



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Facultad de
ENFERMERÍA

**CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS VIVIENDO CON
VIH DE UN HOSPITAL DE LIMA, 2020**

**SELF-CARE CAPACITY AND ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL
TREATMENT IN PEOPLE LIVING WITH HIV FROM A LIMA
HOSPITAL, 2020**

**TESIS PARA OPTAR POR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA EN ENFERMERÍA**

AUTORAS

JOJANI FLOR ANGELES ALVINO

NOEMI CECILIA FRANCIA RAMÓN

ASESORA

EVA VERONIKA CHANAMÉ AMPUERO

LIMA– PERÚ

2020

JURADO

Presidente: Doctora Flor Yesenia Musayon Oblitas

Vocal: Magister Julia Raquel Melendéz de la Cruz

Secretario: Magister Hugo Rolando Campos Coronel

Fecha de Sustentación: 22 de diciembre del 2020

Calificación: Aprobado

ASESORA DE LA TESIS

Magister Eva Veronika Chaname Ampuero

Departamento académico de la Facultad de Enfermería

ORCID: 0000-0002-7225-5884

DEDICATORIA

Dedico a mi familia este trabajo de investigación que con mucho esmero, cariño y amor incondicional me motivo, impulso y me brindo sus mejores deseos y alientos para poder seguir adelante y llegar a culminar este objetivo trazado en mi desarrollo profesional, así como también a una persona especial, el cual me acompaño, incentivo y me dio sus mejores vibras a lo largo de mi carrera.

Jojani Flor Angeles Alvino.

Agradezco a Dios por haberme otorgado una familia maravillosa, mis padres Rosio y José quienes depositaron su confianza, me dieron ánimos, fuerzas y por el apoyo continuo a lo largo de este camino. Dándome ejemplo de superación, humildad y sacrificio.

Noemi Cecilia Francia Ramón.

AGRADECIMIENTOS

A la facultad de Enfermería de la Universidad Peruana Cayetano Heredia por brindarnos una formación profesional en estos últimos 5 años, con docentes altamente calificados a nivel nacional e internacional.

Particularmente agradecemos a nuestra asesora Mg. Eva Veronika Chanamé Ampuero por su exigencia, motivación y acompañamiento durante todo este proceso, ya que con su apoyo logramos satisfactoriamente nuestro objetivo.

Asimismo, a nuestra coasesora Mg. Ana Graña Espinoza quien nos brindó su apoyo incondicional para la realización de esta investigación.

Como también hacemos mención al Mg. Leliz Franco Alva quien formó parte importante en el análisis estadístico.

Al personal de salud del Hospital Nacional Arzobispo Loayza, Hospital Nacional Dos de Mayo y Hospital Cayetano Heredia que participaron en la validación de nuestro instrumento.

Y, por último, al Hospital Cayetano Heredia por permitirnos el desarrollo del estudio.

FUENTES DE FINANCIAMIENTO

Tesis autofinanciada.

DECLARACIÓN DE CONFLICTO DE INTERÉS

El presente proyecto es de carácter original, ya que no está relacionado con otro trabajo. Para su elaboración se tuvo en cuenta las normas y procedimientos establecidos en los lineamientos del Comité de Ética en Investigación de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, con la finalidad exclusiva de obtener el Título Profesional de Licenciada en Enfermería.

TABLA DE CONTENIDOS

	Pág.
I. Introducción	1
II. Objetivos	9
III. Materiales y Métodos	10
IV. Resultados	16
V. Discusión	17
VI. Conclusiones	24
VII. Referencias bibliográficas	25
VIII. Tablas	31
Anexos	

RESUMEN

Objetivo: determinar la relación entre capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020. **Material y métodos:** estudio cuantitativo, tipo correlacional, corte transversal. Conformada por 219 adultos entre 18 a 59 años 11 meses y 29 días, con tratamiento antirretroviral no menor a tres meses. Se utilizó la encuesta Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado, validada por prueba binomial y prueba piloto, el cual mostró Alfa de Cronbach mayor a 0.7 y el Cuestionario de Evaluación de Adhesión al Tratamiento. **Resultados:** Se encontró que el 49.8% presentó buen nivel de capacidad de autocuidado, mientras que el 48.4% presentó regular y solo un 1.8% baja capacidad de autocuidado. Respecto a la adherencia al tratamiento antirretroviral, se muestra en su mayoría nivel insuficiente de adherencia con 51.1%, seguido del 25.6% con nivel adecuado, el 22.8% presentó bajo, mientras que solo un 0.5% estricto nivel de adherencia. El coeficiente de correlación Rho de Spearman ($R=0.518$) evidencia una correlación significativa ($p=0.000$), directa y de nivel medio, es decir niveles altos de autocuidado, corresponden a niveles altos de adherencia, y viceversa. **Conclusiones:** Se determinó una relación directa entre las dos variables del estudio, se encontró que la capacidad de autocuidado resulto con buen nivel mientras que la adherencia al tratamiento fue insuficiente.

PALABRA CLAVE: Autocuidado; Adherencia; Tratamiento; Antirretrovirales.

ABSTRACT

Objective: to determine the relationship between self-care capacity and adherence to antiretroviral treatment in people living with HIV in a hospital in Lima, 2020. **Material and methods:** quantitative study, correlational type, cross-sectional. Made up of 219 adults between 18 to 59 years 11 months and 29 days, with antiretroviral treatment for no less than three months. The Self-Care Agency Appreciation Scale survey was used, validated by binomial test and pilot test, which showed Cronbach's Alpha greater than 0.7 and the Treatment Adherence Assessment Questionnaire. **Results:** It was found that 49.8% presented a good level of self-care capacity, while 48.4% presented regular and only 1.8% had low self-care capacity. Regarding adherence to antiretroviral treatment, the majority showed an insufficient level of adherence with 51.1%, followed by 25.6% with an adequate level, 22.8% presented low, while only 0.5% had a strict level of adherence. Spearman's Rho correlation coefficient ($R = 0.518$) shows a significant correlation ($p = 0.000$), direct and of a medium level, that is, high levels of self-care, correspond to high levels of adherence, and vice versa. **Conclusions:** A direct relationship was determined between the two variables of the study, it was found that the capacity for self-care was at a good level while adherence to treatment was insufficient.

KEY WORD: Self-care; Adherence; Treatment; Antiretrovirals.

I. INTRODUCCIÓN

A nivel mundial el VIH genera un gran impacto por las cifras de casos reportados, en el 2018 se reportaron 37,9 millones, de los cuales 23,3 millones viven con el VIH bajo tratamiento antirretroviral y 1,7 millones representan los nuevos casos registrados de la infección (1).

En África oriental y meridional se presentaron 20,6 millones de casos; seguido por Asia y el Pacífico con un total de 5,9 millones; también en África occidental y central se registraron 5,0 millones; mientras que en América Latina 1, 9 millones, el Caribe con 340.000 mil; en el Oriente medio y África Septentrional con 240.000; en Europa oriental y Asia central con 1,7 millones y por último 2,2 millones en Europa Occidental y Central, y América (1).

En el Perú el primer caso de VIH, fue reportado en el año 1983 de acuerdo al Boletín Mensual del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, desde la fecha hasta el 31 de diciembre de 2018 se notificaron un total de 120.389 personas con VIH, la vía de transmisión con mayor porcentaje es la sexual con un 97,6%, con una relación hombre/mujer de 4/1, 52,649 mil acceden a la terapia antirretroviral y 43.072 se encuentran en estadio SIDA (2,3).

El VIH es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana, el cual afecta a las células linfocitos CD4 encargadas de la respuesta inmunitaria. Conforme el virus ataca estas células, el individuo se encuentra en una situación de inmunodeficiencia, expuesta al desarrollo de diferentes enfermedades como el cáncer y de infecciones oportunistas principalmente la tuberculosis (4).

Existen tres formas de transmisión de la infección: sexual, parenteral y vertical, con respecto a la vía parenteral se da al compartir agujas con restos de sangre por consumo de drogas, por accidente laboral a través de punzo cortante que afecta principalmente al profesional de salud. Existe un riesgo menor al recibir transfusiones sanguíneas o trasplantes de tejidos ya que estos procedimientos se encuentran regulados por las entidades de salud. Determinados comportamientos sexuales como las relaciones sin protección aumentan el riesgo de infección (4).

Para el diagnóstico se utiliza los exámenes de serología, como los análisis rápidos y el ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas, permiten detectar el anticuerpo contra el VIH y el antígeno p24 del virus. En caso se presente una segunda prueba positiva se realiza la Inmunofluorescencia Indirecta (IFI). Estos exámenes deben seguir un orden específico para un resultado certero (5).

Ante la confirmación del diagnóstico, el primer paso es acceder a los servicios de atención de salud para ser evaluados por el equipo multidisciplinario, conformado por un médico especialista, enfermeros, técnicos en enfermería, personal de obstetricia, psicólogos, asistentes sociales, químicos farmacéuticos y tecnólogo médico o biólogo, para iniciar el tratamiento en base a un plan nutricional y modificaciones en el estilo de vida (5).

En consideración a lo antes mencionado, cabe resaltar que enfermería cumple una función importante en la atención integral, por medio de consejerías individualizadas sobre riesgo sexual de VIH/SIDA y medidas preventivas, educación, monitorización y administración sobre TARV (inicio, cambios y la importancia de una buena adherencia teniendo en cuenta las consecuencias del

riesgo y/o abandono), brinda apoyo emocional, realiza seguimiento de carga viral y falla virológica, educa sobre la vacunación, entre otras funciones (5).

Es por ello que enfermería debe participar en acciones que promuevan la salud, para reconocer las características del paciente y lograr identificar su capacidad de autocuidado (6). Dorothea Orem define la capacidad de autocuidado como agencia de autocuidado, que es la habilidad de cuidar así mismo, englobando el autoconocimiento y empoderamiento de la persona con respecto a su salud, al desempeñar acciones que aportan al bienestar personal y con su entorno (7,8).

Como antes mencionado Orem, en su Teoría Déficit de Autocuidado aborda el autocuidado, como actividades que permiten a fomentar y preservar la salud, el bienestar y la vida con la finalidad de un funcionamiento adecuado y el desarrollo personal. Esto es aprendido y debe aplicarse de forma intencional, de acuerdo a las necesidades de la persona y que están ligados a su etapa de crecimiento/desarrollo, estado de salud, desgaste de energía y factores medioambientales (9).

Esta teoría presenta tres elementos estructurales: las capacidades fundamentales y disposición de autocuidado (sensación, percepción, memoria y orientación); componentes de poder (capacidad para involucrarse en el autocuidado, valoración de la salud, energía y conocimiento del autocuidado) y por último las capacidades para operaciones de autocuidado (habilidad para desempeñar su autocuidado) (9).

Así mismo están presentes los componentes del poder que son: máxima atención y vigilia; uso controlado de la energía física; control de la postura del cuerpo y partes; razonamiento dentro de un marco de referencia de autocuidado; motivación/metastacia hacia el autocuidado; toma de decisión y ejecución para el autocuidado;

adquisición, conservación y técnica sobre autocuidado; repertorio de habilidades, orden discreto de las acciones de autocuidado e integración de las prácticas con otros aspectos de la vida (9).

Los componentes de poder se representan en cinco dimensiones: Interacción Social (capacidad para solicitar ayuda); Bienestar Personal (realizar acciones de prevención o control de situaciones que afectan el autocuidado); Actividad y Reposo (ejecutar acciones de autocuidado según su energía física y descanso); Consumo Suficiente de Alimentos (mantener una alimentación saludable según los requerimientos nutricionales) y Promoción del Funcionamiento y Desarrollo Personal (afrentamiento de problemas o circunstancias cambiantes en la vida) (10).

De acuerdo a lo antes mencionado se debe tener en cuenta la adherencia al tratamiento antirretroviral, este representa el compromiso con el régimen terapéutico que conlleva a niveles indetectables de la carga viral, favoreciendo al sistema inmunológico (11). Knobel H; et al define la adherencia como la capacidad de la persona en involucrarse de forma correcta en la elección, comienzo y monitoreo del TARV, que permite el cumplimiento estricto con la finalidad de suprimir la carga viral (12). Por otro lado, la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del adulto con infección por el VIH, define como el “comportamiento de una persona con VIH que se ajusta a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilo de vida, en base a las recomendaciones del personal de la salud” (5).

Actualmente el TARV se considera la mejor estrategia de costo efectividad, por lo que disminuye la tasa de mortalidad, estancia hospitalaria, infecciones oportunistas,

y mejora la calidad de vida de las personas que viven con VIH. El acceso al TARV es voluntario y se debe realizar previamente el consentimiento informado (11).

Por lo que el MINSA en el año 2004, implementó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, con el objetivo de brindar gratuitamente el TARV a los pacientes, siendo la adherencia al tratamiento un elemento determinante para el control de la infección (13).

En tal sentido los factores que influyen en la adherencia al tratamiento antirretroviral medidos por el CEAT-VIH se evalúan a través de 5 dimensiones: Cumplimiento del tratamiento (manejo del esquema terapéutico de acuerdo a la dosificación prescrita y horario establecido); Antecedentes de la falta de adherencia (dificultad para cumplir con el régimen terapéutico); Interacción médico - paciente (comunicación y trato cordial); Creencias del paciente (actitudes, conocimientos y prácticas que se emplean frente al TARV) y estrategias para mejorar la adherencia (acciones dirigidas para fortalecer y lograr un adecuado régimen terapéutico) (14).

Existen diversos estudios internacionales que abordan la capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento, como es el caso de Fernández-Silva, López-Andrade (2018), que tuvo como objetivo analizar la adherencia al tratamiento de los usuarios del programa de VIH en consideración a la teoría del déficit del autocuidado. Se incluyó 94 usuarios y se utilizó el instrumento ASA y SMAQ, que obtuvo como resultado una correlación inversa entre carga viral y asociación entre la adherencia al tratamiento y la etapa de la enfermedad. Se encontró una alta capacidad de autocuidado 87,6%, y no adherencia al tratamiento en el 76,2%, concluyendo que

la población en su mayoría no es adherente al tratamiento y hay una percepción de pocas barreras y alta capacidad para su autocuidado (15).

Mientras que el trabajo elaborado en Colombia por Contreras A. et al. (2013), cuyo objetivo fue: determinar la capacidad de autocuidado de los pacientes diabéticos, que asisten a la consulta externa de una Institución. Constituida por 27 pacientes entre 45 a 75 años a las cuales se les aplicó el instrumento ASA. El 88.89% se encontró con una capacidad de autocuidado de categoría regular, y se evidencio carencias en las áreas de actividad y descanso, bienestar personal y modificación de hábitos alimenticios. Concluyendo que el apoyo social, bienestar personal, ejercicios, soporte educativo, consumo de alimentos y afrontamiento de situaciones problemáticas son las que presentan mayor debilidad; de este modo se necesita mejorar la relación del equipo multidisciplinario con los pacientes a través de una atención integral dirigida a fortalecer la capacidad de autocuidado (16).

Sin embargo, otro estudio realizado a nivel nacional por Meneses M, Mayorca C. (2014), que considero como objetivo general: determinar la relación entre las prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con vih, la muestra fue conformada por 288 personas. Se aplicó un instrumento elaborado por las investigadoras. Se tuvo como resultado que las prácticas son inadecuadas en un 99.7%, mientras que la práctica de autocuidado adecuado es de 0.3%. Respecto a la adherencia, se obtuvo un 70,1% no adherente y un 29,9% adherentes. Concluyendo que las variables se encuentran directamente relacionadas (17).

Por otro lado, el trabajo de investigación ejecutado por Orellana y Morales (2015), tuvo como finalidad, determinar los factores asociados y el grado de adherencia al

Targa en los pacientes con VIH/SIDA. La muestra estuvo constituida por 123 participantes, el cuestionario que se utilizó fue el CEAT-VIH, obteniendo que el promedio de edad fue 40.11 años, con tiempo de infección entre año y 7 meses y con TARV de promedio 20 meses. En el estudio prevaleció el sexo masculino con 63.4% y el 77.2% presentó carga viral indetectable. Se encontró que la media aritmética de 82.51 representa una adecuada adherencia al TARV, concluyendo que hubo una adecuada adherencia al TARV y que los cinco factores del cuestionario influyen positivamente en la adherencia (18).

Esta investigación determino que existe relación directa entre capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA del HCH. Se considera un tema relevante para el país por su alta tasa de morbilidad, por lo que la adherencia al TARV, es un factor clave que determina el éxito terapéutico junto a otros factores, uno de ellos es la capacidad de autocuidado por lo que fue necesario establecer el nivel de relación, de manera que a partir de dicha evidencia se pueda incorporar o proponer estrategias de intervención efectivas dirigidas al paciente para que continúe el tratamiento antirretroviral de forma adecuada.

En el país, el HCH inicia su atención desde el 1988 a través del Programa Especial de Control del SIDA; en el 2004 se incorporó el TARV. De acuerdo a la información brindada por parte de la jefa de enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, el total del número de pacientes es 6,300 desde el inicio del tratamiento. Durante los últimos años se han reportado abandonos, transferidos y fallecidos, por lo que actualmente la cifra de atendidos con tratamiento antirretroviral son aproximadamente 5,450.

La función que desempeña enfermería, es realizar el seguimiento del recojo de medicamentos que se da todos los días excepto los domingos con horario de 7:30 am - 6:00 pm, cada paciente es citado en un horario determinado en la cual se realiza consejería de soporte: sesiones educativas (educación sexual, estilos de vida saludable, la importancia del autocuidado y la adherencia al tratamiento antirretroviral), evaluación y consulta médica anual.

De acuerdo a la experiencia en el área de VIH, la Jefa de Enfermería y personal asistencial manifestaron empíricamente que los pacientes que asisten puntual a sus citas, realizan sus exámenes de laboratorio, recogen sus medicamentos y participan en sesiones educativas, muestran una adecuada adherencia al TARV, mientras los que no cumplen tienden al abandono del tratamiento y/o a una mala adherencia, por lo que el estudio evidenció que existe relación entre la capacidad de autocuidado y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Por lo tanto el presente estudio de investigación brindó un aporte metodológico identificando que existe relación entre las variables anteriormente mencionadas en pacientes con tratamiento antirretroviral no menor a tres meses consecutivos, pertenecientes a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA del HCH, para que futuros estudios puedan abordar aspectos relacionados a estas variables que permitan el fortalecimiento del quehacer de enfermería en relación al paciente y se logre realizar intervenciones costo efectivas para una adecuada adherencia. De acuerdo a lo expuesto, la pregunta de investigación fue: ¿Existe relación entre capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020?

II. OBJETIVOS

Objetivo general:

- Determinar la relación entre capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020.

Objetivos específicos:

- Identificar la capacidad de autocuidado en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020.
- Identificar la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020.

II. MATERIALES Y MÉTODOS

2.1. Diseño de estudio

El presente trabajo es de diseño no experimental, enfoque cuantitativo, tipo correlacional, de corte transversal (19).

2.2. Área de estudio

La presente investigación fue desarrollada en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA del Departamento de Enfermedades Infecciosas Tropicales y Dermatológicas del HCH, nombrado Hospital de Atención General de Categoría III-1, ubicado en la Av. Honorio Delgado 262, San Martín de Porres 15102. Se cuenta con 5 enfermeras de las cuales una se encarga de la coordinación y las 4 restantes de la atención integral; un personal de obstetricia; dos técnicos de enfermería y un personal administrativo; un médico coordinador con especialidad en Enfermedades Infecciosas y Tropicales y 10 médicos especialistas en Infectología, los cuales atienden de lunes a sábado. Prestando atención médica a un promedio de 5,450 pacientes infectados por el VIH.

2.3. Población

La población estuvo conformada por 581 participantes, de edades entre 18 años a 59 años, 11 meses y 29 días cumplidos, de ambos sexos, que recibieron desde Enero hasta Diciembre del 2018 por lo menos tres meses consecutivos de tratamiento antirretroviral, pertenecientes a la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA del HCH.

Los datos de los integrantes del estudio fueron brindados por la responsable de la Estrategia, manteniendo el anonimato y utilizando iniciales para su identificación, edad, sexo, inicio y tiempo de tratamiento. Se tuvo en consideración el cumplimiento del tratamiento de un tiempo no menor a tres meses consecutivos, independientemente de recaídas virológicas y/o de abandonos anteriores.

Por lo que a la muestra definida se le aplicó dos instrumentos, teniendo en cuenta:

Criterios de inclusión: Adultos con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana de 18 años a 59 años 11 meses y 29 días; pacientes que por lo menos hayan recibido tres meses consecutivos de tratamiento antirretroviral de Enero hasta Diciembre del 2018, que iniciaron en cualquier momento de dicho año independientemente del esquema de tratamiento y pacientes que estén de acuerdo en participar en el presente estudio.

Criterios de exclusión: Pacientes con discapacidad de lenguaje, audición, ceguera y/o cognitiva y pacientes que se encuentren en etapa de gestación.

2.4. Muestra

Para el cálculo muestral se aplicó la fórmula para estimar proporciones, en la cual se obtuvo 219 participantes, el método de selección fue mediante un muestreo aleatorio simple, se realizó el sorteo de los pacientes citados que hacían parte del estudio siendo aproximadamente de 15 a 25 participantes durante los turnos de mañana y tarde, los cuales fueron captados durante el periodo de 10 días en el horario de 8:00am-6:00pm en la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH-SIDA (**Anexo 1**).

2.5. Variables

-**Variable independiente:** Capacidad de autocuidado.

-**Variable independiente:** Adherencia al tratamiento antirretroviral (**Anexo 2**).

2.6. Procedimientos y técnicas

Técnicas e instrumentos de recolección de datos: El primer instrumento, denominada “Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado”, fue elaborada por Hevers e Isenberg et al, en el año 1983, fundamentada por la Teoría de Déficit de Autocuidado de Dorothea Orem, traducida y adaptada para países de Europa, Asia occidental y América. En 1998 fue traducida al español, manteniendo el formato de respuestas de Escala Likert a cinco puntos donde el número 1 (totalmente en desacuerdo) significa el valor más bajo de la capacidad de agencia de autocuidado y el 5 (totalmente de acuerdo) el más alto. Rescribieron en forma más simple los ítems 4, 6,13 y 16, los cuales fueron aprobados.

Para confirmar validez y confiabilidad de la escala en español, Esther Gallegos Cabriales en México empleo la escala en versión español en un grupo de adultos con enfermedad crónica, obteniendo un Alfa de Cronbach de 0.77 (77%).

Posteriormente en el año 2004 en Colombia emplearon en diferentes estudios la escala ASA, modificando la Escala Likert a 4 puntos y la forma de respuesta a (nunca=1); (casi nunca=2); (casi siempre=3); (siempre=4). Debido a que la escala se utiliza para describir a las personas en su capacidad para comprometerse con el autocuidado y no para señalar si están de acuerdo o no. Dichos cambios fueron

consultados y aprobados por Gallegos, resultando como segunda versión en español.

El instrumento, consta de 24 ítems, los cuales fueron clasificados por Gallegos en las siguientes dimensiones: Interacción social (12 y 22); Bienestar personal (2,4,5,7,8,14,15,16,17,19,21 y 23); Actividad y reposo (3,6,11,13 y 20); Consumo suficiente de alimentos (9) y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal (1,10,18 y 24). El puntaje se considera menor 24 puntos y mayor de 96. La cual se clasifica por los siguientes niveles: Buena Agencia de Autocuidado (82-96); Regular Agencia de Autocuidado (63-81); Baja Agencia de Autocuidado (44-62) y Muy baja Agencia de Autocuidado (24-43) (**Anexo 3**).

Cuenta con las siguientes dimensiones a evaluar: Interacción social; Bienestar personal; Actividad y reposo; Consumo suficiente de alimentos y Promoción del funcionamiento y desarrollo personal.

Para el estudio se realizó la prueba binomial para la validez del contenido, constructo y criterio de los ítems del instrumento, los cuales fueron evaluados por 12 expertos, resultando estadísticamente significativa con ($p < 0.05$), posterior a ello para la confiabilidad se sometió a prueba piloto por 20 participantes, el cual mostró un Alfa de Cronbach mayor a 0.7 (**Anexo 4**).

El segundo instrumento es el “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT - VIH), diseñado y validado en el país de España por Eduardo Remor en el año 2002, con una confiabilidad de 0.73(73%) y posteriormente validado en el Perú por Edith Tafur et al, en el año 2008, con un Alfa de Cronbach 0,706, consta de 20 ítems, de los cuales 17 responden a la Escala

Likert, 2 ítems son evaluados con Escala Dicotómica y 1 ítem con tres opciones. La suma de los ítems da como puntuación máxima 89 puntos y 17 puntos como valor mínimo. Fue clasificado a través de percentiles en 4 grados de adherencia: Adherencia estricta (>85), Adherencia adecuada (81-85), Adherencia insuficiente (74-80), Baja adherencia (<73) (**Anexo 5**).

Las siguientes dimensiones a evaluar son: Cumplimiento de tratamiento; Antecedentes de la falta de adherencia; Interacción médico – paciente; Creencias del paciente y Estrategias para mejorar la adherencia.

Procedimientos: El proyecto fue aprobado por el Comité Institucional de Ética en Investigación de la UPCH. Se procedió a solicitar la autorización al CIEI del HCH, dirigida al director general para la ejecución del estudio, la segunda al presidente del CIEI para la aprobación de este y entre otros documentos solicitados.

Se obtuvo la aprobación para la ejecución del proyecto de investigación; se coordinó con la Jefa de Enfermería responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA con la finalidad de organizar la dinámica y tener accesibilidad directa con los pacientes.

La recolección de datos se realizó durante 10 días (de lunes a sábado de 8:00 am – 6pm) siguiendo el cronograma establecido por los responsables de la estrategia, quienes informaron brevemente a cada paciente sobre el estudio en la que se aplicarían dos cuestionarios, consultando su posible participación.

A la aceptación de este, se abordó a los participantes en el área de espera para brindar información a detalle del estudio y a los que estaban de acuerdo se solicitó la firma en el consentimiento informado (**Anexo 6**), garantizando la confiabilidad

de la información, mediante el uso de iniciales, posterior a ello se entregó dos cuestionarios, permaneciendo con el paciente para disolver cualquier duda, al finalizar las investigadoras verificaron que todos los ítems hayan sido respondidos.

2.7. Análisis de datos

Los datos fueron codificados y luego ingresados a una base de datos creada en el programa MS Excel para su posterior análisis con el programa estadístico Stata versión 16.0 proporcionado por la universidad.

Para determinar la relación entre capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020, se obtuvo el coeficiente de correlación entre dichas variables. Para la selección de la prueba estadística, se evaluó previamente el requisito de distribución normal de ambas variables.

Por lo tanto, se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman ya que en el test de Kolmogorov Smirnov se evidencia que la variable autocuidado ($p=0.245$) presenta distribución normal, mientras que la variable adherencia al tratamiento ($p=0.036$) no la presenta, por lo que no cumple los requisitos para usar el R Pearson (distribución normal en ambas variables (**Anexo 7**)).

Para Identificar la capacidad de autocuidado en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020 y la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH, se obtuvieron tablas de distribución de frecuencias según las escalas de clasificación de las variables. Se trabajó a un nivel de significancia estadística de 0.05 ($p<0.05$) y los resultados se presentan en tablas

IV. RESULTADOS

De acuerdo al objetivo específico sobre la capacidad de autocuidado en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020, resultó con buen nivel de capacidad de autocuidado el 49.8%, mientras que el 48.4% presentó regular capacidad de autocuidado y solo un 1.8% baja capacidad de autocuidado (**Tabla 1**).

En relación al resultado de la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020, se encontró un nivel insuficiente de adherencia al tratamiento con el 51.1%, seguido del 25.6% con nivel adecuado, el 22.8% presentó bajo, mientras que solo un 0.5% estricto nivel de adherencia al tratamiento (**Tabla 2**).

Respecto a la relación de las variables del estudio, capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral, el coeficiente de correlación Rho de Spearman ($Rho=0.518$), muestra correlación positiva, de nivel medio y directa, la cual resultó estadísticamente significativa ($p=0.000$), es decir, niveles altos de autocuidado, corresponden a niveles altos de adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH. (**Tabla 3**).

De igual manera en el estudio los datos sociodemográficos que predominaron fueron el sexo masculino (74.4%), estado civil soltero (71.2%), grado de instrucción secundaria (42.9%), el 83.3% trabaja y el 58.9% vive con la familia. (**Tabla 4**).

V. DISCUSIÓN

La infección causada por VIH, genera un gran impacto a nivel mundial por las cifras reportadas. En el Perú el primer caso confirmado se dió en 1983, a partir de ello los casos fueron incrementándose, por lo que en el 2004 se implementó la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA, con la finalidad de brindar tratamiento antirretroviral gratuitamente (3, 13).

Para lograr el éxito terapéutico se debe tener una adherencia al tratamiento, la cual es definida por Knobel H, como la capacidad de la persona en involucrarse de forma correcta en la elección, comienzo y monitoreo del TARV, el cual permite el cumplimiento estricto del régimen terapéutico (12). Como también seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios en el estilo de vida, en concordancia con las recomendaciones del personal de salud (5).

La adherencia al tratamiento está relacionado a varios factores, siendo una de ellas la capacidad de autocuidado, según Dorothea Orem está representa la habilidad de cuidar así mismo, englobando el conocimiento y empoderamiento de la persona con respecto a su salud (7.8). La capacidad de autocuidado se encuentra relacionado con el apoyo del personal de enfermería, como se evidencia en el estudio de Aguiar Alencar, el enfermero/a cumple la función de enseñar/fortalecer/mantener e incentivar un adecuado autocuidado para el bienestar personal, teniendo en cuenta que es una acción aprendida y dada de forma intencional (20). Para el presente estudio se tuvo como objetivo determinar la relación entre capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020.

A partir de los hallazgos encontrados; evidenciamos que, respecto a la capacidad de autocuidado, el 49.8% presenta buena capacidad de autocuidado; seguido por un 48.4% de regular, mientras que el 1.8% una baja capacidad de autocuidado.

Los resultados encontrados guardan relación con el estudio realizado por Contreras A. et al, el cual utilizó el mismo instrumento y presentó características similares a la presente investigación, en ambos casos la capacidad de autocuidado baja es la menos frecuente, sin embargo el porcentaje predominante corresponde a regular capacidad de autocuidado en 88.89% por lo que se evidencia que la deficiencia puede estar enfocada en el proceso de atención y seguimiento de los pacientes por parte de los mismos y/o del sistema de salud (16).

Por otro lado, en relación a la variable adherencia al tratamiento antirretroviral, se encontró que el 51.1% presento nivel insuficiente de adherencia, el 25.6% nivel adecuado y 22.8% presentó bajo, mientras que solo un 0.5% estricto nivel de adherencia al tratamiento.

Podemos apreciar que en el estudio realizado en el país por Meneses M, Mayorca C, en el cual las investigadoras elaboraron un instrumento para medir la adherencia al tratamiento antirretroviral, obtuvieron resultados parecidos donde muestra que el porcentaje de las personas adherentes corresponden a un menor número siendo ello solo el 29.9% adherentes frente al 25.5% con adherencia adecuada de nuestra investigación, esto puede deberse a que la persona presente dificultad para comprometerse con su autocuidado, ya que para una adecuada adherencia se requiere compromiso en las normas de conductas responsables (17).

Contrariamente a los resultados de nuestro estudio, la investigación elaborada en el país por Orellana y Morales (2015), en la cual se utilizó el mismo cuestionario CEAT-VIH, con una población similar a la nuestra, se obtuvo como resultado una adecuada adherencia al TARV con un 57.7% y se evidenció que cuatro de los factores evaluados presentaron influencia para la adherencia al tratamiento, mientras que el factor creencias del paciente tuvo menor predominio por lo que sería útil identificar posibles barreras y abordarlas junto con la persona (18).

Cabe mencionar que uno de los factores que está relacionado a la adherencia es el acceso, disponibilidad de los medicamentos, por tal motivo la OMS decidió incluir estos en la lista modelo de los medicamentos esenciales, trazándose como meta que para el 2005 lograría la cobertura a 3 millones de personas de países en vía de desarrollo, es por ello que en el 2004 en el país se implementó el TARV (21,22,23).

Los resultados obtenidos en la presente investigación sobre la adherencia podrían estar relacionados por las dimensiones que considera la OMS, las cuales son los factores socioeconómicos; relacionados con el equipo o sistema sanitario; con la enfermedad; con el tratamiento y por último relacionado con el paciente (24).

Respecto al desempeño profesional de Enfermería, Espinosa, en Cuba realizó un estudio enfocado al seguimiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral, con la revisión de varios artículos define que este personal es parte fundamental para que los pacientes desarrollen conductas que faciliten una adherencia adecuada (6).

De acuerdo a lo antes mencionado es importante brindar una atención integral por el personal de enfermería en base a una relación de confianza, empatía y confidencialidad, enfocándose en el cumplimiento terapéutico para intervenir

oportunamente en dificultades del paciente respecto a la adherencia a través de la educación/orientación, siendo un factor importante para preservar el cumplimiento y continuidad, evitando las comorbilidades o progresión de la enfermedad (6).

El presente estudio no se enfoca en el estigma, sin embargo, varios trabajos hacen énfasis en la relación de este con la adherencia al tratamiento, como es el caso de Zafra y Ticona, el cual mostró resultados de un estigma moderado con el 47.5% y un 25.4% alto, concluyendo que a mayor estigma se presenta menor adherencia y riesgo de abandono del tratamiento. Por lo tanto, es importante que el personal realice intervenciones efectivas (25).

Con respecto a la relación de la capacidad de autocuidado y la adherencia al tratamiento antirretroviral, el coeficiente de correlación Rho de Spearman ($Rho=0.518$), resultó estadísticamente significativo ($p=0.000$), positivo, de nivel medio y con una relación directa, es decir, niveles altos de autocuidado, se corresponden con niveles altos de adherencia al tratamiento antirretroviral.

En tal sentido se puede verificar que el estudio de Fernández-Silva, López-Andrade, presentó resultados similares a la presente investigación, la cual refleja que a pesar de tener un porcentaje favorable hacia la capacidad de autocuidado (alta capacidad 87,6%), se muestra no adherencia al tratamiento con el 76,2% (15).

No obstante, estos resultados fueron diferentes en el estudio elaborado por Meneses M, Mayorca C, la cual mostró como resultado que las prácticas de autocuidado son inadecuadas en un 99.7%, mientras que un 70,1% fueron no adherentes, cabe resaltar que las características de la población fueron similares al nuestro (17).

Con respecto a los resultados de nuestro estudio y confrontados a los demás podemos observar que la no adherencia al tratamiento es una problemática a nivel mundial, y no solo está asociado a la capacidad de autocuidado, sino también al paciente, la enfermedad, medicamentos, equipo asistencial y sistema de salud y otros factores, como el estigma y la discriminación, los cuales en la Asamblea General de las Naciones Unidas se acordó eliminarlos para el 2020 (26,27).

De acuerdo al perfil sociodemográfico de los participantes el sexo masculino es quien predominó con el 74.4%, con grado de instrucción de secundaria 42.9%, se muestra también que el 83.6% trabaja y un 58.9% vive con su familia.

Como se muestra en los datos anteriores los varones representan el mayor porcentaje de infección, según el monitoreo global del SIDA 2020 de las Naciones Unidas, se reporta que la prevalencia del VIH se encuentra dentro de las comunidades de personas transgéneros y en los grupos de homosexuales (28). En nuestro estudio se pudo corroborar esta información ya que el 60% de participantes de sexo masculino pertenecen a este grupo de orientación sexual, cabe resaltar que esto fue evidenciado por las investigadoras al momento de la interacción con ellos.

Con los hallazgos de la investigación, se pudo evidenciar que el trabajo que desempeña el personal de salud es fundamental, en cuanto a enfermería se recomienda implementar y/o reforzar estrategias que permitan fortalecer la capacidad de autocuidado y la adherencia al tratamiento, con el propósito de contribuir, mantener o mejorar estos factores importantes.

Respecto a las cinco dimensiones de la variable Capacidad de Autocuidado, se mostró que en el grupo estudiado predominó el **Bienestar Personal**, esto puede ser

debido principalmente por las acciones que desempeña el paciente respecto a su satisfacción consigo mismo en el aspecto físico, mental y social en relación con sus objetivos, expectativas, estándares y preocupaciones; ya que este es un valor intrínseco en la cual las personas toman conciencia de sí mismas, deciden la manera en que desean convivir y procuran su autorrealización personal, también puede ser dado por el apoyo del personal de salud y el acompañamiento de la familia en base a una comunicación empática de confianza, comprensión y amor (29,30).

También prevaleció la dimensión de **Promoción del funcionamiento y desarrollo personal**, esto es dado posiblemente por la adquisición y desarrollo de aptitudes o habilidades personales que permiten el comportamiento hacia el fomento de estilos de vida saludables modificando las conductas de riesgo y enfocándose en sus potencialidades, fortalezas y resiliencia para una mejor calidad de vida por ello la contribución del personal de salud es indispensable y se ve reflejada en las sesiones, talleres educativos y/o consejerías que se brinda en la atención integral (5,31).

Por otro lado, la dimensión de **Interacción Social** no mostro resultados positivos, tratándose probablemente por aspectos socioculturales como prejuicios, estereotipos relacionados con la moral y/o religión, desencadenando el estigma por parte de familiares, amigos y entorno social/laboral que se ve reflejado en la discriminación, rechazo y abandono; provocando al paciente miedo, furia, angustia, desconsuelo, desaliento, impotencia, culpabilidad, ideas suicidas (25,29).

De igual manera la dimensión de **Actividad y reposo** evidencio que los pacientes no realizan ejercicio físico ni descansan adecuadamente y esto conlleva al riesgo de pérdida de fuerza, resistencia y masa muscular, al practicar una rutina diaria de

ejercicios y reposo se logra el fortalecimiento del sistema inmune y buen estado psicológico para canalizar las emociones (17).

En lo referente al **Consumo suficiente de alimentos** esto no se logra posiblemente porque la persona no cumple con las recomendaciones del personal de salud para seguir una adecuada alimentación que le permita satisfacer sus requerimientos nutricionales por su desconocimiento en la elección, conservación y preparación de los alimentos, impidiendo una correcta alimentación que ayude a fortalecer el sistema inmune manteniendo un adecuado recuento de linfocitos CD4, retrasando la progresión de la enfermedad y facilitando la acción de los antirretrovirales (17).

Como parte de los beneficios del estudio se hará entrega de un material informativo al responsable de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS, VIH y SIDA del HCH, el cual será distribuido a los participantes con la finalidad de fortalecer la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Asimismo, para futuros estudios se recomienda utilizar el método mixto, involucrar a los cuidadores primarios, contar con el recuento de CD4, inicio y tiempo del TARV para identificar la relación de estos con la adherencia al tratamiento, como también tener en consideración el tiempo de espera de los pacientes y atención por parte del equipo multidisciplinario ya que las investigadoras identificaron que los tiempos de atención eran breves, ya sea por la alta demanda de pacientes, falta de recurso humano, u otro factor que podría influir.

El estudio tuvo como limitación no validar el Cuestionario de Adhesión al tratamiento antirretroviral, correspondiendo al año 2008 su última validación para el uso en el Perú, por lo que se sugiere que para estudios futuro sea validado.

VI. CONCLUSIONES

De acuerdo a los resultados obtenidos sobre la capacidad de autocuidado se puede identificar que los participantes muestran un buen nivel de capacidad de autocuidado.

Por otro lado, respecto a la adherencia al tratamiento antirretroviral muestra un nivel insuficiente de adherencia.

Finalmente, se puede evidenciar que la adherencia al tratamiento y la capacidad de autocuidado, presentan una relación directa y de nivel medio.

VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- 1.ONUSIDA. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA (Internet). Ginebra; 2018 (Citado el 10 de noviembre del 2019). Disponible en: <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet>
- 2.Ministerio de Salud. Situación actual del Vih - Sida en el Perú (Internet). Lima: Perú; 2018 (Citado el 14 de noviembre del 2019). Disponible en: <http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/EAccMed/ReunionesTécnicas/PONENCIAS/2018/DIA3/SituacionActualVIH-SIDA.pdf>
- 3.MINSA. Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de enfermedades. Situación Epidemiológica del Vih - Sida en el Perú (Internet). Lima: Perú; 2018 (Citado el 16 de noviembre del 2019). Disponible en: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2018/diciembre.pdf
- 4.OMS. VIH/SIDA (Internet). Ginebra; 2019 (Citado el 16 de noviembre del 2019). Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- 5.MINSA. Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) (Internet). Lima: Perú; 2018 (Citado el 16 de noviembre del 2019). Disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>
- 6.Espinosa AA, Gibert LMP, Ávila SM. El profesional de enfermería en el seguimiento a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Rev. Cuba. Enf. (Internet). 2016 (Citado el 14 de noviembre del 2019);32(3) Disponible en:

<https://www.medigraphic.com/pdfs/revcubenf/cnf-2016/cnf163n.pdf>

7. Raile M. Modelos y Teorías en enfermería. 8va ed. Barcelona: Elsevier; 2015.

8. Mariner A, Raile M. Modelos y Teorías de Enfermería. 6ta Ed. Barcelona: Elsevier-Mosby; 2007. 271 p.

9. Rivera ALN. Autocuidado y capacidad de agencia de autocuidado. Rev. Avances en Enfermería (Internet). 2006 (Citado el 14 de noviembre del 2019); 24(2): 94 - 95. Disponible en:

<https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/35969/37129>

10. Leiva DV, Cubillo VK, Porras GY, Ramírez VT, Sirias WI. Validación de la Escala de Apreciación de Agencia de Autocuidado (ASA) para Costa Rica, para población con enfermedad crónica. Rev. Enfermería Actual en Costa Rica (Internet). 2016 (Citado el 14 de noviembre del 2019); 31(4). Disponible en:

<https://www.redalyc.org/pdf/448/44846315007.pdf>

11. Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. Rev. Peruana De Med. Experimental y Salud Pública (Internet). 2015 (Citado el 16 de noviembre del 2019); 32(1):66-72. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2015.321.1576>

12. Knobel H, et al. Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en el año 2004. Rev. Elsevier. (Internet). 2005 (Citado el 16 de noviembre del 2019); 23 (4):221-231. Disponible en:

<https://doi.org/10.1157/13073149>

13. MINSA. La implementación del TARGA en el Perú. Un paso adelante en la lucha contra el sida (Internet). Lima: Perú; 2004 (Citado el 16 de noviembre del 2019). Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/dgsp/148_ATR2,3,4.pdf

14. Tafur VE, Ortiz C, Alfaro CO, García JE, Faus MJ. Adaptación del cuestionario de evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT- VIH) para su uso en Perú. Rev. Ars Pharm (Internet). 2008 (Citado el 16 de noviembre del 2019); 49(3): 184 - 196. Disponible en: <https://revistaseug.ugr.es/index.php/ars/article/viewFile/4967/4774>

15. Fernández SCA, López ACI. Autocuidado y adherencia al tratamiento en usuarios del programa de VIH en un hospital de Chile. Rev. Iberoam. Educ. Investi. Enferm (Internet). 2018 (Citado el 18 de noviembre del 2019); 8(3):9 - 15. Disponible en: https://www.researchgate.net/publication/326925609_Autocuidado_y_adherencia_a_al_tratamiento_en_usuarios_del_programa_de_VIH_en_un_hospital_de_Chile

16. Contreras OA, Contreras MA, Hernández BC, Castro BMT, Navarro PLL. Capacidad de autocuidado en pacientes que asisten a consulta externa. Rev. Investigaciones Andinas (Internet). 2013 (Citado el 18 de noviembre del 2019); 26(15): 667-677. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/2390/239026287005.pdf>

17. Meneses La Riva ME, Mayorca CCR. Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima. Rev. Enferm Herediana (Internet). 2014 (Citado el 21 de noviembre del 2019); 7(2):88 - 94. Disponible en:

<http://revistas.upch.edu.pe/index.php/RENH/article/view/2532/2444>

18.Orellana ZG, Morales RE. Factores asociados a la adherencia al targa, en pacientes con vih/sida en el Hospital Central de las Fuerzas policiales. Rev. Fac. Med. Hum (Internet). 2019 (Citado el 21 de noviembre del 2019);19(1):46-52. Disponible en:

<http://revistas.urp.edu.pe/index.php/RFMH/article/view/1792/1701>

19.Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 6^{ta} Ed. Ciudad de México: Mc Graw Hill, 2014. 547-552.

20.Aguiar AR, Henrique PAB, Carvalho LC, Tomé RF, Itsuko CS. Aspectos que influyen en el autocuidado de pacientes viviendo con virus de la inmunodeficiencia humana. Rev. Latino- Am Enfermagem (Internet). 2019 (Citado el 21 de noviembre del 2019);27. Disponible en:

<http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.2746.3112>

21.Colautti MA. Las personas que viven con VIH/SIDA y su vínculo con los antirretrovirales provistos por el Programa Nacional en Argentina. Rev. Cienc. Saude.Coletiva (Internet).2012 (Citado el 21 de noviembre del 2019);17(5): 1203-1212. Disponible en: <https://www.scielo.br/pdf/csc/v17n5/a14v17n5.pdf>

22.OMS. Estrategia farmacéutica de la OMS. Lo esencial son los países 2004-2007 (Internet). 2004 (Citado el 19 de mayo del 2020). Disponible en: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/68724>

23.OMS. Expansión del tratamiento antirretroviral en los entornos con recursos limitados directrices para un enfoque de salud pública resumen de orientación. (Internet). Ginebra. 2012 (Citado el 22 de mayo del 2020). Disponible en:

https://www.who.int/hiv/pub/prev_care/en/isbn9243545671.pdf?ua=1

24.Ortega CJJ, Sanchez HD, Rodríguez MOA, Ortega LJM. Adherencia terapéutica: un problema de atención médica. Rev. Acta Méd. Grupo Ángeles (Internet). 2018 (Citado el 22 de noviembre del 2019);16(3):226 – 231. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/actmed/am-2018/am183h.pdf>

25.Zafra TJH, Ticona CE. Estigma relacionado a VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Publica (Internet). 2014 (Citado el 22 de noviembre del 2019);33(4):625-631. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2544>

26.Hoja de ruta de prevención del VIH para 2020. Acelerar la prevención del VIH para reducir el número de nuevas infecciones en un 75%. Disponible en:<http://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb3643d25900164b2737b8d02c8>

27.Belmar J, Stuardo V. Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. Rev. Chilena Infectol. (Internet). 2017 (Citado el 22 de noviembre del 2019); 34 (4): 352-357. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.4067/s0716-10182017000400352>

28.ONUSIDA. Asamblea General de la Naciones Unidas. Monitoreo global del SIDA 2020. Indicadores para el seguimiento de la Declaración Política de las Naciones Unidas para poner fin al SIDA de 2016. Disponible en: https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-aids-monitoring_es.pdf

29. Frutos C, Aquino N, Amado D, Ferreira M, Diaz R C. Calidad de vida en el Paciente con VIH en el Servicio de Clínica Médica, Hospital Central – Instituto de Previsión Social Paraguay – 2015. Rev. Inst. Med. Trop (Internet). 2016 (Citado el 11 de marzo del 2021); 11(1):18. Disponible en: <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v11n1/1996-3696-imt-11-01-10.pdf>
30. Caldera G D, Pacheco Z M. Funcionalidad familiar del paciente con VIH – SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León. (Internet).2018 (Citado el 11 de marzo del 2021);15(2): 52 – 53. Disponible en: <https://www.medigraphic.com/pdfs/residente/rr-2020/rr202b.pdf>
31. Giraldo O A, Toro R M, Macias L A, Valencia G C, Palacio R S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables. Revista Hacia la promoción de la Salud (Internet). 2010 (Citado el 11 de marzo del 2021);15(1); 139 - 140 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3091/309126693010.pdf>

VIII. TABLAS

Tabla 1. Capacidad de autocuidado en personas viviendo con VIH de un hospital de lima, 2020.

Capacidad de autocuidado	Número	%
Baja	4	1.8
Regular	106	48.4
Buena	109	49.8
Total	219	100.0

Tabla 2. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de lima, 2020.

Adherencia al tratamiento	Número	%
Baja	50	22.8
Insuficiente	112	51.1
Adecuada	56	25.6
Estricta	1	0.5
Total	219	100.0

Tabla 3. Capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de lima, 2020.

	Rho de Spearman	Adherencia
	Coeficiente de correlación	,518
Autocuidado	Sig. (bilateral)	,000
	N	219

Tabla 4. Datos generales de personas viviendo con VIH de un hospital de lima, 2020.

Datos generales	Número (n=219)	%
Sexo:		
Femenino	56	25.6
Masculino	163	74.4
Estado civil:		
Soltero	156	71.2
Casado	15	6.8
Conviviente	36	16.4
Separado	8	3.7
Viudo	4	1.8
Grado de instrucción:		
Sin instrucción	2	0.9
Primaria	12	5.5
Secundaria	94	42.9

Superior Técnica	64	29.2
Superior Universitaria	47	21.5
Trabaja:		
Si	183	83.6
No	36	16.4
Con quien vive:		
Solo	42	19.2
Pareja	42	19.2
Familia	129	58.9
Amigos	6	2.7

ANEXO 1:

El procedimiento de cálculo muestral se realizó de la siguiente manera:

$$n = \frac{Z^2 \cdot p \cdot q}{E^2}$$

$$nf = \frac{n}{1 + n/N}$$

Donde:

P: Proporción de pacientes que presentan mala adherencia al tratamiento antirretroviral, según antecedentes del estudio de Meneses M, Mayorca C. (17), se estima en 70% (P= 0.70)

Q: 1 – P (Q=0.30)

Z: Factor de confianza (95%) (Z=1.96)

E: Error de estimación (5%) (E=0.05)

N: Población, (N= 581)

Reemplazando datos:

$$n = \frac{1.96^2 \times 0.70 \times 0.30}{0.05^2}$$

$$n = 322.69$$

$$n = 323$$

$$nf = \frac{323}{1 + 323/581}$$

$$nf = 208$$

Para prever ausencia de casos o perdida de participantes se sumará un 5% de la muestra (208).

$$nf = 208 \times 0.05 = 10.4 = 11$$

$$nf = 208 + 11 = 219$$

La muestra estuvo constituida por 219 los cuales fueron seleccionados mediante un muestreo aleatorio simple.

ANEXO 2: OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLE

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Capacidad de autocuidado	Habilidad de cuidar a sí mismo, englobando el autoconocimiento y empoderamiento de la persona con respecto a su salud, también al desempeñar acciones que aporten al bienestar personal y con su entorno.	Interacción social	Capacidad del usuario para solicitar ayuda	-Redes de apoyo
		Bienestar personal	Capacidad del usuario para realizar acciones orientadas a la prevención o control de situaciones que afectan el autocuidado y confort.	-Gestión del bienestar físico y mental
		Actividad y reposo	Capacidad del usuario para realizar acciones de autocuidado de acuerdo a la disposición de su energía y el tiempo necesario para cuidarse y descansar.	-Descanso/sueño -Movilidad/desplazamiento -Actividad física y Aseo personal
		Consumo suficiente de alimentos	Capacidad del usuario para discernir una alimentación adecuada en base a los requerimientos nutricionales.	-Hábitos alimentarios
		Promoción del funcionamiento y desarrollo personal	Capacidad del usuario para afrontar problemas o circunstancias cambiantes en la vida.	-Seguridad de sí mismo /familia -Limitación en movilización

Variable	Definición conceptual	Dimensiones	Definición operacional	Indicadores
Adherencia al tratamiento antirretroviral	Capacidad de la persona en involucrarse de forma correcta en la elección, comienzo y monitoreo del TARV, la cual permite el cumplimiento estricto con la finalidad de obtener una apropiada supresión de la carga viral.	Cumplimiento del tratamiento	Manejo del esquema terapéutico de acuerdo a la dosificación prescrita y horario establecido a lo largo del tiempo.	-Toma de medicamentos
		Antecedentes de la falta de adherencia	Dificultad para cumplir con el régimen terapéutico.	-Falta en la toma de medicamentos
		Interacción médico – paciente	Relación establecida en base a la comunicación y trato cordial entre el paciente y el profesional de salud.	-Vínculo médico/paciente
		Creencias del paciente	Conjunto de actitudes, conocimientos y prácticas que se emplean frente a la terapia antirretroviral.	-Manejo de la medicación
		Estrategias para mejorar la adherencia	Acciones dirigidas para fortalecer y lograr un adecuado régimen terapéutico.	-Uso de estrategias

ANEXO 3: INSTRUMENTO ESCALA DE APRECIACIÓN DE AGENCIA DE AUTOCAUIDADO (A.S.A.)

Las investigadoras de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se encuentran realizando una encuesta con el fin de determinar la relación entre capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020.

Para contestar el cuestionario que se presenta, siga por favor las siguientes instrucciones:

1. Lea detenidamente la pregunta antes de responder.
2. Señale con una X la respuesta que usted considere.

Tus respuestas son importantes para nosotros. Gracias por tu participación.

	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
1. A medida que cambian las circunstancias, yo voy haciendo ajustes para mantener mi salud.				
2. Reviso si las actividades que practico para mantenerme con salud son buenas.				
3. Si tengo problemas para moverme o desplazarme, me las arreglo para conseguir ayuda.				
4. Yo puedo hacer lo necesario para mantener limpio el ambiente donde vivo.				
5. Hago lo necesario para mantenerme con salud.				

6. Me faltan las fuerzas necesarias para cuidarme como debo.				
7. Yo puedo buscar mejores cuidados para mi salud que las que tengo ahora.				
8. Cambio la frecuencia con que me baño para mantenerme limpio.				
9. Para mantener el peso ideal hago los cambios necesarios en mis hábitos alimenticios.				
10. Cuando hay situaciones que me afectan yo las manejo de manera que pueda mantener mi forma de ser.				
11. Pienso en hacer ejercicio y descansar un poco durante el día pero no llego hacerlo.				
12. Cuando necesito ayuda, puedo recurrir a mis amigos siempre.				
13. Puedo dormir lo suficiente como para sentirme descansado.				
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, pido explicaciones sobre lo que no entiendo.				
15. Yo examino mi cuerpo para ver si hay algún cambio.				
16. He sido capaz de cambiar hábitos a los que estaba acostumbrado con tal de mejorar				

mi salud.				
17. Cuando tengo que tomar una nueva medicina, cuento con una persona que me brinda información sobre los efectos secundarios.				
18. Soy capaz de tomar medidas para garantizar el bienestar y seguridad mío y de mi familia.				
19. Soy capaz de evaluar si lo que hago sirve para mantenerme con salud.				
20. Debido a mis ocupaciones diarias, me resulta difícil sacar tiempo para cuidarme.				
21. Si mi salud se ve afectada yo soy capaz de conseguir la información necesaria sobre qué hacer.				
22. Si yo no puedo cuidarme puedo buscar ayuda.				
23. Puedo sacar tiempo para mí.				
24. A pesar de mis limitaciones para movilizarme, soy capaz de cuidarme como a mí me gusta.				

PUNTUACIÓN - ESCALA LIKERT

Forma de respuesta	
Nunca	1
Casi nunca	2
Casi siempre	3
Siempre	4
A excepción de las preguntas 6; 11 y 20 porque son preguntas negativas (se invierte el puntaje).	

El puntaje menor que se obtiene es de 24 y el mayor de 96 puntos.

CLASIFICACIÓN	PUNTAJE
Buena Agencia de Autocuidado	82-96
Regular Agencia de Autocuidado	63-81
Baja Agencia de Autocuidado	44-62
Muy baja Agencia de Autocuidado	24-43

ANEXO 4: EVALUACION DEL JUICIO DE EXPERTOS PRUEBA BINOMIAL

Validez de contenido:

El Ítem corresponde a alguna dimensión de la variable

ITEM S	JUECES												ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	11	0.003 2
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	11	0.003 2
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	11	0.003 2
11	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2

15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
21	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
24	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.000 2
PROMEDIO													0.000 6	

El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados del juicio de expertos ($p=0.0006$), evidencia la validez de contenido del instrumento ($p<0.05$).

Validez de constructo:

El ítem contribuye a medir el indicador planteado.

ITEMS	JUECES												ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
3	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
6	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0.00 32
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	11	0.00 32
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	11	0.00 32
11	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	D	A	10	0.01 93
12	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0.00 32
13	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
14	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
15	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	11	0.00 32

16	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	11	0.00 32
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
21	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
23	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
24	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0.00 32
PROMEDIO													0.00 19	

El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados del juicio de expertos ($p=0.0019$), evidencia la validez de constructo del instrumento ($p<0.05$).

Validez de criterio:

El ítem clasifica a los sujetos en las categorías establecidas.

ITEMS	JUECES												ACUERDOS	P
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12		
1	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0.00 32
2	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
3	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0.00 32
4	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
5	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
6	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
7	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
8	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	11	0.00 32
9	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
10	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	D	10	0.01 93
11	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0.00 32
12	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	D	A	11	0.00 32
13	A	A	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	11	0.00 32
14	A	A	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	11	0.00 32
15	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02

16	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
17	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
18	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
19	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
20	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
21	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
22	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	12	0.00 02
23	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0.00 32
24	A	A	D	A	A	A	A	A	A	A	A	A	11	0.00 32
PROMEDIO													0.00 21	

El valor de significancia estadística de la prueba binomial, aplicada a los resultados del juicio de expertos ($p=0.0021$), evidencia la validez de criterio del instrumento ($p<0.05$).

ANEXO 5: INSTRUMENTO CUESTIONARIO DE EVALUACIÓN DE LA ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH)

Las investigadoras de la Universidad Peruana Cayetano Heredia, se encuentran realizando una encuesta con el fin de determinar la relación entre capacidad de autocuidado y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con VIH de un hospital de Lima, 2020.

Para contestar el cuestionario que se presenta, siga por favor las siguientes instrucciones:

1. Lea detenidamente la pregunta antes de responder.
2. Señale con una X la respuesta que usted considere.
3. Marque solo una alternativa.

Tus respuestas son importantes para nosotros. Gracias por tu participación.

Edad:	Sexo: Femenino () Hombre ()	Estado civil: Soltero () Casado () Conviviente () Separado () Viudo ()			
Instrucción: Sin instrucción () Primaria () Secundaria () Superior Técnico () Superior universitario ()					
Trabajo: Si () No ()		Con quien vives: Solo () Pareja () Familia () Amigos ()			
Durante la última semana:	Siempre	Más de la mitad de las veces	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1.Ha dejado de tomar sus medicamento					

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

	Ninguno	Mitad	Todos
5. ¿Recuerda qué Medicamentos está tomando en este momento?			

	Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su médico?					

	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7. ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8. ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales?					
	Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
9. ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de los antirretrovirales?					
10. ¿Considera que su salud ha mejorado desde que					

empezó a tomar los antirretrovirales?					
11. ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					

	Nunca	Alguna Vez	Aproximada mente la mitad de las veces	Bastantes veces	Siempre
12. ¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13. Cuando los resultados de los análisis son buenos ¿Suele su médico utilizarlos para darle ánimo y seguir adelante?					

14. ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado tomar antirretrovirales?	Muy insatisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
15. ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionado con la	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos

toma de antirretrovirales?					
16. ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
17. ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto a la toma de los antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
18. ¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad

	Si	No
19. Desde que está en tratamiento ¿En alguna ocasión ha dejado de tomar sus medicamentos un día completo más de uno? [Si responde afirmativamente ¿Cuántos días aproximadamente?] _____		
20. ¿Utiliza alguna estrategia para acordarse de tomar sus medicamentos? ¿Cuál? _____		

Codificación de respuestas del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)	
Ítems	Puntaje
1	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
2	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
3	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
4	1 siempre a 5 en ninguna ocasión
5	0 ninguno; 1 mitad; 2 todos
6	1 mala a 5 buena
7	1 nada a 5 mucho
8	1 nada a 5 mucho
9	1 nada a 5 mucho
10	1 nada a 5 mucho
11	1 nada a 5 mucho
12	1 nunca a 5 siempre
13	1 nunca a 5 siempre
14	1 muy insatisfecho a 5 muy satisfecho
15	1 muy intensos a 5 nada intensos
16	1 mucho tiempo a 5 nada de tiempo
17	1 nada cumplidor a 5 muy cumplidor
18	1 mucha dificultad a nada de dificultad
19	0 si; 1 no
20	1 si; 0 no

Interpretación del Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)	
Baja Adherencia	< 73 puntos
Adherencia insuficiente	74 y 80 puntos
Adherencia adecuada	81 y 85 puntos
Adherencia estricta	> 85 puntos

ANEXO 7: EVALUACIÓN DE LA DISTRIBUCIÓN DE LAS VARIABLES CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PERSONAS CON VIH

El test de Kolmogorov Smirnov, evidencia que la variable autocuidado ($p=0.245$) presenta distribución normal, mientras que la variable adherencia al tratamiento ($p=0.036$) no la presenta. Para evaluar la relación entre dichas variables, se utilizó el coeficiente de correlación Rho de Spearman.

PRUEBA DE KOLMOGOROV- SMIRNOV PARA UNA MUESTRA

		AUTOCUIDADO	ADHERENCIA
N		219	219
Parámetros normales ^{a,b}	Media	80,97	76,83
	Desviación típica	7,760	4,943
Diferencias más extremas	Absoluta	,069	,096
	Positiva	,048	,051
	Negativa	-,069	-,096
Z de Kolmogorov-Smirnov		1,024	1,417
Sig. asintót. (bilateral)		,245	,036

a. La distribución de contraste es la Normal.