



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

“RELACIÓN DE LA CALIDAD DE VIDA Y
LA ADHERENCIA AL TARV CON LAS
CAPACIDADES COGNITIVAS EN
PERSONAS CON VIH EN UN HOSPITAL
NACIONAL DE LIMA”

TESIS PARA OPTAR EL TITULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA

WALTER JESUS NAVARRO JUAREZ

LIMA-PERÚ

2021

MIEMBROS DEL JURADO

MG. CECILIA PATRICIA CASTRO CHÁVARRY

Presidente

MG. DORA YSABEL REGALADO BALLENA

Vocal

MG. SUSANA ELIZABETH MAMANI GUERRA

Secretaria

ASESOR DE TESIS

DRA. FLOR YESENIA MUSAYÓN OBLITAS

DEDICATORIA

“Una mente no puede entenderse sin su cultura” Lev Vygotsky... eternamente agradecido a quienes me acompañaron en este proceso.

AGRADECIMIENTOS

Durante todo este proceso personas importantes me orientaron y me apoyaron en mi carrera y en el desarrollo de mi investigación, desde el contenido teórico, la recolección de la muestra, el análisis de cada punto y también en lo emocional.

-Dr. Ramiro Gutiérrez.

-Dr. Giancarlo Ojeda.

-Dra. Yesenia Musayón.

-Mg. Rocío Echevarría.

-Ps. Daniel Castillo.

-Est. Paola Cárdenas.

-Mis padres: Eder Jesús Navarro y Maricelda Juarez Maza

-Mi familia

Les estoy muy agradecido.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN	
ABSTRACT	
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.2. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	2
1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA	4
1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN.....	6
1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	6
1.5.1. Objetivos generales	6
1.5.2. Objetivos específicos.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	8
2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES.....	8
2.1.1. VIH/SIDA.....	8
2.1.1.1. Formas de transmisión del VIH/SIDA	9
2.1.2. Tratamiento y Adherencia al TARV	9
2.1.3. Calidad de Vida	11
2.1.4. Capacidades Cognitivas.....	14
2.2. ANTECEDENTES NACIONALES E INTERNACIONALES.....	15
2.3. HIPOTESIS	19
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	20
3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	20
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA.....	21
3.3. VARIABLES	23
3.4. INSTRUMENTOS	27
3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS	32
3.6. ANALISIS DE DATOS	33
CONSIDERACIONES ÉTICAS	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS.....	35
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN.....	44
CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN.....	46
RECOMENDACIONES.....	47
REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS	48
ANEXOS	

RESUMEN

El objetivo del presente estudio fue determinar la correlación de la calidad de vida y la adherencia a la Terapia Antirretroviral (TARV), con las capacidades cognitivas en personas que presentan el virus de Inmunodeficiencia humana en un hospital nacional de Lima. La población está conformada por 144 personas quienes asistieron a su control de terapia antirretroviral en un centro hospitalario de Lima Metropolitana. Se usó el diseño descriptivo – correlacional y los instrumentos fueron la escala de índice de calidad de vida -adaptación de Mezzich; el cuestionario de valoración de la adherencia de Echevarría y la prueba de evaluación cognitiva de Montreal. Se obtuvo que existe una relación estadísticamente significativa entre calidad de vida, adherencia a la terapia antirretroviral y capacidades cognitivas en personas que poseen el Virus de la Inmunodeficiencia Humana en un hospital nacional de Lima.

Palabras clave: VIH, Adherencia al tratamiento, Calidad de vida, Capacidades cognitivas.

ABSTRACT

The objective is to determine the correlation of quality of life and adherence to art, with cognitive abilities in people with HIV in a national hospital in Lima. The population is made up of 144 people who attended their art control in a hospital in metropolitan Lima. The descriptive-correlational design was used, and the instruments were the quality of life index scale -Mezzich adaptation (ICV), the Echevarría adherence assessment questionnaire and the Montreal cognitive assessment test (MOCA). It was obtained that there is a statistically significant relationship between quality of life, adherence to art and cognitive capacities in people with hiv in a national hospital in Lima.

Keywords: HVI, Adherence to treatment, Quality of life, Cognitive capabilitie.

INTRODUCCIÓN

La infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) afecta a muchas personas en diferentes ámbitos de su vida. En ese sentido, se remarca la importancia de desarrollar una buena adherencia al tratamiento y presentar indicadores de calidad de vida para disminuir un posible deterioro cognitivo.

Teniendo en cuenta los múltiples efectos del VIH en la vida de las personas, es necesario enfatizar las alteraciones que estas presentan a nivel del sistema nervioso central, especialmente en el área encefálica, área de dominancia y a las que guardan correspondencia con las capacidades cognitivas; asimismo, desde el enfoque de procesamiento de información de la psicología y la neuropsicología cognitiva, el deterioro cognitivo que podría presentar un paciente con VIH no solo está asociado a la fisiopatología de la enfermedad y la naturaleza del virus, sino también a todos aquellos factores sociales.

Por otro lado, es importante seguir consolidando políticas públicas orientadas a mejorar la adherencia a los tratamientos y la calidad de vida, las cuales pueden actuar como factores protectores ante posibles o eventuales deterioros de las capacidades cognitivas, más aún en la población con VIH o con el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA).

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.2. IDENTIFICACIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

En la literatura se expresa que el VIH es un retrovirus que ataca al sistema nervioso inmunitario, este puede afectar a toda la población sin excepción alguna siempre y cuando se esté expuesto al contagio. El virus infecta a los linfocitos CD4 (células del sistema inmunitario), los cuales tienen como función la formación de anticuerpos para combatir aquellas infecciones de entes externos. (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2013)

El VIH al ingresar al Sistema Nervioso Central (SNC) y desde sus fases precoces produce determinados cuadros neurológicos y desencadena alteraciones a nivel cognitivo y conductual, las cuales se presentan como un posible deterioro cognitivo leve con alguna o ninguna alteración en la vida diaria. Sin embargo, existe posibilidad de que la afectación podría evolucionar a demencia compleja la cual se presenta muchas veces en la fase avanzada del virus. (Organización panamericana de la salud [OPS], 2017)

Es así, que en la actualidad este virus es uno de los problemas que ha generado muchos más retos en el sector salud, en este sentido un problema latente en nuestro país es el de no conocer si se es portador o no del VIH. En el 2017, de las 72 mil personas que tenían VIH aproximadamente 16 mil (quienes representan al 22%) no sabían que tenían la infección y de acuerdo a las valoraciones del Ministerio de Salud (MINSA, 2018), en Lima capital se reportó 1.471 casos nuevos, lo que representó 51% menos respecto al 2016 con 3.011 casos. En cuanto a todo el Perú, en el año 2017 detectaron 4.257 casos, mientras que en el año anterior fueron 6.549 casos.

Para la Dirección General de Epidemiología del MINSA existen en nuestro país un total de 132657 casos de VIH (hasta el 29 de febrero del 2020), de los cuales 45089 son de fase SIDA, teniendo estos datos desde 1983, en donde se reportó el primer caso de SIDA.

Existe alrededor de 35 millones de fallecidos a causa del VIH/SIDA desde que se originó esta epidemia, teniendo en cuenta que en el año 2016, 36.7 millones de personas tenían esta condición de los cuales adultos eran 34,5 millones: mujeres fueron 17,8 (siendo mayores de 15 años) y niños menores de 15 años siendo 2,1 millones. (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA], 2019)

En la última década, los diferentes avances científicos y tecnológicos están permitiendo conocer mucho mejor la infección por VIH, La Terapia Antirretroviral (TARV) y los accesos a programas exitosos para el tratamiento y prevención. Sin embargo, la infección por el VIH sigue siendo un problema de la salud global (OMS, 2016)

El TARV se ofrece de forma gratuita en todas las regiones del país, a través de establecimientos de salud, la gran mayoría del MINSA. El éxito del TARV requiere de su adherencia, comprendiendo a esta como un comportamiento que tiene una persona diagnosticada con VIH, la cual cumple adecuadamente con sus medicamentos antirretrovirales, esta tiene que cumplir con un régimen alimentario y ejecutar cambios en su estilo de vida, todo ello en función a las recomendaciones que le brinde el personal de salud (Norma Técnica del Ministerio de Salud, 2018)

También, como afirma Crosby (2014) es importante tener en cuenta que las condiciones para ser adherentes al tratamiento son el estilo de vida, el control de emociones, el medio social, laboral y los antecedentes de salud, también se considera el adecuado afrontamiento al estrés y sobrecarga emocional producto del impacto psicológico (el sentido de culpa, la estigmatización, discriminación, etc.).

Con la adherencia al TARV se podrá prolongar el tiempo de vida, gracias a la restauración inmunológica, además de evitar la replicación viral y la resistencia a los medicamentos (Pacífico y Gutiérrez, 2015). Asimismo, es fundamental entender los factores que afectan la adherencia, como la falta de apoyo social, el estrés que genera la toma de medicamentos puntualmente y todas las creencias irracionales. (Guevara y cols, 2013).

En líneas generales el constructo “calidad de vida” cobra fuerza como un complemento y resultado de una adecuada adherencia al tratamiento, además, cuantiosas investigaciones han mostrado la existencia de las problemáticas que sufren las personas con VIH entorno a su calidad de vida. Actualmente ha adquirido importancia en la calidad de vida, el bienestar del paciente, los tratamientos, las intervenciones y los cuidados que da el personal de salud, es así que muchas enfermedades consideraras mortales han pasado a considerarse como crónicas, tomando gran interés la atención integral, basada en la calidad o valor del tiempo de vida, (Frutos y cols, 2015)

Es por estas premisas en base a un modelo multidimensional para la optimización de la comprensión del problema, que se plantea la pregunta de investigación: ¿Cuál es la relación de la calidad de vida y la adherencia al TARV, con las capacidades cognitivas en personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima?

1.3. JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DEL PROBLEMA

Con los resultados obtenidos se buscó complementar los estudios en esta línea de investigación y así potenciar futuros trabajos como programas preventivos y de tratamiento para continuar mejorando las condiciones de salud de las personas con VIH/SIDA.

Pino (2015) señala que el VIH ataca al sistema nervioso central como al sistema inmune; generando diversas alteraciones a nivel neurológico las cuales interfieren en la vida familiar, social y hasta laboral. A pesar de ello, son escasos los procedimientos y pruebas neuropsicológicas para evaluar a los pacientes con VIH. Además, a través del análisis de la fisiopatología de la enfermedad y la naturaleza del virus se estima una reducción en el procesamiento de la información (velocidad de esta) asociada a la pérdida de cuantiosas capacidades cognitivas en pacientes diagnosticados con VIH, todo ello entendido desde el enfoque de la neuropsicología cognitiva (Robinson, et al 2008).

También, Varela (2015) afirma que el objetivo primordial es orientar mejor los tratamientos que busquen incrementar la adherencia al tratamiento y, por ende, realizar un buen seguimiento a los pacientes. En el marco de la salud global es crucial que se planteen objetivos relacionados a mejorar la calidad de vida. Asimismo, Miners, et al., (2014) a través de un estudio sobre la calidad de vida realizado en el Reino Unido a pacientes con VIH aseveró que estos poseen más probabilidades de presentar problemas psicosociales a comparación de las personas que no poseen la enfermedad, y que la asociación entre mala calidad de vida y VIH continuó manteniéndose incluso cuando estas personas se encontraban con un sistema inmunitario recuperado a través del tratamiento antirretroviral, lo que indica que el tratamiento con el retroviral no es suficiente para su recuperación y estabilidad.

Es así, que la presente investigación contribuyó a ampliar la comprensión teórica y práctica sobre diversos factores relacionados a las funciones ejecutivas, la memoria de trabajo y la atención, las cuales son vitales a tomar en cuenta para el desarrollo de mejores evaluaciones y programas de rehabilitación, así como el progreso de la adherencia terapéutica. Finalmente, de esta manera, el estudio formuló y siguió la proposición de que una buena calidad de vida y una adecuada adherencia al tratamiento son bases primordiales

en la recuperación de las personas con el diagnóstico del VIH, ya que este origina limitaciones en el ámbito clínico y psicosocial; por consiguiente, es preciso afirmar que el campo de la psicología debe optimizar todos aquellos recursos que conlleven a una mejora de los pacientes.

1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Una de las limitaciones del presente trabajo es el tamaño de la muestra. Se realizó un muestreo no probabilístico, lo que limita la posibilidad de realizar inferencias estadísticas a la población total (Otzen y Manterola,2017).

1.5. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1. Objetivos generales

Determinar la correlación de la calidad de vida y la adherencia al TARV, con las capacidades cognitivas en personas con VIH en un hospital nacional de Lima.

1.5.2. Objetivos específicos

Conocer la correlación entre el bienestar físico y las capacidades cognitivas en personas con VIH en un hospital nacional de Lima.

Conocer la correlación entre el bienestar psicológico y las capacidades cognitivas en personas con VIH en un hospital nacional de Lima.

Conocer la correlación entre la plenitud personal y las capacidades cognitivas en personas con VIH en un hospital nacional de Lima.

Conocer la correlación entre la satisfacción espiritual y las capacidades cognitivas en personas con VIH en un hospital nacional de Lima.

Conocer la correlación entre la calidad de vida global y las capacidades cognitivas en personas con VIH en un hospital nacional de Lima.

Conocer la correlación entre el medio social y las capacidades cognitivas en personas con VIH en un hospital nacional de Lima.

Conocer la correlación entre el aspecto emocional y las capacidades cognitivas en personas con VIH en un hospital nacional de Lima.

Conocer la correlación entre el estilo de vida y las capacidades cognitivas en personas con VIH en un hospital nacional de Lima.

Conocer la correlación entre el medio laboral y las capacidades cognitivas en personas con VIH en un hospital nacional de Lima.

Conocer la correlación entre los antecedentes de salud y las capacidades cognitivas en personas con VIH en un hospital nacional de Lima.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1. REVISIÓN TEÓRICA DE LAS VARIABLES

2.1.1. VIH/SIDA

Es preciso definir al VIH, como un virus que tiene como fin principal, tal como su nombre lo indica, infectar y reducir en gran manera las células del sistema inmunológico, específicamente los linfocitos CD4 (Asociación Vía Libre, s. f).

Asimismo, los linfocitos CD4, (CD4), son infectados por el VIH, lo que trae como consecuencia una mutación en su código genético, la cual finaliza con la destrucción de la célula. En este sentido la función del sistema inmune se ve deteriorada, disminuida y vulnerable ante cualquier tipo de infecciones por agentes patógenos. Es por ello que podemos afirmar que, al momento de realizar el conteo de las células CD4 y si estas se encuentran muy disminuidas, la persona está en mayor riesgo de poder adquirir cualquier tipo de enfermedad (Cabello, 2005).

Por otro lado, desde una perspectiva de afronte ante todas las necesidades de esta epidemia, podemos concretar que aún se necesita de muchos más recursos para poder abordar todas las problemáticas subsecuentes. La forma de afrontar al SIDA tiene como base métodos más audaces, que no solo trabajan los principios establecidos por Alma-Ata en 1978. Sin embargo, para lograr ese objetivo es necesario poder realizar inversiones en salud, que puedan sostener y disponer la solvencia económica adecuada en la producción de conocimientos y recursos que puedan ayudar a prevenir las diversas defunciones y problemáticas actuales originadas por el VIH (MINSa, 2015)

2.1.1.1. Formas de transmisión del VIH/SIDA

Gonzáles (2012) nos menciona las diversas maneras en que la transmisión del VIH, se da:

- Por medio de la vía sexual, un 97% de los casos de contagio es a través de fluidos vaginales, líquido pre-seminal o semen, así como también al tener prácticas sexuales anales.
- Transfusión sanguínea o por accidentes ocurridos con agujas contaminadas.
- Trasmisión de madre a hijo; durante el embarazo, el parto y la lactancia.

2.1.2. Tratamiento y Adherencia al TARV

El TARV de gran actividad consta de la aplicación medicamentos antirretrovirales, que pueden disminuir la carga viral, para llegar a niveles casi indetectables, lo cual conduce a una mejoría y posterior recuperación del sistema inmunológico en pacientes que poseen el VIH/SIDA (MINSa, 2015).

La evaluación de comportamientos de riesgo, y otro tipo de condiciones o patologías asociadas con la trasmisión sexual de personas con VIH, nos da lugar a poder concretar un panorama mucho más amplio del estadio de la enfermedad, y, por consiguiente, da puerta al establecimiento de un tratamiento mucho más efectivo contra infecciones oportunistas, a través de la terapia antirretroviral fijada. (MINSa, 2012)

Por otro lado, la U.S. Agency for International Development (USAID. 2011), la cual en español significa Agencia de los Estados Unidos para el Desarrollo Internacional, se enfocó, a partir del surgimiento de los diferentes tratamientos antirretrovirales, en analizar la

forma de vida de las personas con el tratamiento para el VIH ha cambiado, dado que el TARV genera una mayor producción de linfocitos CD4, y reduce la replicación del ARN de las células con VIH, de esta manera, restaura la función del sistema inmune, lo cual contribuye en el descenso en las tasas de morbilidad/ mortalidad, como también en la disminución del progreso infeccioso de otras enfermedades clínicas.

También es de suma importancia tener en consideración que el TARV es una terapia a largo plazo, lo cual, representa un gran desafío para la adherencia terapéutica, tanto para el paciente, como para los prestadores del servicio de salud. Es así que para maximizar sustancialmente el beneficio de esta, el reforzar la adherencia terapéutica hacia los antirretrovirales, es crucial tomar medidas periódicas las cuales nos ayuden a alcanzar resultados efectivos, considerando los beneficios que trae el mantener en alto los niveles de adherencia, ya que por el contrario, si es que este factor de adherencia se encuentra en niveles bajos podría surgir un rebrote de la actividad viral, el cual resultaría en una adaptación del virus al tratamiento, generando así cepas resistentes a este. (PAHO, 2014)

Podemos entender, que la adherencia al TARV es complicada, y algunos de los pacientes no la establecen, a pesar de ser conscientes de la importancia que esta tiene para ellos. Tanta es la importancia la adherencia terapéutica que se necesita un nivel de adherencia no menor al 95% para lograr la disminución en la replicación del virus, y que en bajos niveles de adherencia, el individuo puede sufrir efectos sumamente negativos tanto para si mismo, como para la salud pública (Dirección General de Epidemiología, 2014).

Además, según los informes técnicos provenientes de la OMS, ONUSIDA y el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), se establece la necesidad de potenciar la

adherencia al TARV (Knobel et al. 2008) se llega a tomar en cuenta a variados predictores de la adherencia terapéutica, los cuales se dividen en:

- Factores relacionados con el Individuo; esta clase de factores se basan en la edad, sexo, características sociodemográficas, raza, nivel cultural, soporte social, morbilidad psíquica, etc. Así como también el estilo de vida del paciente, y sus actitudes y creencias.
- Factores relacionados con la enfermedad; en esta área se consideran que la aceptación y adherencia al tratamiento tienen que tomar en cuenta la etapa en la que se encuentre el paciente, tomando en cuenta las expectativas de recuperación y el grado de confianza.
- Factores relacionados al régimen terapéutico, este factor se refiere a llegar a someterse a dietas o cambios en la alimentación estrictos, como también las limitaciones en la comprensión y memoria, y el surgimiento o aumento de los efectos negativos, como en la guía de seguir pautas estrictas en la dosificación.
- Factores en relación equipo existencial y sistema sanitario; este último factor toma en cuenta la relación que establece el médico con su paciente, la cual debe formarse en torno a términos de confidencialidad, accesibilidad y confianza, así como también, en el entendimiento de ambas partes a partir del nivel cultural del paciente, como de la información adecuada y calidad que brinda el profesional.

2.1.3. Calidad de Vida

En primer lugar, antes de definir lo que es la *Calidad de Vida*, es necesario poder conceptualizar lo que es un *estilo de vida*, el cual es definido como toda forma en que se puede vivir, es decir, en que se puede “estar en el mundo”, el cual se especifica a través de definiciones operativas, con el fin de generar información fundamental acerca de las costumbres y comportamientos de la persona, asimismo, esta se ve influida por su relación con el entorno y los demás, además del urbanismo, la posesión de bienes y la vivienda. (Guerrero y León, 2010).

También, Perea (2004) define al estilo de vida, como la manera de vivir y formarse en el mundo. Entonces, podemos comprender que el estilo de vida, no necesariamente incluye calidad de vida.

La OMS, conceptualiza “Calidad de Vida” como aquella autopercepción individual sobre la posición de vida, tanto en niveles culturales como en la expresión de sus valores, los cuales deben ir de acorde a sus objetivos de vida y las expectativas que este tiene sobre si mismo. Algunos de los diversos estudios en torno a Calidad de Vida concluyen que las condiciones sociales, como los valores personales y culturales, así como la salud influyen en la calidad de vida que puede tener una persona, es así, que se toma en cuenta estos resultados y se llevan a la intervención y tratamiento en pacientes con VIH/SIDA, podremos entender la forma y nivel de influencia que tienen los cambios en relación a la Calidad de Vida en relación a las consecuencias que tienen las personas que sufren la infección (Leite, et al., 2017).

El término calidad de vida ha estado vinculado en sus inicios a condiciones de vida y el cuidado de la salud que poseen los individuos, sin embargo; posteriormente se incluyó

también a la higiene y salud pública, a los derechos humanos, laborales y ciudadanos, así como la experiencia, vida social y economía de los sujetos (Schwartzmann, 2003).

Según Buela-Casal, et al., (1996) el término calidad de vida tenía una orientación hacia la medicina, pero logró extenderse a diversas disciplinas, tales como la sociología y la psicología, logrando sustituir a términos como “felicidad” o “bienestar”, los cuales llegan a ser complicados y muy extensos de conceptualizar. Por ello, se espera que el aumento en la esperanza de vida sea el objetivo primordial en la atención de los pacientes. Entonces, la infección por el VIH, al ser un padecimiento crónico que afecta a la salud y el bienestar, también puede llegar a influir en gran medida a la Calidad de Vida de las personas afectadas, tomando en cuenta que el paciente sufre de una disminución de su motivación en relación a su vida diaria, ya que acorta sus propias posibilidades, las cuales modifican el autoconcepto, sentido de vida, generando incluso, estados depresivos. (Gil-Robles, 2004)

Además, según Clotet (2018) a partir de sus investigaciones sobre el SIDA y la calidad de vida, se puede concluir que la mayor parte de las investigaciones que se realizan entorno a esta epidemia, se enfocan más en generar vacunas o en el mejoramiento de diversos antirretrovirales más efectivos, pero muy pocos investigadores llegan a estudiar cómo la calidad de vida se ve modificada a partir de los efectos devastadores de la infección. Los profesionales que tratan con esta enfermedad no solo deben entender, comprender y solucionar los problemas en relación a la cura, sino también a la mejoría de los síntomas y la calidad de vida.

2.1.4. Capacidades Cognitivas

Las capacidades cognitivas son aquellas características que conforman variables tales como el procesamiento de la información, atención, percepción, memoria, resolución de problemas, comprensión, establecimientos de analogías entre otras, la cual es entendida como la habilidad que nos permite evaluar la funcionalidad y disfuncionalidad cognitiva. De acuerdo con Castellanos (2010), no es correcto solo conjeturar como una representación de nivel secundario al déficit cognitivo, dado que tiene consecuencias médicas y neurológicas, sino también es necesario entenderla como una real manifestación de una enfermedad.

Así como las reacciones biológicas producidas por el VIH se mueven dentro de un gran espectro que va desde fases asintomáticas hasta la fase del SIDA, los cambios a nivel cognitivo se presentan desde el comienzo de las manifestaciones poco perceptibles hasta alcanzar finalmente la demencia, de este modo, la necesidad de una evaluación neuropsicológica radica en identificar oportunamente síntomas sutiles de afectación cognitiva en las personas con la infección del VIH hasta el diagnóstico de demencia. (OMS/PAHO, 2014). Por otro lado, Borrero, et al., (2007) refieren que un 40% a 70% de los pacientes portadores de VIH, poseen síntomas de tipo neurológico por acción del virus, sin embargo, el TARV ha llegado a aminorar esa gran cantidad de complicaciones neurológicas, pero no la base de las mismas.

Finalmente, según Guevara-Silva (2013) en estados tempranos del virus, existe un deterioro cognitivo del paciente, el cual se encuentra asociado al VIH, por tanto, las funciones que se comprometen y se ven afectadas desde primeros momentos son la memoria a corto plazo, la velocidad psicomotriz, la atención y la función ejecutiva.

Por otro lado, en diferentes investigaciones, las personas con VIH evidencian un deterioro cognitivo leve, es decir muestran un mayor nivel de deterioro mnésico, lo cual, es entendido por su edad, y además ello no afecta a su independencia y vida normal, ya que no llega a formar parte de la demencia habitualmente aceptada, y no llega a cumplir dichos criterios (Lipton, y Weiner, 2010). Asimismo, uno de los grandes intereses de la neuropsicología recae en entender el deterioro cognitivo leve, ya que, es una de las manifestaciones más amplias que recaen en una demencia. (Meléndez y cols., 2012).

2.2. ANTECEDENTES NACIONALES E INTERNACIONALES

Antecedentes Nacionales

Fernández (2021) buscó determinar el efecto de la terapia antirretroviral sobre el deterioro cognitivo en pacientes con VIH atendidos en la unidad del Programa de control de enfermedades de transmisión sexual y SIDA (PROCETS): Epidemiología – HBT en el año 2019 – 2020. El estudio fue cuasiexperimental, prospectivo; en el que se siguió durante 12 meses a 42 pacientes con VIH que iniciaban TARV entre los meses diciembre 2019 – marzo 2020 en el Hospital Belén de Trujillo, de los cuáles 2 pacientes se perdieron, por lo que se trabajó con los 40 pacientes restantes, a estos se les aplicó el test de MOCA para evaluar si existe o no deterioro cognitivo antes de iniciar el TARV y después de 12 meses de tratamiento antirretroviral, posteriormente se compararon los resultados y se determinó el efecto de la TARV sobre el deterioro cognitivo. Para esto se utilizó la prueba estadística de McNemar. Como resultados se evidenció que 19 pacientes (47.5%) presentaron deterioro cognitivo antes de iniciar el TARV, después de 12 meses de tratamiento la frecuencia de pacientes con deterioro

cognitivo disminuyó significativamente a 11 (27.5%), $p < 0.021$. Para este estudio la terapia antirretroviral disminuye el deterioro cognitivo en pacientes con VIH.

Collantes (2020) puso en pie una investigación que tuvo por finalidad determinar la calidad de vida en pacientes infectados con VIH que reciben TARV en Iquitos-Perú, de acuerdo a las características clínicas. Se realizó un estudio observacional, analítico y transversal en 234 pacientes, a quienes se aplicó la ficha de recolección de datos y la escala SF36. De los 234 pacientes en su mayoría eran de género masculino, el esquema más frecuentemente usado fue tenofovir/emtricitabina/efavirenz, aproximadamente la mitad se encontraban en el estadio 1, del 7 al 8 % de ellos presentaron coinfección o comorbilidad, cerca del 74 % de participantes recibe el tratamiento por 5 años. Se observó diferencia significativa entre la puntuación de la calidad de vida según esquemas terapéuticos ($p < 0.05$), estadio por carga viral ($p < 0.001$), coinfecciones ($p < 0.001$), además se observa que existe diferencia significativa en la puntuación de las dimensiones Función física, Rol emocional, Dolor corporal, Vitalidad, Salud mental, Función social y Salud general ($p < 0.01$) respecto a la frecuencia de tomas (c/12 horas vs. c/24 horas). A diferencia de la dimensión Rol físico que no se observa diferencia estadísticamente significativa ($p = 0.149$).

Asimismo, Leite cols (2017) realizaron un estudio en el que evidenciaron la detección pronta y efectiva del VIH, la cual conlleva a poder tratar la espiritualidad, y de manera más efectiva, el llegar a modificar la percepción de la calidad de vida, como también, concluye que las relaciones sociales, son un gran factor a considerar, ya que contribuyen a poder establecer un vínculo de enfrentamiento con la enfermedad.

También, Frutos et al. (2016) afirmaron en su investigación de corte descriptivo, que los pacientes obtuvieron buenos resultados en el instrumento WHOQOL-HIV BREF, en las seis dimensiones en torno a la calidad de vida, en las que obtuvieron de 66 a 79 puntos, además, según el sexo se observó que el predominante fue el masculino, y en la edad, lo predominante fue el rango de 29 a 39 años, contando su estado civil y lugar de origen. Además, según las asistencias psicológicas y médicas recibidas, se concluye que existe una necesidad del tratamiento médico, para que puedan ejercer su día a día con normalidad. También, la mayoría responde que sí al momento de preguntarle si se considera una persona enferma, por lo que se puede entender que la percepción sobre la salud personal se ve afectada. Finalmente, podemos afirmar que la mayoría de pacientes se consideraron satisfechos en relación a su interacción social y manejo de relaciones personales. Los resultados en cuanto a la relación médico-paciente revelaron, en el mismo estudio, que en el mayor porcentaje de los casos mencionaron estar siempre contentos con el acceso al sistema de salud.

Echevarria (2016) señala en su investigación descriptivo – correlacional, realizada en Lima Perú, titulada relación entre el funcionamiento cognitivo y la adherencia al TARGA en las personas que viven con VIH que existe una alta correlación estadística, no lineal, entre el funcionamiento cognitivo y la adherencia al TARGA en pacientes con al menos tres meses consecutivos de estar recibiendo el tratamiento. Y respecto al funcionamiento cognitivo, se encontró que aproximadamente 30% de la población (18 personas con deterioro cognitivo leve y 4 personas con demencia) viene presentando determinado déficit cognitivo.

Antecedentes Internacionales

¿Cuál es la influencia sobre la adherencia al TARV de la disfunción cognitiva?, así como del consumo en el marco concreto de una población española de referencia, estas cuestiones fueron revisadas en un estudio observacional de Sánchez et al. (2020), el cual contó con una muestra de 125 pacientes VIH+, que se dividieron en sujetos malos adherentes (casos) y buenos adherentes al TAR (controles). La adherencia se evaluó mediante el reporte de Farmacia Hospitalaria, contrastada con la escala Simplified Medication Adherence Questionnaire (SMAQ) y la opinión del profesional médico de referencia. La función cognitiva fue evaluada con el Test del Mapa del Zoo y el Trail Making Test (TMT), y el consumo de sustancias, mediante un protocolo de historia clínica semi-estructurada. El análisis estadístico se realizó mediante regresión logística binaria. Los resultados mostraron que el abuso de alcohol y el deterioro en la función cognitiva ejecutiva, medida por el Test del Mapa del Zoo, constituyen factores de riesgo independientes para una mala adherencia. No se ha demostrado relación de la adherencia al TARV con el consumo de otras sustancias ni con la puntuación obtenida en el TMT. La detección de deterioro cognitivo mediante el Test del Mapa del Zoo, así como del consumo de alcohol, podrían ayudar a desarrollar estrategias de mejora del cumplimiento terapéutico en pacientes con VIH.

Por último, una investigación uruguaya realizada por Cabrera et al. (2019) evaluó la calidad de vida relacionada a la salud (CVRS) en personas con VIH. variables socio-demográficas y clínicas asociadas, con énfasis en la adherencia al TARV. Este fue estudio transversal de una muestra no probabilística de personas con VIH, mayores de 18 años, recibiendo TARV, asistidas en el subsector público en un

período de 24 meses. Se aplicó la encuesta MOS-HIV SF30 (CVRS y el cuestionario SMAQ para evaluar adherencia. Se incluyeron 101 personas. El score global de CVRS fue $71,71 \pm 17,76$. Fue peor el score global y en algunas dimensiones en pacientes con carga viral indetectable: funcionamiento físico, $p=0,016$; energía/fatiga, $p=0,008$; calidad de vida percibida, $p=0,025$. En mujeres el score fue peor en dolor, $p=0,034$; funcionamiento físico, $p=0,006$; funcionamiento social, $p=0,031$; salud mental, $p=0,040$. El score fue significativamente mejor en algunos dominios entre adherentes (salud general percibida, $p=0,027$; funcionamiento social, $p=0,030$); en varones gay/bisexuales (dolor, $p=0,025$; actividad diaria, $p=0,028$); entre quienes tuvieron relaciones sexuales en el último mes (salud general percibida, $p=0,011$). Se concluyó que el score global de CVRS fue bueno a pesar de ser una población con múltiples vulnerabilidades. Si bien la adherencia se relacionó a mejor percepción de CVRS en algunos dominios, no tuvo impacto en el score global. La carga viral indetectable no fue predictora de mejor CVRS, lo que reafirma que los parámetros biológicos aislados no dan cuenta de la complejidad de la salud percibida.

2.3. HIPOTESIS

Hipótesis General

Existe relación de la calidad de vida y adherencia al TARV con las capacidades cognitivas.

Hipótesis específicas

Existe relación entre el bienestar físico con las capacidades cognitivas.

Existe relación entre el bienestar psicológico con las capacidades cognitivas.

Existe relación entre la plenitud personal con las capacidades cognitivas.

Existe relación entre lo espiritual con las capacidades cognitivas.

Existe relación entre la calidad de vida global con las capacidades cognitivas.

Existe relación entre el medio social global con las capacidades cognitivas

Existe relación entre el aspecto emocional global con las capacidades cognitivas.

Existe relación entre el estilo de vida global con las capacidades cognitivas.

Existe relación entre el medio laboral global con las capacidades cognitivas.

Existe relación entre los antecedentes de salud global con las capacidades cognitivas.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. TIPO Y DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Con la finalidad de medir la relación entre las variables investigadas, calidad de vida y la adherencia al TARV con las capacidades cognitivas en personas con VIH, se realizó un estudio de nivel básico de tipo descriptivo (Hernández ,et al., 2014).

El diseño fue correlacional-descriptivo, debido a que éste permitió conocer la relación existente entre las variables estudiadas (Hernández, et al., 2014)

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La población estuvo conformada por más de 4500 adultos con VIH, mayores de 18 años, que reciben TARV y que asistieron al Hospital Cayetano Heredia entre octubre y noviembre del 2018. El hospital está ubicado en el distrito de San Martín de Porres-Lima-Perú.

Con respecto al Hospital Cayetano Heredia es un centro hospitalario público peruano administrado por el MINSA. Según el Instituto Nacional de Estadística e Informática (INEI) en el año 2017 indicó que la población del distrito de San Martín de Porres alcanzó los 726,538 habitantes, y concentrando el 7,87% de personas que viven en Lima. Con una tasa de crecimiento anual de 3% y una densidad poblacional de 17,5607 habitantes/km². Finalmente, la distribución según el nivel socio económico de esta zona es de 5% en el E, 24,4 en el D, 48,6 en el B Y 22% entre AB (Compañía Peruana de estudios de mercados y opinión pública, 2017).

3.2.1.CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Pacientes del Hospital Cayetano Heredia mayores de 18 años
- Pacientes del Hospital Cayetano Heredia portadores del VIH
- Pacientes del Hospital Cayetano Heredia que estén recibiendo TARV

3.2.2CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Pacientes del Hospital Cayetano Heredia que presente algún diagnóstico neurológico severo

3.2.3 CRITERIOS DE ELIMINACIÓN

- Durante el recojo de información, se evidenció pruebas incompletas. Por lo que se procedió a no considerarlas..

3.2.4 MUESTRA

La muestra estuvo conformada por 144 pacientes, según el cálculo estimado de la muestra, quienes acudieron a un Hospital Nacional de Lima entre octubre y noviembre del 2019.

El tamaño de la muestra fue establecido teniendo como referencia el tamaño calculado con la siguiente formula:

$$n = \left(\frac{Z_{1-\alpha} + Z_{1-\beta}}{\frac{1}{2} \ln \left(\frac{1+r}{1-r} \right)} \right)^2$$

Donde:

α = Nivel de significancia (0,05)

β = Potencia (80%).

r = Mínimo tamaño de coeficiente de correlación

\ln = Logaritmo natural

El tipo de muestra es no probabilística debido a que se consideraron criterios por conveniencia como características particulares de los individuos y de su contexto para la elección de los participantes; por tanto, no hubo probabilidad de que estos fueran escogidos bajo las mismas condiciones, sino que se tomaron en cuenta según los criterios de inclusión y exclusión.

Por último, Los participantes fueron seleccionados por su accesibilidad y conveniencia (Hernández, Fernández y Baptista, 2018)

3.3. VARIABLES

Definiciones conceptuales y tabla de operacional de las variables

Definición Conceptual de Calidad de Vida:

Experiencia subjetiva que llega a ser formada a partir de variables afectivas, como cognitivas, y forman así la experiencia de la vida misma en relación con los demás (Torres, 2017)

Definición Operacional de Calidad de Vida:

Se denomina calidad de vida al resultado obtenido del “Índice Multicultural de Calidad de Vida (MQLI), el cual llega a evaluar cuatro dimensiones: calidad de vida global, satisfacción espiritual y plenitud personal; bienestar físico, bienestar psicológico

y autocuidado; funcionamiento interpersonal, funcionamiento ocupacional y apoyo social emocional; y, apoyo comunitario y de servicios.

Tabla 1.

Matriz de Operacionalización de la variable calidad de vida.

Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Calidad de vida	1ra Dimensión	Calidad de vida global.	10	Cuantitativa continua
		Satisfacción espiritual.	9	
		Plenitud personal.	8	
	2da Dimensión	Bienestar físico.	1	
		Bienestar psicológico.	2	
		Autocuidado.	3	
	3ra Dimensión	Funcionamiento ocupacional	4	
		Funcionamiento interpersonal	5	
		Apoyo social-emocional	6	
	4ta Dimensión	Apoyo comunitario	7	

Definición Conceptual de Adherencia al TARV

Conducta de los individuos con VIH, la cual constituye una unión al desarrollo y ajuste en relación al tratamiento y al consumo de sus medicamentos antirretrovirales, a su régimen alimentario y a los cambios en el estilo de vida, en concordancia con las recomendaciones del personal de la salud.

Definición Operacional de Adherencia al TARV

Se denomina nivel de adherencia al TARV al resultado obtenido en el Cuestionario de Valoración de Adherencia de Echevarría (2010); pudiendo ser Adherencia Baja [de 0 a 49 puntos]; Adherencia Media con puntuaciones de [de 49 a 62 puntos] y Adherencia Buena cuando se obtiene de 65 puntos a más.

Tabla 2.

Matriz de Operacionalización de la variable Adherencia.

Variable	Dimensiones	Indicadores	ítems	Escala
Adherencia al TARV		Medio Social	1-2-3	
		Aspecto Emocional	4-5-6-7	
		Estilo de Vida		

Variable	8-9-10-11-12-	Cuantitativa
Unidimensional	13-14-15-16-17	continua
Medio Laboral	18-19-20	
Antecedentes en Salud	21-22-23	

Definición conceptual de Capacidades Cognitivas:

Es la habilidad que nos permite evaluar la funcionalidad y la disfuncionalidad de diversas variables cognitivas, tales como la atención, memoria, funciones ejecutivas, visuoespacial, orientación, concentración, las cuales se ven afectadas desde el principio del surgimiento de la infección por el VIH.

Definición operacional de Capacidades Cognitivas:

El test de MOCA es el instrumento a optar para evaluación, con el fin de conocer los funcionamientos cognitivos mayormente presentes en los pacientes que viven con VIH.

(Pike, 2017)

Tabla 3.

Matriz de Operacionalización de la variable Capacidades Cognitivas.

Matriz de Operacionalización de variables				
Variable	Dimensiones	Indicadores	Ítems	Escala
Capacidades Cognitivas	Variable Unidimensional	Viso espacial/	1-2	Cuantitativa continua
		Ejecutiva		
		Identificación	3	
		Memoria		
		Atención		
			4	
		Lenguaje		
			5-6-7	
		Abstracción		
			8-9	
		Recuerdo		
		Diferido	10	
		11		
	Variable Unidimensional		12	

3.4. INSTRUMENTOS

Los instrumentos usados fueron los siguientes

1) Índice de calidad de Vida (Adaptación. Mezzich)

El instrumento (ICV) muestra ser confiable y válido, por lo cual, es empleado para determinar la calidad de vida de la población adulta, de Lima Metropolitana. (Robles *et al.* 2010).

a) Ficha técnica

Nombre: Índice de Calidad de Vida (ICV) – Versión España. Autor Original: De Mezzich, Cohen, Ruiperez, Banzato, y Zapata-Vega. Año: 2000. País: España. Número de ítems: 10 ítem. Tiempo de aplicación: 5 min, aproximadamente.

b) Descripción del cuestionario

El test Índice Multicultural de Calidad de Vida (MQLI), que tiene por autores a De Mezzich, Cohen, Ruiperez, Banzato, y Zapata-Vega (2011), logró ser validado en cuatro idiomas: coreano, español, chino e inglés. La versión en idioma español, usada en este presente trabajo, fue utilizada en diversos países, tales como Perú, España, Venezuela y Chile. La prueba presenta variadas dimensiones, las cuales son:

Satisfacción con la integridad personal: Presente en los ítems 1, 2,3.

Satisfacción con el funcionamiento productivo: Presente en los ítems 4, 5, 6.

Satisfacción social: Presente en el ítem 7.

Satisfacción con el sentido vital: Presente en los ítems 8, 9, 10.

En relación a la versión española de la prueba, Mezzich et al (2000), refieren alrededor de diez ítems, los cuales están vinculados al bienestar psicológico, al bienestar físico, el autocuidado y funcionamiento independiente, al funcionamiento ocupacional, al funcionamiento interpersonal, al apoyo-emocional, al apoyo comunitario y de servicio, a la plenitud personal, a la satisfacción espiritual y a la calidad de vida global.

La validación realizada en Perú mostró una alta consistencia interna (coeficiente de Alfa de Cronbach = 0.870) (ANEXO 1). Y, el resultado del análisis factorial, determinó que el primer factor engloba determinadas áreas, tales como la calidad de vida, la plenitud

personal y la satisfacción espiritual, asimismo, el siguiente factor junta diversas variables: bienestar físico, como también, al bienestar psicológico y autocuidado, además, un siguiente factor, involucra temas como el funcionamiento interpersonal, apoyo socioemocional, funcionamiento ocupación, y, finalmente, el último factor incluye apoyo comunitario y de servicio.

c) Normas de aplicación, corrección y calificación

Al momento de la aplicación, en primera instancia, se entrega el cuestionario a la vez que se indica que se debe responder la prueba utilizando una escala ordinal, perteneciente a un diferencial semántico que, si sitúa entre 1 a 10 puntos, donde 1 es calificado como una puntuación mala y 10 equivale a una calificación de excelente. Asimismo, el tiempo de aplicación varía de entre 3 minutos hasta los 5. El resultado de la calificación se obtiene al momento de sumar todos los puntajes que fueron obtenidos en los respectivos enunciados, los cuales obtiene su referencia a partir del valor de cada ítem.

2) Cuestionario de Valoración de la adherencia de Echevarría

Es un instrumento que permite conocer a que nivel se encuentra la adherencia de los pacientes con VIH/SIDA con respecto al TARV.

Esta prueba tiene un total de 5 dimensiones: antecedentes en salud, estilo de vida, medio laboral, aspecto emocional y medio social. Además, el test está construida por 23 ítems.

a) Ficha técnica

Nombre: Cuestionario de Valoración de Adherencia. Autor: Isel Rocio Echevarria Vigo. País: Perú (Lima). Año: 2008. Número de ítems: Consta de un total de 22 ítems, dispuestos en formato tipo Likert de 3 puntos de calificación (del 1 al 3). Tiempo de aplicación: 25- 30 min, aproximadamente.

b) Descripción del cuestionario

El Cuestionario de Valoración de Adherencia de Echevarria, se elaboró tomando en consideración al cuestionario realizado por el MINSA, a través de su red de psicólogos, quienes, a su vez, lo desarrollaron en base a las categorías descritas por García (2006), por medio de su investigación diagnóstica en pacientes que no lograron los objetivos referidos al TARGA (Echevarría, 2010a). Por otro lado, en el año 2016, por medio de un criterio de jueces se logró obtener los valores de los coeficientes de V de Aiken, los cuales se encontraban entre 0.89 y 1.00 ($p < 0.05$), lo que determina su validez.

c) Normas de aplicación, corrección y calificación

Al brindarles la evaluación se le indica que marcara las palabras (NO, A VECES O SI), ello en función a que si la premisa leída tiene relación con la vivencia individual de cada evaluado. Se obtiene el puntaje al momento añadir las valoraciones resultantes de cada pregunta, los cuales tienen valores de 1, 2 y 3 puntos, asimismo, al momento de sumar se debe tener en cuenta si es una premisa directa o inversa (3, 2, 1).

3) Evaluación cognitiva de Montreal (MOCA)

a) Ficha Técnica

Nombre: Evaluación Cognitiva Montreal - Versión en castellano. Autor Original: Nasreddine MD (versión 07, noviembre 2004). Adaptado por: Manuela Lozano Gallego, Marta Hernández Ferrándiz, Oriego Turro Garriga, Inmaculada Pericot Nierga, Secundino Lopez-Pousa y Joan Villalta Franch. País: España Año: 2009. Forma de aplicación: Individual. Tiempo de aplicación: 10 – 15 min, aproximadamente.

b) Descripción del cuestionario

La prueba de MOCA, tiene como objetivo la pronta exploración y detección de variadas disfunciones cognoscitivas, las cuales varían en nivel, desde una leve hasta síndromes demenciales (Lozano, y cols.l. 2009; Ladera y Perea, 2012). Se usó el coeficiente alfa de Cronbach para evaluar la confiabilidad interna, el cual tuvo como resultado un $\alpha=0.76$, además, presentó una mayor sensibilidad que el Mini Mental State Exam (MMSE) Pereira Reyes (2013).

Finalmente, para un mejor desarrollo del presente estudio, las propiedades psicométricas: validez y confiabilidad fueron reevaluadas, tomando en consideración la población de estudio. Asimismo, se utilizó el Análisis Factorial Confirmatorio (AFC) para poder analizar la validez, finalmente, el instrumento original tuvo un resultado confiable y aceptable (ANEXO 2)

c) Normas de aplicación, corrección y calificación

Se le brinda la hoja con las pautas de cada prueba y se le indica que deberá realizar cada uno de sus apartados. Se califica sumando los resultados obtenidos en cada prueba (puntos), obteniendo un puntaje total de 30 puntos, de ello se considera igual o mayor a 21 como no existencia de deterioro cognitivo, entre 14 y 20 se afirma la existencia de un deterioro

leve y en un puntaje menor o igual 13 es indicador de un síndrome demencial (Lozano, y cols.1. 2009; Ladera y Perea, 2012).

3.5. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El procedimiento para llevar a cabo la investigación fue el siguiente:

- Se realizó trámite administrativo para poder acceder al Hospital Nacional Cayetano Heredia.
- Se coordinó con un representante o jefe del área vía correo electrónico.
- Se coordinó con la asesora de investigación y con la asesora nombrada del Hospital.
- Se dejó los documentos en el Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Cayetano Heredia. (CIEI/HNCH) para su aprobación.
- Se envió los documentos en el Comité Institucional de Ética en Humanos de la UPCH (CIEH/UPCH) para su aprobación.
- Se notificó a la facultad de la aprobación del comité de Ética en Humanos de la UPCH (CIEH/UPCH) y del Comité Institucional de Ética en Investigación del Hospital Nacional Cayetano Heredia. (CIEI/HNCH)
- Se procedió a la aplicación de las pruebas: Índice de calidad de vida, el cuestionario de valoración de la adherencia de Echevarría y la prueba de evaluación cognitiva Montreal.

- La aplicación de pruebas se realizó bajo la supervisión del personal de turno del área de correspondiente.
- Se revisó y calificó las pruebas aplicadas con un asesor de la Universidad.
- Se transfirió los datos a una base para la comparación de resultados.
- Ese elaboró un informe final sobre los resultados de la investigación.

3.6. ANALISIS DE DATOS

En primer lugar, se corrigieron las pruebas administradas, cuyos resultados se transfirieron a una base de datos de Excel para luego ser explorados y analizados con el programa Jamovi. Para el análisis de datos se utilizó la estadística descriptiva, que tiene como propósito presentar la información de manera resumida y ordenada, referida a la totalidad de las observaciones hechas, permitiendo extraer conclusiones sobre una muestra de datos (Sánchez y Reyes, 2006).

En relación a la fiabilidad de los Cuestionarios de Calidad de Vida y Adherencia al TARV se analizó las puntuaciones de consistencia a través del coeficiente de Omega (Ventura-León y Caycho-Rodríguez, 2017) así mismo se reportó el estimador de fiabilidad del Alfa de Cronbach. Para el análisis en contraste con la normalidad; se utilizó el test de Shapiro-Wilk, optándose por usar estadísticos de tipo no paramétrico para reportar las correlaciones lineales (rho de Spearman) para responder las hipótesis de la investigación. Luego se procedió con la contratación de las hipótesis de tipo general y específicos del estudio identificándose la intensidad y la dirección de las mismas.

Posteriormente, se elaboraron las tablas para cada una de las correlaciones establecidas con la finalidad de analizarlos y llegar a las conclusiones del estudio.

CONSIDERACIONES ÉTICAS

La investigación buscó satisfacer los siguientes principios éticos.

AUTONOMÍA

Esta primera consideración se basa en un análisis y reconocimiento claro y preciso de la igualdad en relación a la dignidad de los individuos. Poniendo énfasis en el respeto a la propia voluntad del paciente

Este principio es un reconocimiento explícito de igualdad de dignidad de las personas, pone su acento en el respeto a la voluntad del paciente (Costa & Almendro, 2003). El proceso rutinario de evaluación en el Hospital se efectúa por medio de una comunicación sencilla y clara, tomando en cuenta los procedimientos y objetivos de las evaluaciones, además, se respetó la decisión del paciente de no participar en el estudio, en caso este tomara dicha decisión.

BENEFICENCIA

En la presente investigación nos enfocamos en el cuidado del paciente, vigilando sobre todo su óptimo bienestar, y que la persona obtenga el máximo de beneficios posibles, y que, a su vez, pueda no exponerse a riesgos no necesarios (Costa & Almendro, 2003). Los resultados de esta investigación contribuirán a trabajos promocionales para mejorar la adherencia al tratamiento y evitar posibles deterioros cognitivos

NO MALEFICIENCIA

Este precepto en la investigación busca el no-perjuicio intencional, así como también, el no llegar a dañar al paciente de una forma innecesaria, además, se busca el

respeto de la persona sin ningún tipo de etiqueta social o estigma (Costa & Almendro, 2003). Al aplicar las pruebas se pondrá en marcha esta norma, previamente poniendo activo antes, durante y después de la evaluación una zona para el desarrollo de los programas de orientación, consejería y acompañamiento psicológico, solo en caso de que los pacientes lo necesiten. Finalmente, se tomarán acciones inmediatas en caso se detecten participantes con deterioro cognitivo, para lo cual se solicitará el apoyo al área de psicología del hospital para su debida atención, así como información a la familia si lo solicita.

JUSTICIA

Este principio se describe en la investigación como el balance en la distribución de riesgos y beneficios de una manera imparcial, siempre con el fin de un trato sin discriminación. Los objetivos de esta regla se cumplen al momento en todos los participantes pasen por los criterios de inclusión, mediante los cuales, tendrán la oportunidad de ingresar al estudio. Por otro lado, los participantes obtendrán una relación imparcial en beneficios, que serán los resultados de la evaluación previa solicitud.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

En el siguiente apartado se describirá los resultados estadísticos realizados en torno al análisis de datos que se obtuvo de la recolección de datos; inicialmente se reportará las evidencias de fiabilidad de los instrumentos, seguido a ello se reportará en análisis de bondad de ajuste para las respuestas manifiestas y finalmente se expondrán los estadísticos que darán respuestas a las hipótesis de la investigación.

4.1. Evidencias Psicométricas de los Resultados

En la tabla 4 se expresa el análisis de las evidencias de fiabilidad de las respuestas manifiestas en los ítems para los Cuestionarios de Calidad de Vida y Adherencia al TARV; se analizó las puntuaciones de consistencia a través del coeficiente de Omega Ventura-León y Caycho-Rodríguez, 2017) ya que representa ser un estimador mucho más robusto por su estabilidad, además que toma en consideración las estimaciones de cargas factoriales diferentes, así mismo se reportó el estimador de fiabilidad del Alfa de Cronbach como en el análisis original; se apreció que para el caso del Cuestionario de Calidad de vida (10 ítems) se apreció un valor altamente aceptable (0.873), mientras que para el caso del Cuestionario de Adherencia al TARV (0.678) el valor de fiabilidad fue ligeramente aceptable, ya que en Ciencias Sociales-Salud es un valor pertinente (Domínguez-Lara y Merino-Soto, 2015a). Así mismo se estimó los valores del Intervalo de Confianza (IC) pues son requeridos en los manuales de publicación; se apreció que los valores fueron aceptables para ambos instrumentos, esto indico que el comportamiento de la escala permite tomar decisiones consistentes en el tiempo, al aplicarse la escala (Domínguez-Lara y Merino-Soto, 2015b).

Tabla 4.

Fiabilidad del Cuestionario de Calidad de Vida y Adherencia al TARV en personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

Variables (ítems)	M (DE)	Alfa (α)	Omega (ω)	Intervalo de Confianza	
				LI	LS
Calidad de Vida (10)	7.95 (1.45)	0.856	0.873	0.827	0.907
Adherencia al TARV (23)	1.39 (0.243)	0.644	0.678	0.577	0.759

Nota. M = Media, DE = Desviación Estándar; LI = Límite Inferior, LS = Límite Superior; Omega > .70, estimación aceptable

4.2. Análisis de normalidad mediante la prueba de Bondad del Ajuste

El análisis de la tabla 5 reportó el comportamiento que tuvieron las variables de análisis en contraste con la normalidad; en el análisis del valor de significancia del Shapiro-Wilk (Mohd y Bee, 2011) se apreció que todas las variables analizadas reportaron un comportamiento de tipo no paramétrico ($p < .05$), en este sentido se optó por usar estadísticos de tipo no paramétrico para reportar las correlaciones lineales (rho de Spearman) para responder las hipótesis de la investigación.

Tabla 5.

Análisis de contrastación de variables mediante la prueba de bondad de ajuste para el Cuestionario de Calidad de Vida, Adherencia al TARV y Capacidades Cognitivas en personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima

Variables	Descriptivos				Inferencial
	M	DE	Q1	Q2	Shapiro-Wilk (p)
Cuestionario de Calidad de Vida	79.5	14.5	-0.754	-0.136	<0.001
<i>Bienestar físico</i>	7.53	2.25	-0.682	-0.339	<0.001
<i>Bienestar Psicológico</i>	7.86	2.17	-1.14	1.16	<0.001
<i>Plenitud Personal</i>	7.96	2.00	-0.906	-0.048	<0.001
<i>Satisfacción Espiritual</i>	7.69	2.31	-1.13	0.533	<0.001
<i>Calidad de vida Global</i>	8.19	1.85	-1.19	1.29	<0.001

Adherencia	33.9	5.40	-3.09	0.056	<.001
<i>Medio Social</i>	3.80	1.37	-0.477	0.571	<.001
<i>Aspecto Emocional</i>	5.11	1.91	-0.468	-0.537	<.001
<i>Estilo de Vida</i>	15.6	2.87	-0.547	0.203	<.001
<i>Medio Laboral</i>	4.24	1.57	-0.206	-1.43	<.001
<i>Antecedentes de Salud</i>	5.06	1.45	-1.48	1.52	<.001
<i>Memoria</i>	11.6	2.41	-0.253	-0.092	.004
<i>Atención-Funciones Ejecutivas</i>	8.92	2.40	0.001	-0.629	.006

Nota. M = Media; DE = Desviación Estándar; Q1 = asimetría, Q2 = curtosis; p (significancia), p < .05 (no paramétrico)

4.3. Contrastación de Hipótesis de tipo General y Específicos para el estudio.

En el análisis de la tabla 6 se muestra el análisis descriptivo el coeficiente de determinación reportó una varianza de regresión explicada pequeña tanto para Memoria (r^2 ajustado = 0.035) como para la Atención/Funciones Ejecutivas (r^2 ajustado = 0.066); Se apreció que la Calidad de Vida y la Adherencia al TARV explican en un 6.6% a la variable de Capacidades Cognitivas; se procedió a rechazar la hipótesis nula de investigación, afirmándose que existe relación estadísticamente significativa entre Calidad de Vida, Adherencia al TARV y Capacidades Cognitivas en personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

Tabla 6.

Relación entre Calidad de Vida, Adherencia al TARV y Capacidades Cognitivas (Memoria y Atención/F.E) en personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima

Variables	Memoria			Atención / Funciones Ejecutivas		
	r ² ajustado	F	p	r ² ajustado	F	p
Calidad de Vida	0.035	2.49	0.087	0.066	4.87	0.009*
Adherencia al TARV						

Nota. p (valor de significancia), *p < 0.05 (estadísticamente significativo); * = <0.05, ** = <.01, *** = <.001;

r² = Coeficiente de Regresión Lineal Ajustado

En el análisis de la variable bienestar físico de la tabla 7 se reportó en la observación descriptiva tanto para la Memoria ($r_s = -0.016$; $p = 0.850$) y la Atención/Funciones Ejecutivas ($r_s = -0.021$; $p = 0.803$) una correlación de intensidad nula, inversa y estadísticamente no significativa (Bologna, 2013); en el análisis del tamaño del efecto no se apreció un valor mínimo aceptable (<0.001). Se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión *Bienestar Físico* de la Calidad de Vida con las Capacidades Cognitivas, en un grupo de personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

En el análisis de la variable bienestar físico de la tabla 7 se reportó; en la observación descriptiva tanto a nivel de Memoria ($r_s = 0.027$; $p = 0.747$) y Atención/F.E. ($r_s = 0.041$; $p = 0.641$) una correlación de intensidad nula, directa y estadísticamente no significativa (Bologna, 2013); en el análisis del tamaño del efecto no se apreció un valor mínimo aceptable (<0.001). Se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión Bienestar Psicológico de la Calidad de Vida con las Capacidades Cognitivas, en un grupo de personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

En el análisis de la variable plenitud personal de la tabla 7 se reportó; en la observación descriptiva tanto en Memoria ($r_s = 0.008$; $p = 0.923$) y Atención/ F.E. ($r_s =$

0.104; $p = 0.222$) una correlación de intensidad nula-baja, directa y estadísticamente no significativa (Bologna, 2013); en el análisis del tamaño del efecto no se apreció un valor mínimo aceptable (<0.001). Se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión Plenitud Personal de la Calidad de Vida con las Capacidades Cognitivas, en un grupo de personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

En el análisis de la variable satisfacción espiritual de la tabla 7 se reportó; en la observación descriptiva tanto en Memoria ($r_s = 0.245^{**}$; $p = 0.003$) y Atención/ F.E. ($r_s = 0.321^{**}$; $p = <.001$) una correlación de intensidad baja-moderada, directa y estadísticamente significativa (Bologna, 2013); en el análisis del tamaño del efecto se apreció un valor mínimo aceptable (0.103), explicando que existe una predictibilidad del 10.3% de explicación de habilidades cognitivas (Atención/F.E.) como consecuencia de la Satisfacción Espiritual (Castillo, 2014). Se concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión Satisfacción Espiritual de la Calidad de Vida con las Capacidades Cognitivas, en un grupo de personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

Finalmente, en el análisis de la variable de la calidad de vida global de la tabla 7 se reportó; en la observación descriptiva tanto en Memoria ($r_s = 0.005$; $p = 0.953$) y Atención/F.E. ($r_s = 0.015$; $p = 0.864$) una correlación de intensidad nula-baja, directa y estadísticamente no significativa (Bologna, 2013); en el análisis del tamaño del efecto no se apreció un valor mínimo aceptable (0.005). Se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión Calidad de Vida Global de la Calidad de Vida con las Capacidades Cognitivas, en un grupo de personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

Tabla 7.

Relación entre las variables de la Calidad de Vida con las Capacidades Cognitivas (Memoria y Atención/F.E) de personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima

Variables	Memoria			Atención/F.E.		
	r_s	p	r_s^2	r_s	p	r_s^2
Bienestar Físico (Calidad de Vida)	-0.016	0.850	<0.001	-0.021	0.803	<0.001
Bienestar Psicológico (Calidad de Vida)	0.027	0.747	<0.001	0.041	0.631	<0.001
Plenitud Personal (Calidad de Vida)	0.008	0.923	<0.001	0.104	0.222	0.01
Satisfacción Espiritual (Calidad de Vida)	0.245**	0.003*	0.06	0.321**	<0.001	0.103
Calidad de Vida Global (Calidad de Vida)	0.005	0.953	<0.001	0.015	0.864	<0.001

Nota. r_s = correlación de Spearman; p (valor de significancia), $p < .05$ (estadísticamente significativo); * = $<.05$, ** = $<.01$, *** = $<.001$

En el análisis de la variable medio social de la tabla 8 se reportó en la observación descriptiva tanto para la Memoria ($r_s = 0.160$; $p = 0.059$) y Atención/F.E. ($r_s = 0.143$; $p = 0.091$) una correlación de intensidad baja, directa y estadísticamente no significativa (Bologna, 2013); en el análisis del tamaño del efecto no se apreció un valor mínimo aceptable (Castillo, 2014). Se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión Medio Social de la Adherencia al TARV con las Capacidades Cognitivas, en un grupo de personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

También, En el análisis de la variable aspecto emocional de la tabla 8 se reportó; en la observación descriptiva tanto a nivel de Memoria ($r_s = 0.097$; $p = 0.254$) y Atención/F.E. ($r_s = 0.029$; $p = .737$) una correlación de intensidad nula, directa y estadísticamente no significativa (Bologna, 2013); en el análisis del tamaño del efecto no se apreció un valor mínimo aceptable (<0.001). Se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión Aspecto Emocional de la Adherencia al TARV con las Capacidades Cognitivas, en un grupo de personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

Además, En el análisis de la variable estilo de vida de la tabla 8 se reportó; en la observación descriptiva tanto en Memoria ($r_s = 0.098$; $p = 0.248$) y en Atención /F.E. ($r_s = 0.036$; $p = 0.677$) una correlación de intensidad nula, directa y estadísticamente no significativa (Bologna, 2013); en el análisis del tamaño del efecto no se apreció un valor mínimo aceptable. Se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión Estilo de Vida de la Adherencia al TARV con las Capacidades Cognitivas, en un grupo de personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

Asimismo, En el análisis de variable medio laboral de la tabla 8 se reportó; en la observación descriptiva tanto en Memoria ($r_s = 0.072$; $p = 0.397$) y en Atención / F.E. ($r_s = 0.091$; $p = 0.286$) una correlación de intensidad nula, directa y estadísticamente no significativa (Bologna, 2013); en el análisis del tamaño del efecto no se apreció un valor mínimo aceptable (<0.001). Se concluyó que no existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión *Medio Laboral* de la Adherencia al TARV con las Capacidades Cognitivas, en un grupo de personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

Finalmente, en el análisis de la variable antecedentes de salud de la tabla 8 se reportó; en la observación descriptiva en Memoria ($r_s = -0.083$; $p = 0.331$), la existencia de una

correlación de intensidad nula, inversa y estadísticamente no significativa, mientras que para el caso de la Atención / F.E. ($r_s = -0.195$; $p = 0.021$) la correlación fue baja, negativa y estadísticamente significativa (Bologna, 2013); en el análisis del tamaño del efecto no se apreció un valor mínimo aceptable (0.001). Se concluyó que existe relación estadísticamente significativa entre la dimensión Antecedentes de Salud de la Adherencia al TARV con las Capacidades Cognitivas (Atención/F.E.), en un grupo de personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

Tabla 8.

Relación entre las dimensiones de la Adherencia al TARV con las Capacidades Cognitivas en personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima.

Variables	Memoria			Atención/F.E.		
	r_s	p	r_s^2	r_s	p	r_s^2
Medio Social (Adherencia al TARV)	0.160	0.059	0.025	0.143	0.091	0.020
Aspecto Emocional (Adherencia al TARV)	0.097	0.254	0.009	0.029	0.737	<0.001
Estilo de Vida (Adherencia al TARV)	0.098	0.248	0.009	0.036	0.677	<0.001
Medio Laboral (Adherencia al TARV)	0.072	0.397	0.005	0.091	0.286	0.008
Antecedentes de Salud (Adherencia al TARV)	-0.083	0.331	0.006	-0.195	0.021	0.003

Nota. r_s = correlación de Spearman; p (valor de significancia), $p < .05$ (estadísticamente significativo); * = $<.05$, ** = $<.01$, *** = $<.001$

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

En el presente estudio se observa que la calidad de vida, adherencia al TARV se relaciona con las capacidades cognitivas en personas que tienen VIH (Ver tabla 6). Sarshar (2017) señala que con los avances que se tienen con el uso del tratamiento antirretroviral, se puede considerar al VIH en la actualidad como una enfermedad crónica, por lo cual el padecer de una enfermedad crónica (como lo es el VIH) trae efectos principalmente sobre la calidad de vida de los individuos, entendiéndose que no existe una cura pero si una gama de tratamientos como el ya conocido uso del TARV (con o sin efectos secundarios). Es importante señalar que la enfermedad altera ámbitos importantes de la salud física y cognitiva de cada persona.

Así mismo una investigación realizada por Nieves (2011) expresó cómo el grado de adherencia al tratamiento se relaciona con variables psicosociales, además se destaca el impacto positivo que da el entorno, contribuyendo como un gran apoyo durante las diferentes etapas de la enfermedad y su influencia directa en el proceso de aceptación; por ello es importante identificar los diferentes aspectos en el tratamiento para velar por estrategias que eviten consecuencias en las capacidades cognitivas de las personas.

En relación a la dimensión satisfacción espiritual se encontró correlación baja (Ver tabla 7) con las capacidades cognitivas, referente a lo que señalan Leite, et al.. (2017) demostraron también en su investigación que el tiempo que una persona porta el diagnóstico de la infección es influyente para reorganizar las creencias y las percepciones que se tiene de la calidad de vida, así como de la espiritualidad; además de que las relaciones sociales

(grupos de apoyo bajo una determinada creencia) son un soporte para llevar esta enfermedad sin complicaciones. Teniendo en cuenta el aspecto de la espiritualidad como una variable protectora para llevar una adecuada adherencia al tratamiento y calidad de vida, evitando así deterioro cognitivo.

Y referente a la dimensión Antecedentes de Salud de la Adherencia al TARV y las Capacidades Cognitivas (Atención/F.E.) se evidenció que existe una relación estadísticamente significativa (Ver tabla 8). Según Reyna (2009), los antecedentes de salud son un gran determinante en la evaluación de una persona con VIH, por ello en su estudio expresa que una alta prevalencia de enfermedades en personas con un diagnóstico de VIH son un factor no protector, las complicaciones más comunes suele asociarse con el Síndrome Metabólico, así también encontró casos de Hipertensión Arterial y Diabetes Mellitus. Por otro lado, hay un gran interés en identificar que antecedentes de salud están mejor asociados con problemas en las capacidades cognitivas.

Asimismo, Echevarría (2016) evidenció que los pacientes con un deterioro cognitivo en nivel leve que presentan frecuentes olvidos, déficit de atención, dificultad en la comprensión son menos adherentes al tratamiento, en ese sentido Veier cols. (2012) plantearon intervenciones continuas con la finalidad de retrasar las manifestaciones demenciales, logrando una mejor adherencia y mejorando la calidad de vida. Además, Fernández (2021), expresa que el deterioro cognitivo en pacientes con VIH disminuye tras recibir tratamiento antirretroviral por un periodo de 12 meses evidenciando mejoras en las funciones cognitivas de memoria y ejecución/visuoespacial.

En relación a las limitaciones que se pueden identificar en el presente estudio, es necesario indagar en el tamaño de muestra, este no es representativo a la data de personas infectadas. Por otro lado, en el proceso de selección se podría evidenciar sesgo esto se explica

con la información de la muestra, quienes son asistentes de un centro de salud. En ese sentido, los evaluados podrían demostrar una mayor intención o al menos se preocuparían por su salud, con una mejor adherencia al tratamiento por lo que tendrían mayor probabilidad de estar en un mejor estado de salud.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIÓN

A mejor calidad de vida y adherencia al TARV, mayor capacidad cognitiva en personas con vih en un hospital nacional de lima.

No existe relación entre bienestar físico de la calidad de vida y las capacidades cognitivas.

No existe relación entre bienestar psicológico de la calidad de vida y las capacidades cognitivas.

No existe relación entre plenitud personal de la calidad de vida y las capacidades cognitivas.

Existe relación entre satisfacción espiritual de la calidad de vida y las capacidades cognitivas.

No existe relación entre calidad de vida global de la calidad de vida y las capacidades cognitivas.

No existe relación entre medio social de la adherencia al TARV y las capacidades cognitivas.

No existe relación entre aspecto emocional de la adherencia al TARV y las capacidades cognitivas.

No existe relación entre estilo de vida de la adherencia al TARV y las capacidades cognitivas.

No existe relación entre medio laboral de la adherencia al TARV y las capacidades cognitivas.

Existe relación entre antecedentes de salud de la adherencia al TARV y las capacidades cognitivas (atención/f.e.)

RECOMENDACIONES

Se recomienda trabajar con una población más amplia, previniendo la falta de muestra, con respecto a los estadísticos se propone reevaluar las pruebas y trabajar de acuerdo a los objetivos e hipótesis, si bien el estudio presenta variables cuantitativas se podrían plantear variables categóricas con la intención de ajustar el análisis de datos, en relación a los resultados obtenidos se propone considerar características sociodemográficas, además de redefinir los criterios de inclusión y exclusión. Es importante trabajar con las diferentes variables con la intención de estandarizar los resultados. Así como la presentación de los resultados bajo un respectivo modelo teórico para una adecuada continuación de la investigación.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

American Psychiatric Association. DSM-5 (2015). Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (5 Edición). Barcelona.

Apaza, K y Ortega, C. (2014). FACTORES DE TRATAMIENTO, ENTORNO Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD EN PERSONAS CON VIH/SIDA, HOSPITAL GOYENCHE AREQUIPA. De UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN AGUSTÍN Sitio web: <http://repositorio.unsa.edu.pe/bitstream/handle/UNSA/2273/ENapcok.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Arrieta D. Relación entre Clima Social Familiar y Calidad de Vida en Pacientes Diagnosticados VIH. (2015). Tesis licenciatura. Piura-Perú: Unv. Católica Los Ángeles De Chimbote; [Internet]. Sitio web: http://repositorio.uladech.edu.pe/bitstream/handle/123456789/87/ARRIETA_PONGO_DEYCI_FRANCISCA_CALIDAD_DE_VIDA_CLIMA_SOCIAL_FAMILIAR.pdf?sequence=4&isAllowed=y

Asociación Vía Libre (s.f.). Información básica sobre VIH. Sitio web: <http://www.vialibre.org.pe/infosida.htm>

Bazán, S et al. (2013). Adherencia al TARGA en VIH /SIDA. Un Problema de Salud Pública. De Acta Medica Peruana Sitio web:

http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1728-59172013000200011

Bologna, E. (2013). *Estadística para Psicología y Educación - 3ra Edición*. Argentina: Editorial Brujas.

Borrero, J., Restrepo, J., Rojas, W., Vela, H., (2007). *Fundamentos de Medicina: Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual*. (2° ed.). Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.

Borrero, J., Restrepo, J., Rojas, W., Vela, H., (2007). *Fundamentos de Medicina: Manual de VIH/SIDA y otras infecciones de transmisión sexual*. (2° ed.). Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.

Buela-Casal, G., Caballo, V y Sierra, J (1996), *Manual de evaluación e la psicología clínica y de la salud*, Madrid. Editorial Paraninfo.

Cabello, R. (2005). *La situación del VIH/SIDA en el Perú*. Sitio Web: <http://www.vialibre.org.pe/noticias/diamundia/situvihside>.

Cabrera, S; Dalchiale Zaida y Mere, J (2018) *Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados*. *Rev Méd Urug* 2018; 34(1):7-19. Sitio Web: <http://www.rmu.org.uy/revista/2018v1/art2.pdf>

Carrobbles, J., Remor, E., y Rodriguez-Alzamora, R. (2003). *Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH*. *Psicothema*, 15(3), C. Sitio web: <http://www.Redalyc.uaemex.mx>.

Carrobbles, J., Remor, E., y Rodriguez-Alzamora, R. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema*, 15(3), Sitio web: <http://www.Redalyc.uaemex.mx>.

Castellanos, C. (2010). Funcionamiento neurocognitivo de personas que viven con VIH y

Castillo, R. (2014). Reportes del Tamaño del Efecto en los artículos de tres revistas de psicología peruana en los años 2008 al 2012. Tesis para optar el grado de Profesional en Psicología. Lima-Perú:UNMSM

Clotet, B. (2018) Sida y calidad de vida. Hospital Universitari Germans Trias i Pujol. Badalona. Barcelona. Sitio Web: <https://esteve.org/wpcontent/uploads/2018/01/136649.pdf>

Codina, C; Martín, M e Ibarra, O. (s.f). La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. De Revi. Farmacia Hospitalaria Sitio web: http://www.sld.cu/galerias/pdf/servicios/sida/tomo2_cap21.pdf

Coffin J, Swanstrom R. (2013). HIV Pathogenesis: Dynamics and Genetics of Viral Populations and Infected Cells. *Cold Spring Harb Perspect Med*.

Colantes, D (2020) Características clínicas y calidad de vida en pacientes infectados con VIH que reciben TARV, Iquitos-Perú, 2020. Universidad Nacional De La Amazonía Peruana. Sitio web: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UNAP_c6bffce45a6d73d293a6635a1f7ec284

Cuesto, M (2000). El rastro del SIDA en el Perú. Sitio Web:
<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104>

Cueto, M. (2000). El rastro de SIDA en el Perú. Sitio Web:
<http://ww.scielo.br/scielo.php?pid=S0104>

Cysique, L.A., Maruff, P. & Brew, B.J. (2004). Prevalence and pattern of neuropsychological impairment in human immunodeficiency virusinfected/acquired immunodeficiency syndrome (HIV/AIDS) patients across pre- and post-highly active antiretroviral therapy eras: a combined study of two cohorts. *Journal Neurovirology*: 10 (6):350-7. .Patterson K, Young C, Woods SP,

Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud (2020). Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. Sitio web:
http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2020/febrero.pdf

Dirección General de Epidemiología(2014). Boletín epidemiológico mensual: Situación del VIH/SIDA en el Perú Disponible en: <http://www.dge.gob.pe/portal/>.

Domínguez-Lara, S., y Merino-Soto, C. (2015a). Sobre el reporte de Fiabilidad del CLARP-TDAH de Salamanca (2010). *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (1), 1314-1317.

Domínguez-Lara, S., y Merino-Soto, C. (2015b). ¿Por qué es importante reportar los intervalos de confianza del coeficiente alfa de Cronbach? *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 13 (1), 1326-1328.

Echevarria, I. (2010). Estilos de afrontamiento del cuidador primario y la adherencia al TARGA de las personas que viven con el VIH/SIDA. (Tesis de Licenciatura en Psicología, Universidad Nacional Mayor De San Marcos. Facultad de Psicología).

Echevarria.I (2016) RELACION ENTRE EL FUNCIONAMIENTO COGNITIVO Y LA ADHERENCIA AL TARGA EN LAS PERSONAS QUE VIVEN CON VIH. TESIS PARA OPTAR EL GRADO DE MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA CON MENCION EN NEUROPSICOLOGIA.

Encuesta Demográfica y de Salud Familiar. (2004). Conocimiento del VIH/SIDA. De INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA E INFORMÁTICA (INEI) Sitio web: https://proyectos.inei.gob.pe/endes/recursos/endes2004-05_informe.pdf

Escurrea, L. (1989). Cuantificación de la validez de contenido por criterios de jueces. Revista de Psicología. 6(1-2)

Fernandez A. Calidad de vida de las personas que viven con VIH/sida (2019). Tesis para Medico].Chiclayo- Perú: Unv. USMP; Sitio Web <https://www.um.es/web/medicina/contenido/estudios/doctorados/cienciasclinicas/proyectos>

Fernandez,Y (2021) Efecto de la terapia antirretroviral sobre el deterioro cognitivo en pacientes con VIH. Universidad Privada Antenor Orrego. Sitio Web: https://alicia.concytec.gob.pe/vufind/Record/UPAO_9e3c850a2fa9c839ca1bc0745da8e144

- Fong OW, Ho CF, Fung LY, Lee FK et al. (2003). Determinants of adherence to highly active antiretroviral therapy (HAART) in Chinese HIV/AIDS patients. *VIH Medicine* ; 4, 133 – 138.
- Francolino, C y colaboradores. (2010). Evaluación del cuestionario de calidad de vida relacionada con la salud: functional assessment of HIV infection, en pacientes portadores del virus de inmunodeficiencia humana. De *Rev. Méd. Uruguay* Sitio web: http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1688-03902010000300002
- Frutos, C., Aquino, N., Amado, D., Ferreira, M., Diaz, C (2015) Calidad de Vida en el Paciente con VIH en el Servicio de Clínica Médica, Hospital Central Instituto de Previsión Social Paraguay-2015. De revista de instituto de medicina tropical. Recuperado de <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v11n1/1996-3696-imt-11-01-10.pdf>
- Frutos, C y colaboradores. (2016). Calidad de Vida en el Paciente con VIH en el Servicio de Clínica Médica, Hospital Central Instituto de Previsión Social Paraguay-. De *Rev. Inst. Med. Tropical* Sitio web: <http://scielo.iics.una.py/pdf/imt/v11n1/v11n1a03.pdf>
- García, A. (2006). Estudio diagnóstico en usuarios que han fracasado al TARGA. Médicos sin frontera. Lima, Perú.
- Gerrero, L y Leon, A. (2010). Estilo de vida y Salud. De Universidad de los Andes Sitio web: <http://www.redalyc.org/html/356/35616720002/>
- Gil-Robles, J (2004). *Psicología de la salud*, Madrid. Editorial Pirámide.

Gonzales, J. (2012). Manual de Procedimientos Estandarizados para la Vigilancia Epidemiológica del VIH - SIDA. De Dirección General de Epidemiología de México. Sitio web: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/documentos/Manual_VIH_SIDA_vFinal_1nov12.pdf

Guevara, E. (2013). Perfil Cognitivo en pacientes con infección por el virus de inmunodeficiencia humana neurológicamente asintomático. Anales de la Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (75). Sitio web: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/203>

Guevara, E., Custodio, N., Lira, D., Herrera-Perez, E., Catro-Suarez, S., Nuñez del Prado L y Montesinos, R. (2014). Trastornos Neuro-Cognitivo asociado al Virus de Inmunodeficiencia Humana. Anales de la Facultad de Medicina (75). Sitio web: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v75n2/a10v75n2.pdf>

INFOSIDA. (2017). ¿Qué es el VIH ?.De Janssen-Cilag S.A Sitio web: <https://www.infosida.es/que-es-el-vih>

InfoSIDA: Visión general de la infección por el VIH. (2019).Sitio web: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/19/46/las-fases-de-la-infeccion-por-el-vih>

Jatuff, D., Zapata-Vega, M. ., Montenegro, R., y Mezzich, J. E. (2007). The multicultural quality of life index in Argentina: a validation study. Actas Españolas de Psiquiatría, 35(4), 253–258. Sitio web: <http://repositorio.ub.edu.ar/bitstream/handle/123456789/4774/Jatuff.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Knobel, H., Polo, R., Escobar, I. (Actualización Junio de 2008). Recomendaciones GESIDA/SEFH/PNS para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Documento avalado por el Consejo Asesor de la Secretaría Plan Nacional sobre el Sida. Sitio web: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesAdherenciaTrtoAntirretroviral062008.pdf>

Ladera, V y Perea V. (2012). Rastreo cognitivo en Demencia. Revista neuropsicología.

Leite, R y colaboradores. (2017). Calidad de vida de personas conviviendo con HIV/SIDA: relación temporal, sociodemográfica y perceptiva de la salud. De Rev. Latino-Am. Enfermagem Sitio web: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v25/es_0104-1169-rlae-25-2874.pdf

Lipton, A y Weiner, M. (2010). Manual de enfermedades de Alzheimer y otras demencias. España. Editorial Medica: “Panamericana”

Lozano, M., Hernandez, M., Turro, O., Pericot, I., Lopez-Pousa, S., & Vilalta, J. (2009). Validacion del Montreal Cognitive Assessment (MoCA): Test de cribado para el deterioro cognitivo leve. Alzheimer. Realidad e Investigación en Demencias. Recuperado https://www.researchgate.net/publication/228740373_Validacion_del_Montreal_Cognitive_Assessment_MoCA_Test_de_cribado_para_el_deterioro_cognitivo_leve_Datos_preliminares

Mejía, F.(2013)Características clínico epidemiológicas y factores asociados a abandono del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes con infección VIH/sida de un hospital de tercer nivel en Lima, 2013. [tesis especialidad]. Universidad Peruana Cayetano Heredia.

Meléndez, J., Sanz, T. y Navarro, E. (mayo, 2012). Deterioro cognitivo leve: método y procedimiento de clasificación. Anales de Psicología. Universidad de Murcia (28). Sitio web: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=16723135032>

Mezzich, J. E., Cohen, N. L., Ruiperez, M. A., Banzato, C. E. M., y Zapata-Vega, M. I. (2011). The Multicultural Quality of Life Index: presentation and validation. Journal of Evaluation in Clinical Practice, 17(2), 357–364. Sitio Web: <https://doi.org/10.1111/j.1365-2753.2010.01609.x>

Millana, L. (2004). Deterioro Neuropsicológico En La Infección Por El Virus De La Inmunodeficiencia Humana En Una Población Penitenciaria (Tesis de Doctor, Universidad Complutense de Madrid). Sitio web:<http://biblioteca.ucm.es/tesis/psi/ucm-t27061.pdf>

Miners A et al (2014). HIV and health-related quality of life in the UK – where are we now? 3rd Joint BHIVA with BASHH Conference, Liverpool.

Ministerio de Salud y protección social de Colombia. (2003). Guia para el manejo de VIH/SIDA. De Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud Sitio web: <https://www.minsalud.gov.co/Documentos%20y%20Publicaciones/GUIA%20PARA%20EL%20MANEJO%20DE%20VIH%20SIDA.pd>

MINISTERIO DE SALUD. (2017). Personas que viven con VIH, de Portal web-sala de prensa. Sitio web: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51-a=25679>

Ministerio de Salud. (Setiembre, 2013). Boletín Epidemiológico de la transmisión Materno Infantil del VIH en el Perú. Sitio web: http://www.dge.gob.pe/Boletin_sem/2013/SE39/se39-00.pdf

MINSA. (2012). Norma Técnica de Salud 097-MINSA/ DGSP-V.01 “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto/a con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)”.Sitio web: <https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2009/tuprevihenes/targa.html>

MINSA. (2015). Norma Técnica de Salud para la Vigilancia Epidemiológica en Salud Pública de la Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) y de las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) en el Perú. De Dirección General de Epidemiología Sitio web: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/minsa/3264.pdf>

Mohd, N. & Bee., Y. (2011). Power comparisons of Shapiro-Wilk, Kolmogorov-Smirnov, Liliefors and Anderson-Darling tests. *Journal of Statistical Modeling and Analytics*, 2 (1), 21-33.

Morales,G; Aragon,M, Martines,T; Castro,L; Alonso,C (2006) Adherencia de los pacientes a la terapia antiretroviral en los CESAMOS Alonso Suazo y Carrizal.De Revista Médica de Honduras. Sitio Web: <http://www.bvs.hn/RMH/pdf/2006/pdf/Vol74-4-2006.pdf#page=19>

Nasreddine, ZS, Phillips, NA, Bédirian, V., Charbonneau, S., Whitehead, V., Collin, I.,... y Chertkow, H. (2005) . La Evaluación Cognitiva de Montreal, MoCA: una breve herramienta de detección del deterioro cognitivo leve. Revista de la Sociedad Americana de Geriátrica , 53 (4), 695-699.

Neuropsiquiatría y Neurociencias. Recuperado en:
file:///D:/Adherencia%20%20+%20Cognición/Lecturas%20de%20la%20tesis/Lecturas%20Adh-Cogn%20-%2016%20feb/Rastreo%20Cognitivo%20-%20moca.pdf

Nieves, K. (2011). Modelo de Creencias y Adherencia al tratamiento para el VIH. (Tesis de Doctor, Universidad de Puerto Rico). Sitio web:
<http://gradworks.umi.com/34/50/3450483.html>

Norma técnica de salud integral del adulto con VIH (2018). Norma técnica de salud integral del adulto con VIH. Sitio web: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/4479.pdf>

Olano, R. (2015). Calidad de vida en pacientes de medicina física y hospitalización-cirugía de un hospital estatal, Chiclayo.. De UNIVERSIDAD CATÓLICA SANTO TORIBIO DE MOGROVEJO Sitio web:
http://tesis.usat.edu.pe/bitstream/usat/354/1/TL_Olano_Vidalon_RominadelCarmen.pdf

ONUSIDA. (2008). Información básica sobre el VIH. de UNAIDS Sitio web:
http://data.unaids.org/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf

ONUSIDA. (2013). informe sobre la epidemia mundial de SIDA. De Organización Mundial de la Salud Sitio web:

http://files.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_es.pdf

ONUSIDA: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA. (2013). Informe Mundial Sobre la epidemia de SIDA. Sitio Web: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf

Organización Mundial de la Salud. (2003). VIH/SIDA: resistir a un agente mortífero. .De Portal Web OMS Sitio web: <http://www.who.int/whr/2003/en/Chapter3-es.pdf>

Organización Mundial De la Salud. (2005). Revised Who Clinical Staging Of Hiv/Aids For Adults And Adolescents. De Interim Who Clinical Staging Of Hiv/Aids And Hiv/Aids Case Definitions For Surveillance. Sitio web: <http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/clinicalstaging.pdf>

Organización Panamericana de la Salud(2017), Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida para América Latina y el Caribe. Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe. Washington, D.C.: OPS, ONUSIDA

Ortego, M., López, S., y Álvarez, M. (2011). Ciencias Psicosociales. Open course ware. Universidad de Cantabria. Sitio web:<http://ocw.unican.es/ciencias-de-la-salud/ciencias-psicosociales-i-1>

Otzen, T. & Manterola C. (2017). Técnicas de muestreo sobre una población a estudio. Int. J. Morphol., 35(1):227-232

Pacifico,J y Gutierrez,C (2015), Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA de un hospital de Lima, Perú. Revista Peruana de Medicina experimental y salud pública. Sitio web: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342015000100010

Perea Quesada, R (2004). Educación para la Salud, reto de nuestro tiempo. Editorial Díaz de Santos. Madrid.

Pereira-Manrique, F y Reyes M. (2013). Confiabilidad y validez del Test Montrel Cognitive Assessment (MOCA) en población mayor de Bogotá, Colombia. Revista neuropsicología, Neuropsiquiatría y Neurociencias. Recuperado en: <file:///D:/Adherencia%20%20+%20Cognición/Lecturas%20de%20la%20tesis/Lecturas%20Adh-Cogn%20-%2016%20feb/Rastreo%20Cognitivo%20-%20moca.pdf>

Pike, N. A., Poulsen, M. K., & Woo, M. A. (2017). Validity of the Montreal Cognitive Assessment Screener in Adolescents and Young Adults With and Without Congenital Heart Disease. *Nursing Research*, 66(3), 222-230.

Pino, M. (2015). Funcionamiento cognitivo en pacientes infectados con VIH: algunas consideraciones teóricas, de Revista Cubana de Neurología y Neurocirugía. Sitio web: <http://www.medigraphic.com/pdfs/revcubneuro/cnn-2015/cnns151k.pdf>

Pun,M. (2015). “Situación de la Epidemia de VIH en el Perú”. ., de Direccion General de Epidemiologia Sitio web:

<https://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2015/vih/matcom/Situacion-Epidemiologica-VIH-2015.pdf>

Ramos F. Estado Emocional y Calidad de vida de personas CON VIH/SIDA (2018)-Tesis Licenciatura. Ica- Perú: Unv. San Juan Bautista; [Internet].Sitio web: <https://repositorio.ufsc.br/bitstream/handle/123456789/186602/PPAU0156D.pdf?sequence=1&isAllowed=y%0Ahttp://journal.stainkudus.ac.id/index.php/equilibrio/article/view/1268/1127%0Ahttp://www.scielo.br/pdf/rae/v45n1/v45n1a08%0Ahttp://dx.doi.org/10.1016/j>

Reyna,O (2009) Factores de riesgo asociados al Síndrome Metabólico en la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana durante terapia antirretroviral de gran actividad en el Centro Medico Naval Periodo Enero a Diciembre 2008. TESIS para optar el título de Especialista en Medicina de Enfermedades Infecciosas y Tropicales. UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS. Sitio web: https://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/20.500.12672/2091/Reyna_vo.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Robinson–Papp J, Byrd D, Mindt MR, Oden NL, Simpson DM, Morgello S, Manhattan (2008). HIV Brain Bank. Motor function and human immunodeficiency virus associated cognitive impairment in a highly active antiretroviral therapy–era cohort. Arch Neurol.; 65(8):1096–101.

Robles, Y., Javier, S., Mezzich, J. E., Sanez, Y., Padilla, M., y Mejía, O. (2010). Índice de calidad de vida: Validación en una muestra peruana. Anales de Salud Mental, XXVI(2), 33–43. Sitio web: <http://www.insm.gob.pe/ojsinism/index.php/Revista1/article/viewFile/75/56>

Sánchez, H., y Reyes, C. (2006). Metodología y diseños en la investigación científica. Lima: Editorial Universitaria.

Sanchez, I; Madoz, G y Hernandez,D (2020) Influencia del consumo de sustancias y el deterioro cognitivo en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. Sociology Source Ultimate. Sitio Web: <https://eds.b.ebscohost.com/eds/detail/detail?vid=6&sid=b5c4cb115424-46df-826a26138ab8274d%40sessionmgr4006&bdata=Jmxhbmc9ZXMmc2l0ZT1lZHMtbGl2ZSZzY29wZT1zaXRl#AN=141486111&db=sxi>

Sarshar,G (2017). Estilos de humor y calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. De facultad de letras y ciencias humanas. Especialidad de Psicología Clínica. Sitio web: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/20.500.12404/9500/Sarshcar_Cueva_Estilos_Humor_calidad1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Schwartzmann, L. (2003). Calidad de Vida relacionado con la salud aspectos conceptuales. Ciencia y Enfermería, 2, 9-21

Shelley, T. (2007). Psicología de la salud. España: MC Graw Hill

Tavera, M. (2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. De Revista Peruana de Epidemiología Sitio web: http://sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/epidemiologia/v14_n3/pdf/a02v14n3.pdf

The jamovi project (2019). *jamovi*. (Version 1.1) [Computer Software]. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

toxoplasmosis encefálica (parte I). *Ciencia y Sociedad*. XXXV: 216-234.

UNICEF. (2007). Carpetas informativas sobre el VIH/SIDA. De Fondo de las Naciones Unidas por la Infancia Sitio web:
https://www.unicef.org/peru/_files/notas_prensa/carpetasinformativas/VIHSIDA_y_ninez.pdf

USAID. HIV/AIDS (2015) health profile: Perú. [Disponible en:
http://www.usaid.gov/our_work/global_health/aids/Countries/lac/peru_profile.pdf.

Varela, M et al. (2015). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. De *Revista de Salud Publica* Sitio web:
<http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v17n4/v17n4a04.pdf>

Ventura-León, J. y Caycho-Rodríguez, T. (2017). El coeficiente Omega: un método alternativo para la confiabilidad. *Revista ResearchGate*, 15 (1), 624-627

Vigil O, Grant I, Atkinson JH.(2006) Screening for major depression in persons with HIV infection: the concurrent predictive validity of the Profile of Mood States Depression-Dejection Scale. *Int J Methods Psychiatr*; 15(2):75-82.

WHO, UNICEF, UNAIDS. Progress Report (2011): Global HIV/AIDS response. Epidemic update and health sector progress towards Universal Access. Malta.

WHO/PAHO.(2014) Continuum of care Monitoring Framework. Addendum to meeting report: Regional consultation on HIV epidemiologic information in Latin America and the Caribbean.

ANEXOS

En los siguientes anexos se presentan lo siguiente:

- Análisis factoriales (confirmatorio y exploratorio)
- Consentimiento Informado.
- Pruebas utilizadas (Índice de calidad de vida de la adaptación de Mezzich, el cuestionario de valoración de la adherencia de Echevarría y la evaluación cognitiva de Montreal).
- Documentos pertinentes entregados por el comité de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia y del Hospital Cayetano Heredia.

Anexo 1.

Análisis Factorial Exploratorio Índice de calidad de Vida (Adaptación. Mezzich)

ANÁLISIS FACTORIAL EXPLORATORIO DEL ICV

ÁREAS	COMPONENTES			
	I	II	III	IV
Bienestar físico	.212	.807	.059	.270
Bienestar psicológico	.421	.721	.176	.105
Autocuidado	.311	.642	.408	-.007
Funcionamiento ocupacional	.122	.541	.610	-.058
Funcionamiento interpersonal	.204	.181	.820	.113
Apoyo social-emocional	.358	.027	.598	.449
Apoyo comunitario y de servicios	.155	.171	.103	.904
Plenitud personal	.759	.221	.152	.238
Satisfacción espiritual	.766	.223	.262	.080
Calidad de vida global	.778	.315	.156	.078

Anexo 2.
Análisis Factorial Confirmatorio del instrumento MoCA

En la tabla 9 se presentó el análisis de evidencias de estructura interna a través del análisis factorial confirmatorio (AFC) del instrumento original; se apreció que los criterios de análisis fueron pertinentes (Schumacker y Lomax, 2016, p. 112) ya que el valor del RMSEA (.061), el CFI (.945), el GFI (.913) así como p (.142) fueron valores aceptables para el modelo. Se evidenció que el instrumento presenta una correcta estructura de análisis y que puede estimarse el análisis de dos dimensiones: Memoria (Fc1) y Atención/F.E (Fc2).

Tabla 9.

Reporte de las evidencias de estructura interna del Cuestionario de Evaluación Cognitiva de Montreal

Variables	X^2	RMSEA	CFI	GFI	p
Modelo Original	12.2	.061	.945	.913	.142

*Nota: Fuente = Elaboración propia; n = 140; X^2 = Chi-cuadrado; RMSEA = Error cuadrático medio de aproximación, CFI = Índice de Ajuste Comparativo, GFI = Índice de Bondad de Ajuste, p = grado de significancia (<.05) **

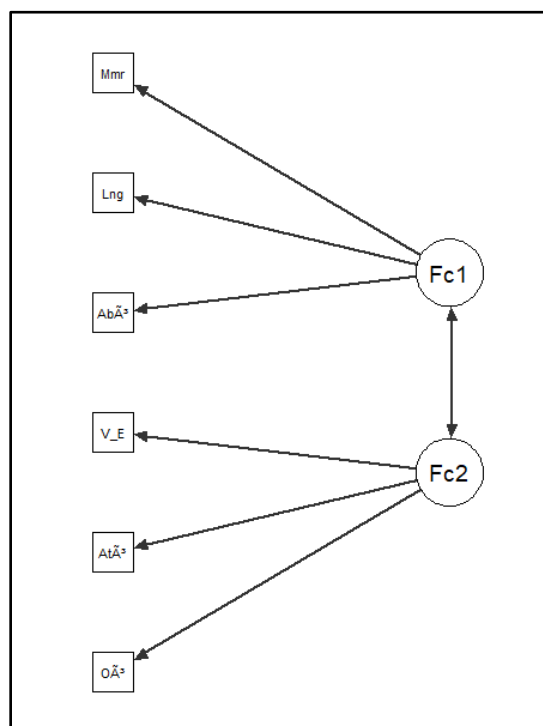


Figura 1. Diagrama de análisis para la escala de MoCA

Anexo 4.

Índice de calidad de Vida (Adaptación. Mezzich)

ÍNDICE DE CALIDAD DE VIDA-ADAPTACIÓN Mezzich y colaboradores, 2000

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

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

Anexo 5.

Cuestionario de Valoración de la adherencia de Echevarría

MEDIO SOCIAL	SI	A VECES	NO
1) Cuentas con agentes de soporte			
2) Tu entorno familiar se preocupa por tu bienestar			
3) Participas en alguna agrupación (religiosa/grupo de auto ayuda/ ONG)			
ASPECTO EMOCIONAL	SI	A VECES	NO
4) Te sientes culpable por tu condición de diagnóstico			
5) Tienes temor a que las personas te rechacen por tu diagnóstico			
6) En los últimos tres meses te has sentido triste o desanimado			
7) Consideras que tienes razones para vivir			
ESTILO DE VIDA	SI	A VECES	NO
8) Usas Preservativo en cada relación sexual			

9) Logras conciliar el sueño sin dificultad			
10) Tienes adecuado apetito			
11) En las dos últimas semanas has tomado puntualmente tus medicinas			
12) Alguna vez has pensado en dejar el tratamiento			
13) Utilizas alguna estrategia para recordar la toma de tus medicamentos			
14) Asistes a todos tus controles médicos			
15) Vives solo			
16) Has consumido alcohol en los últimos tres meses			
17) Has consumido drogas (marihuana, cocaína, etc.), estos últimos tres meses			
MEDIO LABORAL	SI	A VECES	NO
18) Actualmente estas trabajando			

19) En el trabajo tienes dificultades para tomar el TARGA			
20) En el trabajo te facilitan los permisos para tus citas médicas			
ANTECEDENTES DE SALUD	SI	A VECES	NO
21) Algún miembro de tu familia ha presentado trastornos mentales, neurológicos o consumo de alcohol y/o drogas.			
22) Has presentado algún trastorno de conducta antes de conocer tu diagnóstico			
23) Suelas reaccionar violentamente ante situaciones que ocurren desde que conoces tu diagnóstico			

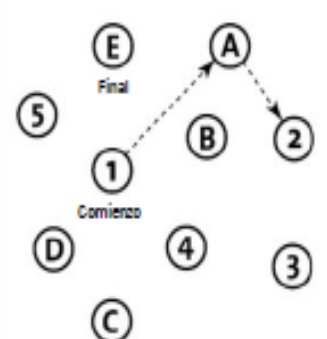
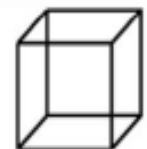

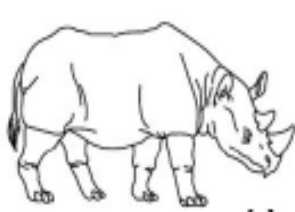

Anexo 6.

Evaluación cognitiva de Montreal (MOCA)

MONTREAL COGNITIVE ASSESSMENT (MOCA)
(EVALUACIÓN COGNITIVA MONTREAL)

NOMBRE:
Nivel de estudios:
Sexo:

Fecha de nacimiento:
FECHA:

VISUOSPACIAL / EJECUTIVA						Copiar el cubo <input type="checkbox"/>		Dibujar un reloj (Once y diez) (3 puntos)		Puntos ___/5				
		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		Contorno Números Aguja						
IDENTIFICACIÓN														
						<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>	___/3			
MEMORIA														
Lea la lista de palabras. el paciente debe repetirlas. Haga dos intentos. Recuérdelas 5 minutos más tarde.		ROSTRO		SEDA		IGLESIA		CLAVEL		ROJO	Sin puntos			
1er intento														
2º intento														
ATENCIÓN														
Lea la serie de números (1 número/seg.)		El paciente debe repetir. <input type="checkbox"/> 2 1 8 5 4		El paciente debe repetir a la inversa. <input type="checkbox"/> 7 4 2							___/2			
Lea la serie de letras. El paciente debe dar un golpecito con la mano cada vez que se diga la letra A. No se asignan puntos si ≥ 2 errores.		<input type="checkbox"/> FBACMNAAJKLBAFAKDEAAAJAMOF AAB									___/1			
Restar de 7 en 7 empezando desde 100.		<input type="checkbox"/> 93 <input type="checkbox"/> 86 <input type="checkbox"/> 79 <input type="checkbox"/> 72 <input type="checkbox"/> 65		4 o 5 sustracciones correctas: 3 puntos. 2 o 3 correctas: 2 puntos. 1 correcta: 1 punto. 0 correctas: 0 puntos.							___/3			
LENGUAJE														
Repetir: El gato se esconde bajo el sofá cuando los perros entran en la sala.		<input type="checkbox"/>		Espero que él le entregue el mensaje una vez que ella se lo pide.		<input type="checkbox"/>					___/2			
Fluidez del lenguaje. Decir el mayor número posible de palabras que comiencen por la letra "P" en 1 min.		<input type="checkbox"/> _____ (N ≥ 11 palabras)									___/1			
ABSTRACCIÓN														
Similitud entre p. ej. manzana-naranja = fruta		<input type="checkbox"/>		tren-bicicleta		<input type="checkbox"/>		reloj-regla		<input type="checkbox"/>	___/2			
RECUERDO DIFERIDO														
Debe acordarse de las palabras SIN PISTAS		ROSTRO		SEDA		IGLESIA		CLAVEL		ROJO	Puntos por recuerdos SIN PISTAS únicamente	___/5		
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>				
Optativo		Pista de categoría												
		Pista elección múltiple												
ORIENTACIÓN														
<input type="checkbox"/>		Día del mes (fecha)		<input type="checkbox"/>		Mes		<input type="checkbox"/>		Año	<input type="checkbox"/>	___/6		
								Día de la semana		<input type="checkbox"/>	Lugar	<input type="checkbox"/>	Localidad	<input type="checkbox"/>
© Z. Nasreddine MD Versión 07 noviembre 2004 Normal ≥ 26 / 30														
www.mocatest.org														
TOTAL ___/30														
Añadir 1 punto si tiene ≥ 12 años de estudios														

Anexo 7.

Documento de Aprobación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

CONSTANCIA 494 - 19-18

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el proyecto de investigación señalado a continuación fue **APROBADO** por el Comité de Ética.

Título del Proyecto : "Relación de la calidad de vida y la adherencia al TARGA con las capacidades cognitivas en personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima".

Código de inscripción : 103029

Investigador principal : Navarro Juárez, Walter Jesús

La aprobación incluyó los documentos finales descritos a continuación:

1. **Protocolo de investigación**, versión recibida en fecha 19 de octubre del 2018.
2. **Consentimiento informado**, versión recibida en fecha 19 de octubre del 2018.

La **APROBACIÓN** considera el cumplimiento de los estándares de la Universidad, los lineamientos Científicos y éticos, el balance riesgo/beneficio, la calificación del equipo investigador y la Confidencialidad de los datos, entre otros.

Cualquier enmienda, desviaciones, eventualidad deberá ser reportada de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada seis meses el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste. La aprobación tiene vigencia desde la emisión del presente documento hasta el **22 de octubre del 2019**.

Si aplica, los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 23 de octubre del 2018.

Mg. Rosa Vaiz Bonifaz
Presidenta (i)

Comité Institucional de Ética en Investigación



Anexo 8.

Documento de Renovación del Comité Institucional de Ética de la Universidad Peruana Cayetano Heredia



UNIVERSIDAD PERUANA
CAYETANO HEREDIA

Dirección Universitaria de
INVESTIGACIÓN, CIENCIA Y
TECNOLOGÍA (DUICT)

CONSTANCIA R- E074 - 15 -20

El Presidente del Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) de la Universidad Peruana Cayetano Heredia hace constar que el comité institucional de ética en investigación aprobó la **RENOVACIÓN** del proyecto de investigación señalado a continuación.

Título del proyecto : **“Relación de la calidad de vida y la adherencia al TARGA con las capacidades cognitivas en personas con VIH en un Hospital Nacional de Lima”.**

Código de inscripción : **103029**

Investigador(es) principal (es) : **Navarro Juárez, Walter Jesús**

Cualquier enmienda, desviaciones y/u otras eventualidades deberá ser reportada a este Comité de acuerdo a los plazos y normas establecidas. El investigador reportará cada **6 meses** el progreso del estudio y alcanzará un informe al término de éste.

La presente **RENOVACIÓN** tiene vigencia desde el **16 de junio del 2020** hasta el **15 de junio del 2021**.

Así mismo el Comité toma conocimiento del Informe Periódico de Avances del estudio de referencia. Documento recibido en fecha 04 de junio del 2020.

Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días previos a su vencimiento.

Lima, 16 de junio del 2020


Dra. Frine Samalvides Cuba
Presidenta
Comité Institucional de Ética en Investigación



/sfp

Av. Honorio Delgado 430, SMP 15102
Apartado postal 4314
(511) 319-0000 anexo 201352
duict@oficinas-upch.pe
www.cayetano.edu.pe

Anexo 9.

Documento de Autorización del Comité Institucional de Ética del Hospital Cayetano Heredia



PERÚ

Ministerio de Salud

Hospital
Cayetano Heredia



"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"

"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

Lima, 01 OCT 2018

OFICIO N° 2542 - 2018 - DG - 1315 - OEGRHH- 696 -OADI/HCH

Señor
Walter Jesús NAVARRO JUÁREZ
Investigador Principal
Universidad Peruana Cayetano Heredia
Presente.-

Asunto : Autorización Institucional del Trabajo de Investigación.

Referencia : Carta del 11 de setiembre de 2018.
Registro de Expediente 23011/18.

De mi consideración:

Me dirijo a usted, para saludarlo cordialmente y comunicarle que, contando con la aceptación del Departamento de Enfermedades Infecciosas, Tropicales y Dermatológicas y la Aprobación del Comité Institucional de Ética en la Investigación, esta Dirección autoriza la ejecución del Trabajo de Investigación "Relación de la calidad de vida y la adherencia al TARGA con las capacidades cognitivas en personas con VIH/SIDA de un Hospital Nacional de Lima". Código 087-018.

Esta autorización tendrá vigencia mientras dure el Trabajo; sin embargo, la Constancia de Aprobación deberá ser renovada anualmente por el Comité Institucional de Ética en Investigación (CIEI) del Hospital Cayetano Heredia.

Cabe resaltar que, el Investigador Principal asumirá la responsabilidad del Trabajo de Investigación y deberá informar al CIEI, de acuerdo a normas vigentes de cualquier enmienda, eventos adversos, avance, cierre y el respectivo informe final, según corresponda.

Es propicia la ocasión, para expresarle los sentimientos de mi especial consideración.

Atentamente,



ACRPR/HAC/INMYB
Cc
Dirección General
Dirección OEGRHH
Dirección OADI
Archivo CIEI
Archivo (1)
Distribución (4)
Proy. Ofic. 27-09-18



MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA
Dra. AIDA CECILIA PALACIOS RAMÍREZ
DIRECTORA GENERAL
C.M.P. 23579 R.N.E. 9834

www.hospitalcayetano.gob.pe

Av. Honorio N° 262
Urb. Ingeniería
San Martín de Porres
Lima 31, PERÚ
Telef.: 482-0402
Anexo 209

Anexo 10.

Constancia del Comité Institucional de Ética del Hospital Cayetano Heredia

	PERÚ	Ministerio de Salud	Hospital Cayetano Heredia	
---	-------------	----------------------------	----------------------------------	---

"Decenio de la Igualdad de Oportunidades para Mujeres y Hombres"
"Año del Diálogo y Reconciliación Nacional"

CONSTANCIA

EL PRESIDENTE DEL COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN LA INVESTIGACIÓN DEL HOSPITAL NACIONAL CAYETANO HEREDIA,

CERTIFICA:


Que el Trabajo de Investigación de la REF: "Relación de la calidad de vida y la adherencia al TARGA con las capacidades cognitivas en personas con VIH/SIDA de un Hospital Nacional de Lima". Inscrito con Código 087-018. Presentado por el Sr. Walter Jesús Navarro Juárez Investigador Principal ha sido revisado y APROBADO por este Comité, en sesión de fecha 20 de setiembre del 2018.

Esta aprobación tendrá vigencia hasta el 19 de setiembre del 2019. Los trámites para su renovación deberán iniciarse por lo menos 30 días antes de su vencimiento.

Participaron en la sesión los siguientes miembros:

- Dr. Jorge Luis Hung Yep
- Dr. Juan Carlos Ismodes Aguilar
- Q.F. Mercedes Jacqueline Portocarrero Reátegui
- Dra. Eufemia De Los Angeles Fajardo Larrea
- Bach. Roberto Hugo Sedano Sedano
- Sr. José Leónidas Orcón Bernal

Lima, 20 de setiembre del 2018


**MINISTERIO DE SALUD
HOSPITAL CAYETANO HEREDIA**

Dr. JORGE LUIS HUNG YEP
PRESIDENTE
CMP 14083
COMITÉ INSTITUCIONAL DE ÉTICA EN INVESTIGACION

JLHY/kaa

www.hospitalcayetano.gob.pe

Av. Honorio N° 262
Urb. Ingeniería
San Martín de Porres
Lima 31, PERÚ
Telef.: 482-0402
Anexo 209