,291	,026
2.b (Constante)	4,826	2,452		1,968	,054
Índice de Adhesión Global	,092	,032	,353	2,899	,005
3.c (Constante)	,817	,529		1,543	,128
Antecedentes de Adhesión	,021	,006	,391	3,263	,002
4.d (Constante)	,645	,552		1,169	,247
Índice de Adhesión Global	,025	,007	,421	3,568	,001
5.3 (Constante)	42,503	10,641		3,994	,000
Indice de Adhesión Global	,337	,137	,304	2,455	,017

- 1.a Variable dependiente: Funcionamiento Social
- 2.b Variable dependiente: Salud Mental
- 3.c Variable dependiente: Calidad de vida percibida
- 4.d Variable dependiente: Transición de Salud
- 5.e Variable dependiente: Calidad de Vida Global

Se exploró modelos de regresión que pudiesen explicar la correlación existente entre las dimensiones de la calidad de vida relacionada con salud con las categorías de la adherencia terapéutica. Para el análisis de los datos anteriores solo se consideró las correlaciones positivas de mediana intensidad y con significancia estadística (Funcionamiento Social, Salud Mental, Calidad de Vida Percibida, Transición de Salud y Calidad de Vida Global) y que pudiesen esbozar un modelo de regresión lineal.

De la tabla anterior se puede desprender que ninguno de los modelos logra explicar por si solo el fenómeno de adherencia terapéutica y su impacto sobre la calidad de vida, con significancia estadística, pese a la correlación positiva que presentan. De esta forma se desprende de los resultados que el funcionamiento social estaría correlacionado con el comunicación existente entre el equipo de salud, con tendencia al alza en funcionamiento social en la medida que aumenta la comunicación equipo de salud-paciente, pero el modelo solo logra explicar un 1% de esta correlación sin significancia estadística, por su parte la salud mental correlacionó positivamente con todas categorías de la adherencia terapéutica para el modelo de regresión lineal, explicando un 13% del fenómeno pero no logrando tener un valor B considerable para establecer predicción, ya que en la medida que se aumenta una unidad de en la comunicación equipo de salud-paciente el impacto sobre la Salud Mental es ínfimo, aumentando en tan solo 0,04 unidades, por lo que solo se podría

esbozar una tendencia en la cual en la medida que una aumenta la otra también lo podría llegar a hacer.

En términos de calidad de vida percibida en el análisis bivariado se logró establecer una correlación positiva de mediana intensidad y estadísticamente específica, al explorar en modelos de regresión lineal se pudo observar que solo la categoría antecedentes de adhesión tributaba como variable predictora explicando un 15% de modelo pero con un valor B bajo para establecer predicción de dicho modelo, misma situación sucede con la dimensión transición de salud que tuvo como categoría predictora el índice global de adhesión la cual explicaba en 18% el modelo pero aun así no logró obtener un valor B que respaldara dicha variable predictiva.

Finalmente se exploró un modelo de regresión lineal con el valor global de calidad de vida y las categorías de la adherencia terapéutica, resultando como variable predictiva el índice global de adhesión logrando explicar un 9% del modelo, pero al igual que el resto de las dimensiones no logro un valor B que ratifique el coeficiente de la relación.

Del análisis de la tabla anterior se puede afirmar que pese a que no se logró establecer un modelo que explicará significativamente la correlación y direccionalidad de las variables, se pudo observar que si existe una tendencia positiva entre las dimensiones de la calidad vida y las categorías de la adherencia terapéutica.



6. ANÁLISIS Y DISCUSIÓN.

Las personas viviendo con VIH que participaron en el estudio se caracterizan por ser en su mayoría hombres 78,7%, la mayoría de la muestra declaró ser homosexuales, encontrarse en una edad promedio de 40,8 años, mantener una relación de pareja en 50,8% de los casos, tener estudios de 12 o más años (86,9%). Entre las enfermedades concomitantes el 39% de la muestra refiere presentar otra enfermedad crónica, en cuanto al tiempo desde el diagnóstico la muestra declara en promedio 11 años desde la confirmación y 8 años desde que se mantienen en tratamiento, con un promedio de carga viral de 133 copias/ml. Este perfil sociodemográfico es cercano a lo expresado en otros estudios, en los que gran parte de las personas que participan en los estudios corresponden a hombres (46, 48,50-51,53) cuya orientación sexual corresponde a la categoría homosexual, con un porcentaje cercano al 60% (48,52-53). La edad promedio de los participantes en un estudio en Brasil es 41 años, al igual que en este estudio, los participantes refieren en un 50,8% contar con una pareja al igual que en otros estudios (47,50), en cuanto a la escolaridad varias investigaciones señalan que los participantes no contaban con más de 12 años de estudio (46,48-49,53), lo que difiere con los presentes hallazgos.

En cuanto a la adherencia al tratamiento también se reporta en términos globales y por dimensión, el índice global de adhesión para este grupo se encuentra concentrado en las categorías de baja adhesión o adhesión insuficiente, concentrando casi el 70% de la muestra en estas categorías, lo que refleja el bajo nivel de adhesión al tratamiento que presentan los participantes.

Se debe considerar, que sí existe un porcentaje de adhesión, pero no alcanza los niveles óptimos para alcanzar el éxito serológico (indetectable). Esto, está en oposición a los resultados obtenidos en estudios realizados en países desarrollados donde gran parte de los participantes son adherentes al tratamiento (46-47,50-51,53), pero si es coincidente con un estudio realizado en Brasil, donde la adherencia reportada por los participantes también se encuentra en la categoría baja/insuficiente (52).

En cuanto a la CVRS, se encontraron resultados globales y por dimensiones. La CVRS global de esta muestra reportó en 68 puntos de 100, donde los autores del cuestionario establecen la relación proporcional, que a mayor porcentaje, mayor CVRS. Este resulta muy cercano a otro estudio, con una muestra similar en que además se aplicó el mismo instrumento, reportan resultados aceptables y buenos con un nivel de CVRS de entre 65-72 puntos por su parte el instrumento utilizado para medir CVRS en este estudio reporto un valor Alpha de 0.89 versus su versión original Alpha 0.93 (73).

En términos de CVRS global y sus dimensiones así como su relación con las variables biosociodemográficas se observó tendencias que son similares a las reportadas en la literatura, entre estas encontramos, coincidencias en términos descriptivos en relación a que la muestras, al igual que en otras investigaciones estaba constituida principalmente por personas de sexo masculino, no declarar una religión, mantener una relación de pareja, declarar ser homosexual, poseer

un trabajo, tener una escolaridad mayor a 12 años, no tener comorbilidades como reportar una baja carga viral, (62-64). Los citados estudios evidencian que tanto los factores biosociodemográficos, personales, la carga viral, estado de la enfermedad y síntomas pueden influir positiva como negativamente en la CVRS dependiendo del sentido de la variable; por su parte un estudio explica con mayor detalles que algunos factores sociodemográficos afectan negativamente la CVRS entre estos se encuentran la edad avanzada, sexo femenino, baja escolaridad, ausencia de empleo, escasas de redes de apoyo familiares y/o sociales, así como también factores clínicos como la Carga Viral afectan negativamente la CVRS (51).

La adherencia Terapéutica es un factor clave para el éxito del tratamiento y podría tener un mayor impacto en la población en el mejoramiento de la salud y por tanto, en la CVRS de las personas que se encuentran en algún tratamiento (8), concordante además con los resultados encontrados en Coquimbo - Chile donde se señala que 68% de las personas viviendo con VIH presenta problemas de adhesión a TARGA, lo cual subraya la necesidad de comprender mejor esta problemática y delinear estrategias efectivas que permitan intervenir sobre el problema de adherencia puesto que está comprobado que un bajo nivel de esta deteriora la CVRS de las personas viviendo con VIH (67).

En términos de relación entre las dimensiones de la CVRS y su valor global, así con las categorías de la adherencia terapéutica y su índice de adhesión global la literatura señala que fortalecer aspectos de estas dimensiones, como lo son la autoeficacia (51) parte de la esfera de la salud mental, algunos aspectos de la propia enfermedad, funcionamiento físico, percepción de la enfermedad, pueden afectar en mayor o menor medida la CVRS a partir de síntomas que pudiesen provocarse por una mala adherencia terapéutica, puesto que dentro del impacto que pudiese tener una mala adherencia se encuentran síntomas como la diarrea crónica, que puede alterar de forma significativa la vida social y las actividades cotidianas, teniendo un impacto en la esfera física entre ellas la sensación de energía y por consiguiente impactando en salud global (57). Así también en esta línea de síntomas producidos por una baja adherencia terapéutica encontramos la anorexia, las náuseas y la sudación nocturna se correlacionan con peores puntuaciones en las subescalas de función física, función de rol, dolor y la de energía (56). Por lo cual intervenir en pos de mejorar la adherencia al tratamiento podría tributar positivamente a una mejor percepción de la calidad de vida general y una mejora en sus dimensiones.

Un estudio determinó la correlación de los factores como la autoestima, de la esfera salud mental con el mantenimiento de hábitos de vida saludables que incluía la adherencia al tratamiento, determinando el mantenimiento de hábitos de vida saludable actúan como protectores en la

salud física y mental, mientras que los problemas económicos, esfera social, la desfiguración corporal, esfera salud física y el ánimo depresivo, esfera salud mental, generan un impacto negativo sobre el mantenimiento de hábitos saludables, por lo tanto impactan sobre la adherencia al tratamiento generando por consiguiente un impacto sobre la CVRS (55).

Es así como se puede hacer un contraste de la importancia de la adherencia terapéutica y el impacto que genera sobre las dimensiones de la calidad de vida, lo que refleja y avala en parte las tendencias observadas en el estudio y la relación con los estudios existentes que muestran propensiones similares.

Para dar respuesta a las hipótesis de trabajo planteadas en este estudio se revisaron ordenadamente como se plantea a continuación:

I. La CVRS global y sus dimensiones de las personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral se relacionan con las variables biosociodemográficas

A partir del análisis de los resultados se puede afirmar que existen factores biosociodemográficos que influyen sobre la Calidad de Vida Relacionada con Salud Global, pese a que en términos del estudio no se logró significancia estadística entre el valor global de calidad de vida con variables dicotómicas categóricas presentes en el estudio. Al realizar correlación entre la

calidad de vida global y sus dimensiones con variables sociodemograficas para contrastar con las hipótesis planteadas y comparar con los estudios existente solo se encontró una correlación negativa entre Salud Mental, energía/fatiga, transición de salud como con Calidad de vida global al ser correlacionadas con carga viral, y para todas estas correlaciones de carácter débil y significativo el efecto era negativo sugiriendo que en la medida que la carga viral disminuía el resto de las variables aumentaban, es por esto que pese a que las cifras nos hablan de una tendencia no se logra confirmar una correlación entre las variables seleccionadas pese a esto se acepta el hecho de mostrar tendencia nos permite afirmar que se acepta parcialmente la hipótesis planteada.

Vale destacar que, pese a que el comportamiento de las dimensiones del instrumento para la muestra se mantuvieron en valores cercanos a la media para el cuestionario y con tendencia al alza, el valor global no logró reportar un valor adecuado de CVRS sino más bien se encuentra alejado de estándares ideales que se encontrarían sobre el 75%.

II. La CVRS de las personas pertenecientes a la asociación Positivamente Positivo Talcahuano es mayor cuando presentan mayor Adherencia Terapéutica.

A partir de los resultados se pudo establecer que existe una correlación positiva de mediana intensidad y significativa entre la CVRS (Calidad de Vida Global) y la adherencia terapéutica (Índice Global de Adhesión) pero la cual no

tiene una significancia estadística categórica por lo cual solo se puede hablar de tendencias por lo cual se aprueba parcialmente la hipótesis planteada.

III. Las dimensiones de la CVRS están correlacionadas positiva y negativamente por las categorías de la adherencia terapéutica, en las personas viviendo con VIH en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la Asociación Positivamente Positivo Talcahuano.

Desde los resultados se puede observar una correlación positiva, significativa y de mediana intensidad entre algunas de las dimensiones de la calidad de vida entre ellas: Salud Mental, Energía/ fatiga, Transición de Salud y Calidad de Vida percibida con algunas de las categorías de la adherencia terapéutica, pese a ello al momento de explorar en modelos de regresión lineal no se logró establecer un modelo que determinara en porcentaje adecuado la predicción del modelo, pero si hacer referencia a un aumento de estas dimensiones de la calidad de vida produce que las categorías mencionadas de la adherencia terapéutica también aumenten, aun así en esta correlación no tiene se observó significancia estadística categórica por lo cual solo se puede hablar de tendencias por lo cual se aprueba parcialmente la hipótesis planteada.

7. CONCLUSIONES



Se pudo trabajar sobre un total de 61 pacientes con VIH en tratamiento antirretroviral la edad promedio de los participantes fue 41 años, donde la edad mínima fue de 18 años y la máxima de 71 años. La carga viral en promedio se encontraba en los 133,3, con un tiempo de diagnóstico de 11 años y medio en promedio y un tiempo de tratamiento de 8 años y medio.

En cuanto a adherencia terapéutica se determinó en base al valor del índice global de adhesión reportándose que menos de 1/3 de los participantes logro alcanzar un nivel de adherencia estricta, más bien los valores se concentraron en términos de adherencia insuficiente concentrándose en esta categoría más de la mitad de los participantes, sumado a esto se encuentra que un 8,2 de las personas del estudio declaran una baja adherencia.

En términos de calidad de vida para este estudio se pudo observar que la CVRS Global se encontraba sobre el valor medio, considerando el *goldstandar* un valor de 100 pts., pese a que los comportamientos de las dimensiones del instrumento se mantuvieron en valores medios y con tendencia al alza, el valor global no logró reportar un valor adecuado de CVRS sino más bien se encuentra bajo los estándares ideales que se encontrarían sobre el 75%.

De acuerdo al marco teórico empleado y los resultados analizados, se puede ver que existen puntos de concordancia entre los modelos elegidos, y los resultados obtenidos donde se puede observar una relacionan con los parámetros medidos en la CVRS y Adherencia Terapéutica, lo que además es

concordante con la literatura la cual expresa que entre la adherencia al tratamiento y la CVRS existe una relación relevante (44-49)

El estudio dio la apertura para de explorar en busca de la identificación de una relación entre la CVRS y la adherencia terapéutica de las personas viviendo con VIH, si bien en las correlaciones y modelajes que se exploraron no permitieron establecer modelos con significancia y potencia estadística, los resultados sugieren tendencias que permitirá a los profesionales de enfermería proyectar nuevos estudios en la temática con uso de instrumentos que presente mayor precisión para la medición del fenómeno, a su vez en base las tendencias vistas en este estudio, se podría llegar a proyectar intervenciones enfocadas en que mantengan y/o elevar el nivel de Calidad de Vida de las personas viviendo con VIH desde la intervención en el punto de inflexión observado, adherencia al tratamiento. Además, desde el punto de vista social, este estudio generó una base de datos sociodemográficos, de calidad de vida y adherencia de una población reconocida vulnerable y de difícil acceso, contar con estos datos podría dar apertura para la discusión sobre esta temática contingente en nuestro país.

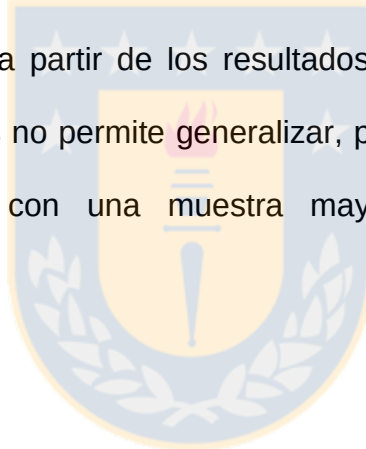
8. LIMITACIONES DEL ESTUDIO



Los resultados, dadas las características de la muestra, solo están circunscritos al ámbito de organizacional como estructura de agrupación de base comunitaria que ofrece ayuda a personas viviendo con VIH.

Uso de instrumento seleccionado para medir calidad de vida no presentaba baremos de resultados lo que limitó el análisis e interpretación de los resultados

Sumado a esto se encuentra además que la muestra obtenida logra determinar tendencia a partir de los resultados para este grupo de personas viviendo con VIH, mas no permite generalizar, por lo cual la realización de una investigación similar con una muestra mayor enriquecería la línea de investigación.





9. SUGERENCIAS

Recomendaciones sobre otras posibles líneas de investigación

- Estudiar la influencia de otras variables, apoyo social percibido, el sistema de salud en el se controlan los pacientes, estado de síntomas.
- Realizar investigación con enfoque cualitativo o mixto que permita estudiar aspectos subjetivos de los fenómenos de calidad de vida relacionada con salud y adherencia terapéutica.
- Replicar el estudio en un número mayor de personas y adosado a un centro asistencial que se comprometa con la medición de calidad de vida y la adherencia terapéutica de sus usuarios.
- Realizar proyectos de intervención enfocados en mejorar la adherencia terapéutica de las personas viviendo con VIH para favorecer a su vez la Calidad de Vida Relacionada con Salud.

Recomendaciones para la práctica

- Valoración del concepto de calidad de vida relacionada con salud como estándar de medición de las prestaciones y así como, de la adherencia terapéutica para realizar un seguimiento desde variables objetivados y medibles en los usuarios del sistema de salud indistintamente de la patología.

- Acentuar el rol de enfermería en el mantenimiento y elevación del nivel de salud de la población, a partir del compromiso terapéutico de los usuarios al mejorar la adherencia terapéutica, que tiene repercusiones positivas sobre su percepción de Calidad de Vida relacionada con salud.

Recomendaciones para la formación profesional

- Realzar la importancia del tópico CVRS y Adherencia terapéutica en personas viviendo con VIH, desde la formación de pregrado en los profesionales de enfermería, puesto que se trata de un importante tema de salud pública, poco abordado en los planes de estudio de dichos profesionales, y que además la temática de salud, hace un llamado a un trabajo interdisciplinar por lo cual da la perspectiva de trabajo colaborativo desde la formación universitaria.

10. BIBLIOGRAFÍA



1. Vilató L, Martín L. Pérez I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. *Rev.Cub.Salud Pública*, 2015; 41(41): 620-630.
2. ONU/SIDA. Informe sobre la epidemia mundial de SIDA. Ginebra: ONU/SIDA; 2016 [citado 11 noviembre 2017]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/topic/data>
3. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Vigilancia epidemiológica de VIH/SIDA. Circular B51/35 14/10/2010. Departamento de epidemiología, Ministerio de Salud.
4. Evolución del VIH-SIDA, Chile 1984–2010 [Evolution of HIV-AIDS, Chile 1984–2010]. Disponible en: <http://www.scribd.com/doc/78751438/InformePais-1984-2010-vih-sida>
5. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Guía Clínica AUGES Síndrome de la Inmunodeficiencia adquirida VIH/SIDA Santiago, 2013.
6. Wolff M. SIDA: una travesía desde la impotente desesperanza al éxito terapéutico. *Rev.chil. infectol.* 2015; 32(1):9-16.
7. Ballester R. Eficacia terapéutica de un programa de intervención grupal cognitivo comportamental para mejorar la adhesión al tratamiento y el estado emocional de pacientes con infección por VIH/SIDA. *Psicothema*. 2003, 15 (4), 517-523 [citado 12 junio 2016], Disponible en: <http://www.psicothema.com/psicothema.asp?id=1101>
8. Martín L. Adherencia al tratamiento en hipertensos de áreas de salud del nivel primario. 2003-2007 [tesis]. La Habana: Escuela Nacional de Salud Pública; 2009, [citado el 12 de junio 2016], Disponible en: http://tesis.repo.sld.cu/80/1/tesis_mARTINabertadfinal.pdf
9. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. Ginebra: OMS; 2004 citado 15 Junio 2016 Disponible en: <http://www.paho.org/Spanish/AD/DPC/NC/adherencia-largo-plazo.pdf>

10. Urzúa A. Calidad de vida relacionada con la salud: Elementos conceptuales. *Rev. Med Chile*. 2010, 138,(3),358-365..
11. Miners A, Phillips A, Kreif N, Rodger A, Speakman A, Fisher M, et al. HIV and health-related quality-of-life in the UK - where are we now? *HIV MEDICINE*. 2014, 15(1), 3-4.
12. Varela M, Galdames S, Depresión y adhesión a terapia anti-retroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Rev. chil. infectol.* 2014 31(3) ,323-328.
13. Mucci S, De Marco M, Nogueira M, Albuquerque V. Quality of life and adherence to HAART in HIV-infected patients. *Rev Saúde Pública*. 2010, 44(4), 1-6
14. Millar L. Factores asociados a la Adherencia al tratamiento en Pacientes Enfermos de SIDA de la Región del Bío Bío. *Pyshe*, 2003, 12(1), pp.145-160.
15. Longo D, Fauci A, Kasper D, Hauser S, Jameson J, Loscalzo J. Principios de Medicina Interna. 18º ed. Nueva York: McGraw-Hill; 2012.
16. Goldman L, Schafer AI. Cecil y Goldam. Tratado de Medicina Interna. 24º ed. Barcelona: Elsevier Saunders; 2013.
17. Prejean J, Song R, Hernandez A, Ziebell R, Green T, Walker F, et al. Estimated HIV incidence in the United States, 2006-2009. *Plos One*. 2011; 6 (8):1-13.
18. Fischl M , Richman D , Grieco M , Gottlieb M , Volberding P , Laskin O, et al. The efficacy of azidothymidine (AZT) in the treatment of patients with AIDS and AIDSrelated complex: a double-blind, placebo-controlled trial. *N Engl J Med* 1987; 317(2): 185-191
19. Lamot J. Infección por VIH/sida en el mundo actual. *MEDISAN* 2014;18(7):117-134
20. Nguyen N, Holodniy M. HIV infection in the elderly. *Clin Interv Aging*. 2008; 3(3):453-472.

21. Brañas F, Serra J. Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en el anciano. *Rev Esp Geriatr Gerontol*. 2009; 44 (3):149- 154.
22. Cahill S, Valadéz R. Growing older with HIV/AIDS: new public health challenges. *Am J Public Health*. 2013; 103 (3):1-15.
23. Adewuya A, Ola B, Ogundele O. Relationship Between Depression and Quality of Life in Persons with HIV Infection in Nigeria. *Int J Psychiatry Med*. 2008; 38 (1):43-51.
24. Bastera M. El cumplimiento terapéutico. *Pharm Care Esp*. 1999; 1(1), 97-106.
25. Orueta R, Toledano P, Gómez-Calcerrá R, Actualización en medicina de familia: Cumplimiento terapéutico. *Semergen*. 2008; 34 (5): 235-243
26. Haynes R. Sackett, D. *Compliance with therapeutic regimens*. 1st ed. Baltimore: Johns Hopkins University Press. c 1976
27. Silva G., Galeano, E. y Correa J. Adherencia al tratamiento Implicaciones de la no-adherencia. *Acta Médica Colombiana* 2005, 30(1), 268-273.
28. Bringos LS, Bachiller P, Palacio T, González M, Eiros J. Influencia de factores clínicos y sociodemográficos en la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Rev Electron Biomed*. 2010; 15:3-7
29. Ballester R, Gómez S, Fumaz C, González M, Remor E, Fuster M. A Spanish Study on Psychological Predictors of Quality of Life in People with HIV. *AIDS and Behavior*. 2015, 20(2): 281-291.
30. De Oliveira A, Reis R, Almeida J, Gir E. Calidad de vida, características clínicas y adhesión al tratamiento de personas viviendo con VIH/Sida *Rev.Latino-Am. Enfermagem*.2014;22(6):994-1000
31. George S, Bergin C, Clarke S, Courtney S, Codd M. Health-related quality of life and associate factors in people with HIV: an Irish cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016 (14):1-12

32. Castillo F. Chile entre los países con mejor calidad de vida en el mundo, según ONG internacional. *Radio Bío Bío Chile*. [03 de Agosto 2016]. Disponible en: <http://www.biobiochile.cl/noticias/nacional/chile/2016/08/03/chile-destaca-en-ranking-de-paises-con-mayor-calidad-de-vida-según-onginternacional.shtml>.
33. Piñera S. Gobierno de Chile, Poder Ejecutivo de la Nación. Cuenta Pública 2018.
34. Schwartzmann L. Calidad De Vida Relacionada Con Salud: Aspectos Conceptuales. *Cienc. enferm.* 2003 9(2). 1- 10
35. Urzúa M, Caqueo-Úrizar A. Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia psicológica*, 2012, 30(1), 61-71.
36. Bognar G. The concept of quality of life. *Social and Practice*. 2005, 31(1), 561-580.
37. Cummins R. Moving from the quality of life concept to a theory. *J Intellect Disabil Res.* 2004, 49(1), 699-706.
38. Burke C. Testing an Asthma quality of life model. *J Theory Constr Test*. 2001; 5 (1) 38-44.
39. Nanda U, Andresen E. Health related Quality of life, a guide por the health professional. *Eval. Health Prof.* 1998; 21(1) 179-215.
40. Fernández J, Hernández R, Siegrist J. El perfil de calidad de vida para enfermos crónicos: un método para evaluar bienestar y funcionalismo en la práctica clínica. *Atención Primaria*. 2001; 28(1) 680-699.
41. Wilson I, Cleary P. Linking clinical variables with health related quality of life. *JAMA* 1995; 273(1) 59-65.
42. Estwing C, Johnson J, Ellen J, Wilbur J, Larson L. Conceptual Model of Health- Related Quality of Life, *JNS*. 2005, 37:4, 336-342.
43. Louwagie GM, Bachmann MO, Meyer K, Booysen F, Fairall LR, Heunis C. Highly active antiretroviral treatment and health related quality of life

- in South African adults with human immunodeficiency virus infection: a cross-sectional analytical study. *BMC Public Health*. 2007; 7: 244.
44. Subramanian T, Gupte MD, Dorairaj VS, Periannan V, Mathai AK. Psycho-social impact and quality of life of people living with HIV/AIDS in South India. *AIDS Care* 2009; 21: 473- 481.
45. Huang L, Li L, Zhang Y, Li H, Li X, Wang H. Self-Efficacy, Medication Adherence, and Quality of Life Among People Living With HIV in Hunan Province of China: A Questionnaire Survey. *JANAC*. 2013; 24(2): 145-153.
46. Ventura JM, Martín M^a T, Morillo R, Yébenes M^a, Casado MA. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. *Estudio ARPAS. Farm Hosp*. 2014;38(4):291-299
47. Narváez M, Linsb L, Reis de Oliveirab I, Brites C. Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Braz j infect dis*. 2017;21(5):507–514
48. Swendeman D, Comulada WS, Ramanathan N, Lazar M, Estrin D. Reliability and Validity of Daily Self-Monitoring by Smartphone Application for Health-Related Quality-of-Life, Antiretroviral Adherence, Substance Use, and Sexual Behaviors Among People Living with HIV. *AIDS Behav*. 2015; 19(2): 330 – 340
49. Langebeek N, Sprenger HG, Gisol EH, Reiss P, Sprangers MA , Legrand JC, et al. A simplified combination antiretroviral therapy regimen enhances adherence, treatment satisfaction and quality of life: results of a randomized clinical trial. *HIV Medicine*. 2014; 15: 286–290
50. De Oliveira AC, Reis RK, Nogueira JA, Gir E. Calidad de vida, características clínicas y adhesión al tratamiento de personas viviendo con VIH/Sida. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*. 2014;22(6):994-1001

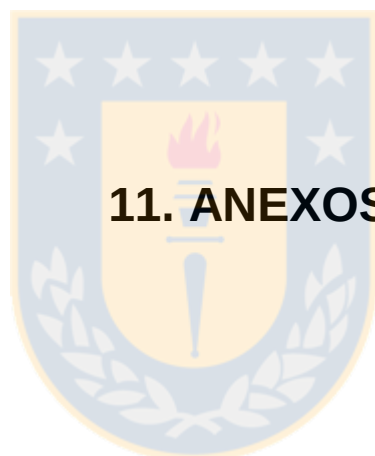
51. Huang L, Li L, Zhang Y, Li H, Li X, Wang H. Self-Efficacy, Medication Adherence, and Quality of Life Among People Living With HIV in Hunan Province of China: A Questionnaire Survey. *JANAC*. 2013; 24(2): 145-153.
52. Gimeniz MT, Lima L, Citó S, Teles ML, Araújo L. Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. *Acta Paul Enferm*. 2015; 28(1):48-53.
53. Chen W, Wantland D, Reid P, Corless I, Eller L, Lipinge S et al. Engagement with Health Care Providers Affects Self-Efficacy, Self-Esteem, Medication Adherence and Quality of Life in People Living with HIV. *AIDS Clin Res*. 2013; 4(11): 256-270.
54. Bringos LS, Bachiller P, Palacio T, González M, Eiros J. Influencia de factores clínicos y sociodemográficos en la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Rev Electron Biomed*. 2010; 15:3-7
55. Ballester R, Gómez S, Fumaz C, González M, Remor E, Fuster M. A Spanish Study on Psychological Predictors of Quality of Life in People with HIV. *AIDS and Behavior*. 2015; 20(2): 281-291.
56. George S, Bergin C, Clarke S, Courtney S, Codd M. Health-related quality of life and associate factors in people with HIV: an Irish cohort study. *Health and Quality of Life Outcomes*. 2016; (14):1-12
57. Erlandson K, Reynolds S, Cox C. Self-reported body fat change in HIV-infected men is a marker of decline in physical health-related quality of life with aging, independent of comorbidity. *PLoS One*. 2014; 9(12):114 – 126
58. Grov C, Golub S, Parsons J, Brennan M, Karpiak S. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care*. 2010; 22 (5):630–649.

59. Dalmida S, Holstad M, Dilorio C, Laderman G. Spiritual well-being and health-related quality of life among African- American women with HIV/AIDS. *Appl Res Qual Life*. 2011; 6(2):139–57.
60. Emlet C, Fredriksen-Goldsen K, Kim H. Risk and protective factors associated with health-related quality of life among older gay and bisexual men living with HIV disease. *Gerontologist*. 2013; 53 (6):963–972.
61. Cramer A, Roy A, Burrell A, Fairchild J, Fuldeore M, Ollendorf D, et al. Medication compliance and persistence: terminology and definitions. *Value Health*. 2008; 11(1):44–57.
62. Tomita A, Garrett N, Werner L, Burns J, Ngcobo N, Zuma N, et al. Impact of Antiretroviral Therapy on Health-Related Quality of Life among South African Women in the CAPRISA 002 Acute Infection Study. *AIDS and Behavior*. 2014, 18(9):1801-1807.
63. Quet A, Garanet F, Balestre E, Ekouevi D, Claude J, Bognounou R, Dah T, et al. Antiretroviral treatment and quality of life in Africans living with HIV: 12-month follow-up in Burkina Faso. *Journal of the International AIDS Society*. 2013; 16(1): 1-13.
64. Ladefoged K, Andersson M, Koch A, Rendal T, Rydbacken M. Living conditions, quality of life, adherence and treatment outcome in Greenlandic HIV patients. *International Journal of Circumpolar Health*. 2012, 71(0): 1-11.
65. Tran B. Quality of Life Outcomes of Antiretroviral Treatment for HIV/AIDS Patients in Vietnam. *PLoS ONE*. 2012; 7(7): 1- 8.
66. De Boer-van I, Sprangers M, Prins J, Smit C, De Wolf F, Nieuwkerk, P. Health-Related Quality of Life and Survival among HIV-Infected Patients Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy: A Study of Patients in the AIDS Therapy Evaluation in the Netherlands (ATHENA) Cohort. *Clinical Infectious Diseases*. 2010; 50(2): 255-263.

67. Varela M., Galdames S. Depresión y adhesión a terapia antiretroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile. *Rev. chil. infectol.* 2014; 31(3): 323-328
68. Hernandez R, Fernandez, Baptista P. Metodología de la Investigación 4º ed. McGraw.Hill. Mexico, D.F., 2006 Cap.7 pág.157-175; Cap.12 pag.210-234.
69. Wu A, Rubin H, Mathews W, Ware J, Brysk, Hardy W, et al. A health status questionnaire using 30 items from the Medical Outcomes Study. *Med Care.* 1991; 29(1):786-798.
70. Remor E. Systematic Review of the Psychometric Properties of the Questionnaire to Evaluate the Adherence to HIV Therapy (CEAT-VIH). *The Patient: Patient-Centered Outcomes Research.* 2013; 6:61-73.
71. Tafur E, Ortiz C, Alfaro CO, García E, Faus MJ. Adaptation of the “Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire” (CEAT-VIH) for its use in Peru. *ARS Pharm.* 2008;49(3):183–198.
72. Flores S, Guinossi G, Pérez PM, Zepeda M. Factors of adherence to drug therapy in young adults aged 20 to 50 years of age with HIV/AIDS: control and monitoring in the ‘San Juan de Dios La Serena’ Hospital (In Spanish; habilitation thesis]. La Serena (Chile): Universidad Santo Tomas, 2011.
73. Remor E. Fiabilidad y validez de la versión española del cuestionario MOS-SF-30 para evaluar la calidad de vida de personas infectadas por el VIH. *Atención Primaria.* 2003; 32(1):1-10.
74. Vinaccia S, Fernández H, Margarita J, López M, Otalvaro C. Calidad de Vida Relacionada con la Salud y Apoyo Social Funcional en Pacientes Diagnosticados con VIH/Sida. *Terapia psicológica*, 2008, 26(1), 125-132.
75. Emanuel E, Wendler D, Killen J, Grad C. ¿What Makes Clinical Research in Developing Countries Ethical? The Benchmarks of Ethical Research *JID PERSPECTIVE.* 2004; 189: 930-937.

76. Gobierno de Chile, Ministerio de Salud. Manual de procedimientos para la detección y diagnóstico de la infección por VIH.2016: pp 34. Disponible en:
<http://www.minsal.cl/portal/url/item/96d9b6e8bc661b9ae04001011e010150.pdf>.





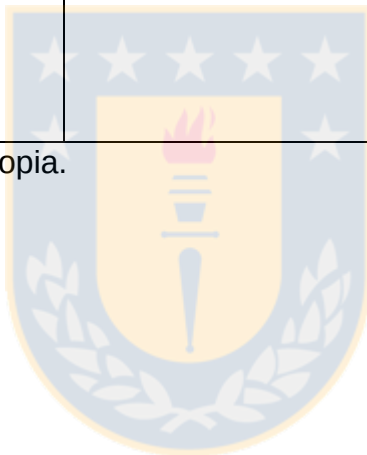
11. ANEXOS

Anexo 1

11.1 Tipos de Variables del estudio

Clasificación Variable	Variable	Tipo de Variable
DEPENDIENTE	Calidad de Vida Relacionada con Salud	Cualitativa (Pseudocuantitativa) Nominal
INDEPENDIENTE	Adherencia Terapéutica	Cualitativa (Pseudocuantitativa) Nominal

Fuente: Elaboración propia.



11.2 Definición de variables de estudio

Variable	Definición Nominal	Definicional Operacional
Calidad de Vida Relacionada con Salud	Evaluación que la persona viviendo con VIH realiza sobre su grado de estado de salud, funcional y bienestar a través de diversos dominios de la vida, considerando el impacto que pudiese provocar la enfermedad, el tratamiento y las consecuencias de estos.	Se midió utilizando el Medical Outcomes Study Survey-Short Form 30 Items (MOS-SF-30), dividida en 11 dimensiones: - Salud general percibida - Dolor - Funcionamiento físico - Funcionamiento social - Salud mental - Energía - Actividad diaria - Malestar respecto a la salud - Funcionamiento cognitivo - Calidad de vida percibida - Transición de salud.
Adherencia Terapéutica	Conjunto de conductas que el paciente tiene respecto a su tratamiento, y con la relación con el equipo de salud.	Se midió a través del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en personas con infección por VIH y Sida (CEAT-VIH) formada por 20 ítems que evalúan: - Índice de Adhesión global - Cumplimiento del Tratamiento - Antecedentes de Adhesión - Comunicación paciente

		equipo de Salud - Expectativas del Tratamiento - Satisfacción con el Tratamiento
Edad	Cantidad de años cumplidos por la persona al momento de la entrevista	La edad se midió con una pregunta abierta y se planifica categorizar de la siguiente manera: - Edad en años : ____
Sexo	Condición civil que tiene la persona	Se medirá con una pregunta cerrada. Se categorizó con dos opciones: - Hombre - Mujer
Situación de pareja	Presencia de vínculo amoroso- afectivo, hacia otra persona, la cual es correspondida y sostenida en el tiempo.	Se midió con una pregunta cerrada, y se categorizará en: - Con - Sin
Condición sexual	Descripción que hace referencia al deseo sexual que siente una persona hacia otra en función del género	Medida a través de una pregunta cerrada. Se categorizará en: - Heterosexual - Homosexual - Bisexual
Situación laboral	Ejercicio de una actividad laboral por la cual se percibe una	Esto se midió través de pregunta cerrada y se categorizará en : - Activos

	remuneración.	- Inactivos
Religión	Conjunto de creencias religiosas, de normas de comportamiento y de ceremonias que son propias de cada persona y con las que la persona reconoce una relación con la divinidad	Se midió a través de una pregunta cerrada. Se categorizará en: - Con - Sin
Escolaridad	Nivel educacional alcanzado por el participante en un sistema educativo formal.	Se midió a través de una pregunta abierta se categorizará posteriormente en: - Menos de 12 años cursados - Más de 12 años cursados
Vía de contagio del VIH	Contexto por el cual el virus ingresó al organismo.	Se midió preguntando a la persona a través de qué medio adquirió el virus con pregunta cerrada, se categorizo: - Transmisión Sexual - Transmisión Vertical - Transmisión Transfusión - Transmisión Drogas endovenosas
Comorbilidad	Presencia de diagnóstico médico de	Se midió con pregunta cerrada. Se clasificó en:

	otra enfermedad.	- Presenta - No Presenta
Carga Viral	Cantidad de VIH presente en la sangre de una persona con la infección. Esta cantidad se mide por el número de copias del virus por mililitro de sangre (copias/ml).	Se midió a través de una pregunta abierta. Se categorizará en: - Valor carga Viral
Tiempo de diagnóstico del VIH	Es el tiempo transcurrido en años desde el diagnóstico de la enfermedad y el momento de realizar la entrevista.	Esta variable se midió a través de una pregunta abierta. Se categorizará en: - Meses desde el diagnóstico
Tiempo en tratamiento	Es el tiempo transcurrido en años desde el inicio el tratamiento hasta el momento de realizar la entrevista.	Esta variable se midió a través de una pregunta abierta. Se categorizará en: - Meses desde el inicio de tratamiento

Anexo 2

11.3 Carta de autorización solicitada por el autor y confirmación

7/1/2017 Webmail UdeC :: Re: Cuestionario para la Evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral en personas con infección por VIH y Sida

Asunto **Re: Cuestionario para la Evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral en personas con infección por VIH y Sida**

Remitente <eduardo.remor@uam.es>

Destinatario Nicolas Eduardo Medina Jimenez <nicmedina@udec.cl>

Fecha 2016-07-16 12:37



- License Request Form to CEAT-VIH (simplified) V5.doc (34 KB)

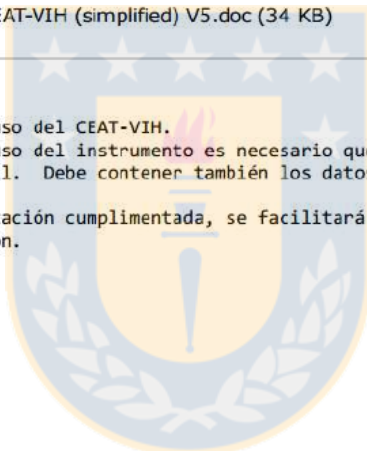
Estimado Nicolás,

Gracias por el interés en el uso del CEAT-VIH. Para recibir autorización de uso del instrumento es necesario que me envíes (por email) cumplimentado el formulario adjunto a este email. Debe contener también los datos del director de la tesina y su aval.

Después de recibir la documentación cumplimentada, se facilitará los materiales para el uso del instrumento en la investigación.

Cordialmente,

Prof. Eduardo Remor
Autor del CEAT-VIH
www.ceat-vih.info



**** Modelo simplificado de solicitud de utilización del CEAT-VIH ****
**** License Request Form to CEAT-VIH (simplified) ****

Protocolo de estudio (investigación)/Research Protocol. [Máximo 1.000 palabras/ Maximum 1000 words]

Objetivo: Identificar la Calidad de Vida Relacionada con Salud (CVRS) y su relación con adherencia terapéutica y factores biosociodemográficos de los pacientes que viven con VIH/sida en una agrupación de Talcahuano.

Método: estudio descriptivo-correlacional de corte transversal con uso de metodología cuantitativa, durante abril a octubre de 2017. Se recolectaran los datos con un instrumento que está formado por tres cuestionarios, biosociodemográficos, MOS-SF-30 para evaluar CVRS y CEAT-VIH para la Evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral.

Resultados: se espera entre los resultados que tanto la CVRS como la Adherencia Terapéutica se encuentren en niveles medios, desde el punto de vista relacional se espera que la CVRS se vea afectada positivamente al tener mayor adherencia terapéutica, esperando que las áreas más alteradas de la calidad de vida, sean la dimensión física y emocional, los factores biosociodemográficos más importantes sean la presencia de pareja, edad, escolaridad y tiempo transcurrido desde el diagnóstico.

Palabras clave: Calidad de vida relacionada con salud, adherencia terapéutica, VIH/Sida.

Título/Title:

**"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS
VIVIENDO CON VIH"**

Investigadores Principales (titulación)/ Principal investigator (degree):

Nicolás Medina Jiménez, Enfermero, Candidato a Grado Magister en Enfermería
Alda Orellana Yáñez, Enfermera, Doctor en Enfermería, Especialista en Pediatría

Investigadores asociados (titulación)/Associate researchers (degree):

Institución del solicitante/Institution:

Programa de Magister, Facultad de Enfermería, Universidad de Concepción

Ámbito del estudio/Study setting:

Calidad de Vida

Objetivos Generales de la investigación/General objectives:

- ❖ Identificar la relación existente entre diferentes dimensiones de la CVRS y la adherencia terapéutica en las personas viviendo con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la asociación Positivamente Positivo Talcahuano.

Muestra (Participantes)/Sample (participants):

Para el tamaño de muestra se considera la obtención de un intervalo de confianza para la estimación del nivel medio de CVRS. Consultando estudios previos, se estima que la desviación estándar de dicha variable es de 13. Finalmente, se desea obtener una estimación con un error de ± 5 con un nivel de confianza del 95% bilateral. Con los valores anteriores y usando el software Epidat 3.1, se obtiene un valor de 26 sujetos.

Además considerando que se obtendrá un intervalo para variables dicotómicas (ejemplo: Sexo), el tamaño final es $26 \times 2 = 52$ sujetos. Cabe destacar que está el compromiso de agotar todos los recursos para obtener, en la medida de lo posible, una muestra mayor, de manera de obtener estimaciones más precisas.

La obtención de la muestra será no probabilística a razón de la dificultad para el acceso a esta misma, pese a tener acuerdo con la Asociación positivamente positivo de Talcahuano, quienes ofrecen toda su colaboración en la recolección de datos.

Metodología (Procedimientos)/Methods (procedures):

Este estudio es de tipo cuantitativo, no experimental, correlacionar de corte Transeccional

Instrumentos que se utilizaran en la investigación/other
questionnaires included:

Medical Outcomes Study Survey-Short Form 30 Items (MOS-SF-30)*

*Peña de León, E., Aguilar Gaytán, S., Suárez Mendoza, A. and Reyes Terán, G. (2007). Validación mexicana de la escala MOS-
HIV de calidad de vida en pacientes infectados por el VIH. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 21(5), pp.313-319.

Marcadores clínicos o inmunológicos relacionado con el VIH que se
evaluaran en la investigación/ Clinical and immunological markers
assessed:

Para esta investigación, no se les dará prioridad a los marcadores clínicos, solo se medirá
como dato complementario.

Datos de contacto (Dirección postal del IP, e-mail de los
investigadores participantes)/Detailed adress contact:

Nicolás Medina Jiménez: nicmedina@udec.cl

Alda Orellana Yañez: aorellan@udec.cl

Firma: / Signature:

INVESTIGADOR PRINCIPAL/ PRINCIPAL RESEARCHER



Re: Cuestionario para la Evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral en personas con infección por VIH



De eduardo.remor@uam.es 
Destinatario [Nicolas Eduardo Medina Jimenez](#) 
Fecha 2017-03-28 12:24

Estimado Nicolás,

Recibido la solicitud. De acuerdo a las características de tu estudio la version del CEAT-VIH a utilizar es la version online que corrige los escores de forma automatica.

Para aplicar accese www.ceat-vih.info con dispositivos moviles o PC con acceso a internet. Se aplica directo al paciente y lo resultados instantaneos y se envian por email.

Adjunto la version española del MOS-SF-30.

Cordialmente,

Prof. Eduardo Remor



Anexo 3

11.4 Instrumento de Investigación

Instrumento de Investigación

Fecha:

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Código:

Cuestionario Biosociodemográfico

Indicación: Responda cada pregunta haciendo una X la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”.

1. ¿Cuál corresponde su condición civil en relación al sexo? : ____ Hombre ____ Mujer
2. Usted practica algún credo religioso: ____ SI ____ NO Si su respuesta fue SI, señalar cuál _____
3.Cuál es su fecha de nacimiento: _____ Indique su Edad: _____
4. Actualmente usted se encuentra en pareja: ____ Si ____ No
5.Cuál de las siguientes opciones representa mejor su orientación sexual: ____ Heterosexual ____ Homosexual ____ Bisexual ____ Pansexual ____ Otro, indique cuál _____
6. En cuanto a su situación laboral usted actualmente se encuentra en condición de: (Solo marque una alternativa)
____ Trabajador/a dependiente ____ Trabajador/a Independiente ____ Desempleado/a ____ Cesante ____ Pensionado/a
7. En cuanto a su escolaridad, indique último año cursado completo _____.
8.Cuál fue la forma mediante la cual usted adquirió el VIH
____ Transmisión Sexual ____ Transmisión Vertical ____ Transmisión por Transfusión ____ Transmisión por Drogas Endovenosas

6. Girarse, levantarse o inclinarse

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
---------------------	-----------------------	-----------------------

7. Caminar 100 metros

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
---------------------	-----------------------	-----------------------

8. Comer, vestirse, ducharse o usar el servicio sanitario

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
---------------------	-----------------------	-----------------------

En el último mes ¿Cuánto ha limitado su salud las siguientes actividades, si la han limitado de alguna forma:

9. Mi trabajo, el trabajo en cosas de la casa, las tareas de la casa o de estudio.

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
---------------------	-----------------------	-----------------------

10. El tipo o la cantidad de trabajo, las tareas domésticas o las tareas escolares que puedes hacer debido a tu salud

Sí, me limita mucho	Sí, me limita un poco	No, no me limita nada
---------------------	-----------------------	-----------------------

Para las siguientes preguntas señale la respuesta que mejor se adecue al modo en que se ha sentido en el último mes.

11. ¿Ha limitado su salud sus actividades sociales como visitar amigos, parientes cercanos etc.?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

12. ¿Ha estado muy nervioso/a?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

13. ¿Se ha sentido tranquilo, en calma y en paz?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

14. ¿Se ha sentido triste y decaído?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

15. ¿Ha sido feliz?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

16. ¿Se ha sentido tan profundamente decaído que nada le ha podido animar?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

17. ¿Se ha sentido lleno de energía?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

18. ¿Se ha sentido agotado?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

19. ¿Se ha sentido cansado?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

20. ¿Se ha sentido con energía como para hacer las cosas que quería hacer?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

21. ¿Se ha sentido abrumado por su problema de salud?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

22. ¿Se ha sentido desanimado por su problema de salud?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

23. ¿Se ha sentido desesperado por su problema de salud?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

24. ¿Ha sentido miedo por su problema de salud?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

25. ¿Ha tenido dificultades para razonar y resolver problemas, como hacer planes, tomar decisiones y aprender cosas nuevas, etc.?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

26. ¿Se ha olvidado de cosas que han sucedido recientemente, como donde puso las cosas, citas, etc?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

27. ¿Ha tenido dificultad para mantener la atención en alguna actividad durante cierto tiempo?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

28. ¿Ha tenido algunos problemas para realizar actividades que requieren reflexión y concentración?

Casi siempre	A menudo	A veces	Muy pocas veces	Casi nunca
--------------	----------	---------	-----------------	------------

29. ¿Cómo ha sido su calidad de vida durante el último mes? Esto es ¿Cómo le han ido las cosas en general?

Muy bien, no podía haberme ido mejor	Bastante bien	Ni bien ni mal, casi igual	Bastante mal	Muy mal, no podían haberme ido peor
--------------------------------------	---------------	----------------------------	--------------	-------------------------------------

30. ¿Cómo calificaría su estado físico y emocional actual en comparación con el último mes?

Mucho mejor	Algo mejor	Casi igual	Algo peor	Mucho peor
-------------	------------	------------	-----------	------------

CEAT-VIH

Instrucciones: Marque con una X la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay respuestas “correctas” ni “incorrectas”.

Durante la última Semana

1. ¿Ha dejado de tomar su medicación en alguna ocasión?

Siempre	Más de la mitad de la veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	Nunca
---------	-----------------------------	---------------------------------------	------------	-------

2. Si en alguna ocasión se ha sentido mejor, ¿ha dejado de tomar su medicación?

Siempre	Más de la mitad de la veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	Nunca
---------	-----------------------------	---------------------------------------	------------	-------

3. Si en alguna ocasión después de tomar su medicación se ha encontrado peor, ¿ha dejado de tomarla?

Siempre	Más de la mitad de la veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	Nunca
---------	-----------------------------	---------------------------------------	------------	-------

4. Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido, ¿ha dejado de tomar la medicación?

Siempre	Más de la mitad de la veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	Nunca
---------	-----------------------------	---------------------------------------	------------	-------

5. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?

Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
------	-----------	---------	-----------	-------

6. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?

Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
------	------	---------	----------	-------

7. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?

Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
------	------	---------	----------	-------

8. ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?

Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
------	------	---------	----------	-------

9. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?

Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
------	------	---------	----------	-------

10. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?

Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
------	------	---------	----------	-------

11. ¿Normalmente suele tomar la medicación a la hora correcta?

No, nunca	Sí, alguna vez	Sí, aproximadamente la mitad de las veces	Sí, bastantes veces	Sí, siempre
-----------	----------------	---	---------------------	-------------

12. Cuando los resultados en los análisis son buenos, ¿suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?

No, nunca	Sí, alguna vez	Sí, aproximadamente la mitad de las veces	Sí, bastantes veces	Sí, siempre
-----------	----------------	---	---------------------	-------------

13. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?

Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
------------------	--------------	-------------	------------	----------------

14. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios (malestares) relacionados con la toma de antirretrovirales?

Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
--------------	----------	-----------------------	---------------	---------------

15. ¿Cuánto tiempo cree que emplea ocupándose de tomar sus medicinas?

Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
--------------	-----------------	---------	-------------	----------------

16. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?

Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
----------------	----------------	---------	----------	---------------

17. ¿Qué dificultad percibe para tomar la medicación?

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

Anexo 4

11.5 Protocolo de recolección de datos

1. Los datos de esta investigación serán recolectados con el mayor nivel de discreción, en una oficina privada en las dependencias de la Asociación por lo cual ante todo se pretende resguardar la identidad de los participantes de la investigación.
2. La recolección de los datos se realizará posterior al proceso de consentimiento informado firmado entregando una copia al participante. Para mantener la confidencialidad y anonimato se debe codificar a la persona y agregar dicho código al final del consentimiento informado en el cual se resguarda la identidad de los participantes (Anexo 5)
3. La codificación de los participantes, se hará a través de casillas de código como se señala en las directrices del MINSAL (76):
 - Inicial del primer nombre y de los dos apellidos, fecha de nacimiento (dd/mm/aa), tres últimos dígitos del RUT y el código verificador. Ejemplo: Nicolás Medina Jiménez, nació el 10 de Agosto de 1993, RUT 18.671.320-6, Su código es: **NMJ 100893 320-6.**
4. La recolección de datos será realizada por el investigador principal, en caso de que alguna persona no desee que éste recoja sus datos, pero si quiere formar parte de la investigación, los datos pueden ser recolectados por un tercero (asesora de la asociación) quien cuenta con previa capacitación en la recolección de los datos.

5. Una vez recolectado los instrumentos de recolección de datos, tanto el investigador como la asesora guardan dichos documentos en un sobre sellado hasta el procesamiento de los datos.



Anexo 5

11.6 Consentimiento Informado

Consentimiento Informado

Título del proyecto:

“Calidad de Vida Relacionada con Salud y Adherencia Terapéutica en personas viviendo con VIH”

Prologo:

Esta investigación pretende identificar el nivel de CVRS y como esta se relaciona con la adherencia terapéutica de las personas viviendo con VIH, a través de un autoinforme.

Este trabajo se enmarca dentro de una tesis para optar al grado de Magíster en Enfermería de la Universidad de Concepción.

Antes de aceptar participar, usted necesita saber en qué consiste el proyecto, cuales son los riesgos y beneficios. Si usted está de acuerdo con la información entregada en este documento deberá firmar para iniciar su participación.

Propósito:

El propósito del proyecto radica en identificar la relación existente entre diferentes dimensiones de la CVRS con la adherencia terapéutica y las características biosociodemográficas en las personas viviendo con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la asociación Positivamente Positivo Talcahuano.

Procedimiento:

La completación del autoinforme, será de manera personal, en un lugar tranquilo, sin uso de cámaras ni grabadoras, acompañado solamente del investigador principal o en su defecto de la asesora de la asociación positivamente positivo, según su preferencia.

Riesgos:

Este proyecto no tendrá ningún riesgo físico, debido a que usted no se expondrá a estímulos adicionales, más que la autoadministración de preguntas. Algunas de estas podrían abordar temas difíciles para usted, en el caso de presentar alguna situación que le afecte emocionalmente en la respuesta del autoinforme, se realizará contención emocional e intervención en crisis, herramientas con las que cuenta tanto el investigador como la asesora de la asociación, quienes estarán encargados directamente en la recolección de los datos. En caso de detectarse una situación

emocional de mayor magnitud, se derivará al centro asistencial en el que se encuentra en control.

Participación Voluntaria/Abandono:

La participación en esta investigación es completamente voluntaria y anónima, utilizando un código. Si su deseo es no participar, no tendrá repercusiones para usted. Si usted decide participar, puede retractarse en cualquier momento.

Confidencialidad:

Toda la información recabada en este proyecto será tratada de manera confidencial, manteniendo en los informes y artículos generados el anonimato de los participantes. Los materiales utilizados para la recolección de datos serán resguardados por el investigador.

Costos:

La participación en este proyecto no le generará ningún costo.

Consentimiento para participar en el Proyecto:

Yo código

--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Declaro que se me ha explicado y dado a conocer en qué consiste el estudio, así mismo que puedo optar libremente por abandonar este en cualquier momento que lo desee, por tal motivo otorgo mi consentimiento para participar.

Firma del participante
Asociación

Firma representante de la

Firma del Investigador

Fecha

Datos Investigador:

Nicolás Medina Jiménez - +56949143964 - nicmedina@udec.cl

Anexo 6

11.7 Informe Comité Ético Científico Facultad de Enfermería Universidad de Concepción, Chile



FACULTAD DE ENFERMERIA
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN
COMITÉ ÉTICO CIENTÍFICO

Concepción, Junio, 23 de 2017

Ref: Resolución N° 021-17

Sr.
Nicolás Medina Jiménez
Tesisista Programa Magister en Enfermería
Facultad de Enfermería
Presente

De mi consideración,

Junto con saludarle, la presente es para informarle acerca de la evaluación de su Proyecto de Investigación, titulado "Calidad de Vida Relacionado con Salud y Adherencia Terapéutica en personas viviendo con VIH", enviado al Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción.

La revisión del proyecto fue realizada por los integrantes del Comité Ético Científico de la Facultad de Enfermería, profesores Dr. Luis Luengo, Dra. Maritza Espinoza; Dra. Adriana Ribeiro y quien suscribe,

En base a la evaluación específica del protocolo de estudio así como de sus anexos, entre los que incluye el Consentimiento Informado, la conclusión de este Comité respecto del Protocolo de Investigación presentado es: Aprobado.


Dra. Olivia Sanhueza
Presidenta Comité Ético Científico
Facultad de Enfermería
Universidad de Concepción



cc: Dra. Sandra Valenzuela S.: Directora Programa Magister en Enfermería
Archivo Comité Ético Científico Facultad Enfermería, 2017.

Anexo 7

11.8 Informe Comité Ética, Bioética y Bioseguridad Vicerrectoría de Investigación Universidad de Concepción, Chile



CERTIFICADO

El Comité de Ética, Bioética y Bioseguridad de la Vicerrectoría de Investigación y Desarrollo de la Universidad de Concepción ha revisado el protocolo del **PROYECTO DE TESIS** titulado **"CALIDAD DE VIDA RELACIONADA CON SALUD Y ADHERENCIA TERAPÉUTICA EN PERSONAS VIVIENDO CON VIH"** presentado por el **SR. NICOLÁS EDUARDO MEDINA JIMÉNEZ**, en calidad de candidato al grado de Magister en Enfermería de la Universidad de Concepción, junto a su Profesora Guía, **DRA. ALDA ORELLANA YÁÑEZ**, adscrita al Departamento Materno Infantil de la Facultad de Enfermería de la Universidad de Concepción, y ha comprobado que cumple con las normas y procedimientos éticos y bioéticos establecidos nacional e internacionalmente para estudios que involucran personas.

En esta propuesta del Proyecto de Tesis para la obtención del grado de Magister en Enfermería, el objetivo general es evaluar la relación existente entre Calidad de Vida Relacionada con la Salud - CVRS (Urzúa, 2010) y la adherencia terapéutica en las personas viviendo con VIH que se encuentran en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la asociación Positivamente Positivo Concepción-Talcahuano. Para esto, propone la ejecución de 06 (seis) objetivos específicos, cuyas actividades incluyen, inicialmente, describir el perfil sociodemográfico en las personas viviendo con VIH/ SIDA en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la asociación mencionada; después pretende evaluar la CVRS para determinar la adherencia terapéutica en las personas viviendo con HIV/ SIDA en tratamiento antirretroviral de esta Asociación. Con estos resultados buscará analizar como la CVRS se relaciona con la adherencia terapéutica en la población de estudio para, finalmente, determinar cómo los factores biosociodemográficos e interpersonales y la adherencia terapéutica influyen en las personas viviendo con VIH/ SIDA en tratamiento antirretroviral pertenecientes a la asociación Positivamente Positivo Concepción-Talcahuano.

Este estudio, que considera un enfoque cuantitativo, no experimental, correlacional de corte transeccional, contempla la participación de personas viviendo con VIH/ SIDA en tratamiento antirretroviral, cuyo procesamiento y/o técnica de recolección de información está rigurosa y detalladamente descrito en el proyecto en pauta.





Universidad de Concepción

La participación de cada sujeto seleccionado, siendo hombres y mujeres entre 18 y 65 años de edad, que hayan sido diagnosticados con VIH en un plazo no menor a 06 (seis) meses y con tratamiento antirretroviral, estará basada en el proceso de consentimiento informado documentado, conforme modelo presentado a este Comité institucional, el que debe ser regularmente firmado.

La custodia de la información y de los resultados del estudio que se propone, será de responsabilidad del Investigador Responsable, Sr. Nicolás Eduardo Medina Jiménez.

La ejecución del Proyecto de Tesis en pauta, asegura que no vulnera los derechos y la dignidad de los sujetos participantes en el estudio, garantizando la libertad, la voluntariedad y la privacidad de los mismos, presentando para ello los métodos de protección que aseguran la confidencialidad de los datos de investigación y de custodia estricta de la información obtenida, observando todas las características formales y necesarias para su validez.

Este Comité considera que el Proyecto de Tesis presentado observa los derechos asegurados en la Declaración Universal de los Derechos Humanos, los derechos y principios de la Declaración Universal sobre Bioética y Derechos Humanos, las Normas Éticas de la Organización Panamericana de la Salud para Investigaciones con Sujetos Humanos, la Constitución de la República de Chile, la Ley N° 20.120 "Sobre la Investigación Científica en el Ser Humano, su Genoma y Prohíbe la Clonación Humana" y la Ley n° 19.628, "Sobre Protección de la Vida Privada".

En atención a lo anterior y dado que el Proyecto de Tesis presentado no muestra elementos que puedan transgredir las normas y principios éticos rectores de nuestra Institución Universitaria, este Comité resuelve aprobarlo, confiriendo el presente Certificado.


DR. RONALD MENNICKENT CID
COMITÉ DE ÉTICA, BIOÉTICA Y BIOSEGURIDAD
VICERRECTORÍA DE INVESTIGACIÓN Y DESARROLLO
UNIVERSIDAD DE CONCEPCIÓN



Anexo 8

11.9 Carta de respaldo trabajo con Agrupación Positivamente Positivo



AGRUPACIÓN DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA
POSITIVAMENTE POSITIVOS TALCAHUANO

Concepción, Junio 30 de 2017

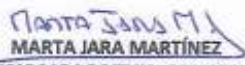
Sr. Nicolás Medina Jiménez
Tesisista Magister en Enfermería
Presente

De nuestra consideración;

Junto con Saludarle, la presente está dirigida para hacer extensa nuestra aprobación para que se pueda llevar a cabo el estudio que planteó con anterioridad, puesto que los integrantes de nuestra Organización de base comunitaria están en acuerdo con los objetivos que plantea su trabajo.

Es por esto, que como **Agrupación de Personas Viviendo con VIH/SIDA, Familiares y Amigos, Positivamente Positivos Talcahuano**, brindamos todo nuestro consentimiento y apoyo para la ejecución del proyecto de investigación: **"Calidad de Vida Relacionado con Salud y Adherencia Terapéutica en personas viviendo con VIH"**.

AGRUPACIÓN DE PERSONAS
VIVIENDO CON VIH/SIDA
FAMILIARES Y AMIGOS
POSITIVAMENTE POSITIVOS
TALCAHUANO PER. JUR. 1525-449-05


MARTA JARA MARTÍNEZ
ENCARGADA DE TESIS - PASANTIA

**AGRUPACIÓN DE PERSONAS VIVIENDO CON VIH/SIDA,
FAMILIARES Y AMIGOS POSITIVAMENTE POSITIVOS TALCAHUANO**

