

**UNIVERSIDAD PRIVADA SAN JUAN BAUTISTA
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA**



**ASOCIACIÓN ENTRE CAPACIDAD DE
AUTOCUIDADO Y ESTILOS DE VIDA EN PACIENTES
INFECTADOS CON EL VIH EN EL HOSPITAL
NACIONAL DANIEL ALCIDES CARRIÓN EN EL
PERIODO DE SETIEMBRE 2016 A JUNIO 2017**

TESIS

**PRESENTADA POR BACHILLER
LIZETH PAOLA ALVA GONZÁLEZ**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
MÉDICO CIRUJANO**

LIMA – PERÚ

2018

ASESOR

Dr. Joseph Arturo Pinto Oblitas

AGRADECIMIENTO

Al Dr. Joseph Pinto, asesor de tesis quien me supo guiar para la culminación de este trabajo.

A la Dra. María Elena Aguilar Del Águila directora general del Hospital Daniel Alcides Carrión por su buena disposición para la realización de la tesis en ambientes del hospital.

Al Dr. Juan Carlos Castro Vargas, jefe de servicio de Infectología por permitirme aplicar el instrumento de recolección de datos dentro del servicio de infectología del Hospital Daniel Alcides Carrión.

DEDICATORIA

Este trabajo se lo dedico con mucho cariño:

A Dios, por ser mi respaldo eterno.

A mis padres, por el esfuerzo que hacen cada día para dejarme la mejor herencia, mi profesión.

A mi esposo e hija, por ser mi motor y motivo para alcanzar todas mis metas.

RESUMEN

Objetivo: Determinar la asociación entre la capacidad de autocuidado y los estilos de vida en pacientes infectados con VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.

Material y método: Es un estudio analítico y de corte transversal, prospectivo y observacional. Estuvo conformado por una muestra de 100 pacientes infectados con el VIH en el servicio de infectología del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio del 2017. La técnica utilizada fue la entrevista y como instrumento se usó un cuestionario para determinar estilos de vida y capacidad de autocuidado, esto último basado en la escala ASA "Apreciación de la agencia de autocuidado"

Resultados: El 53% de pacientes encuestados fue de sexo femenino y el 55% homosexuales. Además el estudio mostró que el 85% de los pacientes tiene un adecuado autocuidado, evaluados en desarrollo personal, consumo de alimentos, actividad y reposo, bienestar personal e interacción social. Asimismo el 56% practica hábitos de estilo de vida saludables, evaluado en las dimensiones de actividad física y deporte, hábitos alimenticios, tiempo de ocio, sueño y consumo de sustancias psicotrópicas.

Conclusiones: Existe una relación entre la capacidad de autocuidado y los estilos de vida en los pacientes infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

Palabras clave: Capacidad de autocuidado, estilos de vida, VIH.

ABSTRACT

Objective: Determine the relationship between self-care capacity and lifestyles in patients infected with the HIV in Daniel Alcides Carrion National Hospital from September 2016 to June 2017 Lima - Peru.

Material and method: The research is analytical and cross-sectional, prospective and observational. The study consisted of a sample of 100 high-risk patients infected with HIV in Daniel Alcides Carrion National Hospital from September 2016 to June 2017. The technique used was the interview and as an instrument was used a questionnaire to determine lifestyles and capacity for self-care, the latter based on the ASA scale "Appreciation of the self-care agency"

Results: The research determined that 53% of the patients surveyed was female and 55% was homosexual. In addition, the study showed that 85% of patients have an adequate self-care evaluated in personal development, food consumption, activity and rest, personal well-being and social interaction. Likewise, 56% practice healthy lifestyle habits evaluated in the dimensions of physical activity and sports, eating habits, leisure time, sleep and consumption of psychotropic substances.

Conclusions: There is a relationship between self-care capacity and lifestyles in patients infected with the human immunodeficiency virus in the Daniel Alcides Carrion National Hospital.

Keywords: Capacity for self-care, lifestyles, HIV.

PRESENTACIÓN

En el capítulo I se realiza el planteamiento del problema tomando en cuenta que la infección por VIH es una de las enfermedades que más impacto ha causado en la población mundial, generalmente afectando en su mayoría a la población que tradicionalmente ha sido marginada y excluida a causa de sus prácticas o su orientación sexual, constituyendo así un gran problema de salud pública en la actualidad. Asimismo se toma en consideración que el autocuidado es un recurso sanitario fundamental del sistema de atención de salud.

En el capítulo II veremos algunos antecedentes de estudios relacionados a la infección de VIH/SIDA, su relación con el autocuidado y su trascendencia a nivel mundial, además se explica más a fondo esta enfermedad partiendo de las características del virus, diagnóstico de la enfermedad, situación epidemiológica actual y conceptos asociados a la capacidad de agencia de autocuidado. Asimismo se plantean las hipótesis y se definen las variables del estudio.

En el capítulo III se hará referencia a la metodología de la investigación, partiendo por mencionar el tipo y área de estudio, población y muestra y las técnicas y el diseño de recolección de datos obtenidos a través de la técnica encuesta y entrevista, usando un instrumento que nos dará alcances de los hábitos de estilos de vida y la capacidad de autocuidado de los pacientes objeto de estudio.

En el capítulo IV Se analizarán los resultados obtenidos en el desarrollo de la investigación, buscando demostrar la asociación entre la capacidad de autocuidado y los estilos de vida en pacientes infectados con VIH, puesto que la persona que tiene inmunosupresión es muy susceptible a adquirir infecciones oportunistas, por eso es importante que los pacientes infectados

lleven un adecuado estilo de vida, asimismo un paciente con enfermedad crónica tiene requerimientos que sobrepasan los cuidados médicos, ya que precisa de actividades adecuadas para la higiene y la alimentación, así como el apoyo familiar y de su entorno.

En el capítulo V se hará referencia a la conclusión de este trabajo de investigación partiendo de lo obtenido de los resultados, buscando además alternativas que ayuden a mejorar la problemática que involucra esta enfermedad. Como por ejemplo la importancia de que los profesionales de la salud brinden educación sobre como poder convivir con esta enfermedad ya que hasta ahora es incurable. Al volverse parte de la vida cotidiana es importante que la persona conozca y pueda propiciar espacios donde se desarrolle y pueda ejercer su capacidad de autocuidado y estilos de vida saludable.

ÍNDICE

CARÁTULA.....	I
ASESOR.....	II
AGRADECIMIENTO.....	III
DEDICATORIA.....	IV
RESUMEN.....	V
ABSTRACT.....	VI
PRESENTACIÓN.....	VII
ÍNDICE.....	IX
LISTA DE TABLAS.....	XI
LISTA DE ANEXOS.....	XIII
CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	1
1.1 Planteamiento del problema.....	1
1.2 Formulación del problema.....	2
1.3 Justificación.....	3
1.4 Objetivos.....	5
1.4.1 Objetivo general.....	5
1.4.2 Objetivo específico.....	5
1.5 Propósito.....	6
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	7
2.1 Antecedentes bibliográficos.....	7
2.2 Base teórica.....	10
2.3 Hipótesis.....	19

2.4 Variables	20
2.5 Definición operacional de términos	22
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN.....	24
3.1 Tipo de estudio	24
3.2 Área de estudio	24
3.3 Población y muestra	24
3.4 Técnicas e instrumentos de la recolección de datos	26
3.5 Diseño de recolección de datos	26
3.6 Procesamiento y análisis de datos	27
CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	29
4.1 Resultados.....	29
4.2 Discusión	39
CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	42
5.1 Conclusiones	42
5.2 Recomendaciones	43
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	44
ANEXOS.....	48

LISTA DE TABLAS

Tabla N° 01	Sexo y condición sexual de los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú	29
Tabla N° 02	Estilos de vida dimensión actividad física y deporte de los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú	30
Tabla N° 03	Estilos de vida dimensión tiempo de ocio de los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú	30
Tabla N° 04	Estilos de vida dimensión hábitos alimenticios de los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú	31
Tabla N° 05	Estilos de vida dimensión consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú	32
Tabla N° 06	Estilos de vida dimensión sueño en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú	32
Tabla N° 07	Escala para evaluar la capacidad de autocuidado dimensión promoción y desarrollo personal en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú	33
Tabla N° 08	Escala para evaluar la capacidad de autocuidado dimensión consumo de alimentos en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú	34
Tabla N° 09	Escala para evaluar la capacidad de autocuidado dimensión actividad y reposo en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de	34

setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú

Tabla Nº 10	Escala para evaluar la capacidad de autocuidado dimensión bienestar personal en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú	35
Tabla Nº 11	Escala para evaluar la capacidad de autocuidado dimensión interacción social en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú	37
Tabla Nº 12	Tabla de contingencia capacidad de autocuidado*estilos de vida.	37
Tabla Nº 13	Tabla de Prueba de CHI cuadrado	38

LISTA DE ANEXOS

Anexo N°01	Operacionalización de variables	49
Anexo N°02	Instrumentos	50
Anexo N°03	Validez de instrumentos de recolección de datos	54
Anexo N°04	Matriz de consistencia	64

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

La infección por el VIH representa un grave problema de salud pública. El VIH interviene en el sistema inmunológico disminuyendo las defensas. En el año 2017 habían 38.5 millones de infectados a nivel mundial. En el Perú viven alrededor de 70,000 personas con VIH¹.

El SIDA, es causado por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), el cual interviene en el sistema inmune disminuyendo las defensas, lo que ocasiona más adelante las infecciones oportunistas o la aparición de tumores².

Se puede definir al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), como una patología de carácter infeccioso y contagioso con alta tasa de mortalidad, que causa deterioro peligroso, creciente y definitivo del sistema inmune del paciente, que lo predispone patologías infecciosas graves por microorganismos oportunistas y/o al desarrollo de neoplasias³.

Por la trascendencia de esta enfermedad y la afectación del sistema inmunológico del paciente, es importante que estos tengan un buen estilo de vida. Cualquier individuo con una patología crónica, tienen necesidades que no se limitan al aspecto médico, se necesitan de cuidados en cuanto a higiene y alimentación así como el apoyo de su entorno. Por ende es importante que los profesionales sanitarios proporcionen información sobre cómo se puede convivir con esta

enfermedad. Al ser parte de su día a día es importante que el paciente conozca y pueda ejercer su capacidad de autocuidado.

El autocuidado es una acción que se aprende. Es un comportamiento que aparece sobre escenarios específicos de la vida, guiado por los individuos sobre sí mismos o en relación a su medio, para controlar los hechos que intervengan en su desarrollo a favor de su vida, salud o bienestar⁴.

El proceso de autocuidado y el conocimiento que la gente tenga sobre su condición de salud, es de suma importancia, ya que las personas que se consideran sanas, no practican conductas que favorezca la salud y el bienestar⁴.

El presente estudio se llevó a cabo en el HNDAC en el periodo de Setiembre 2016 a Junio 2017, debido a que en este nosocomio se realizan estrategias de salud en pacientes de alto riesgo de enfermedades de transmisión sexual. Empleando como herramienta una encuesta, se tomaron en cuenta las medidas de autocuidado que tienen los pacientes infectados con VIH/SIDA, con el fin de obtener valiosa información que más adelante pueda contribuir a elaborar estrategias de salud pública.

1.2 FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

1.2.1 PROBLEMA GENERAL

¿Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y los estilos de vida en pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú?

1.2.2 PROBLEMAS ESPECÍFICOS

- ¿Existe asociación entre las características sociales y la capacidad de autocuidado en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú?
- ¿Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según recreación, sueño, descanso y relaciones interpersonales, en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú?
- ¿Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según hábitos alimenticios, actividad física y deporte, consumo de tabaco y otras drogas, en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú?

1.3 JUSTIFICACIÓN

El VIH/SIDA representa un alarmante riesgo para la salud en todo el mundo, con datos epidemiológicos cambiantes, se calcula que en el año 2016 ya eran 36.7 millones de humanos infectados por el VIH en todo el mundo, y al 2017 ya existen 1.8 millones de nuevas infecciones⁵.

Se considera que, a nivel mundial, el 0.8% de la población adulta entre los 16 y los 50 años de edad, son portadores, aunque, la morbilidad cambia marcadamente entre países y regiones⁶.

La zona más perjudicada es África subsahariana, con una prevalencia de VIH en adultos de 4.7%, representando el 70.8% del total de población seropositiva a nivel mundial, siendo mujeres el 51.6% en este territorio. Seguido por el Caribe y el oriente de Europa - Asia, pues en el 2012, el 1% y el 0.7% de los adultos respectivamente, tenía el virus de inmuno – deficiencia humana⁶.

La epidemia de VIH en homosexuales hombres se está propagando en muchos territorios con diferente nivel socioeconómico, y está caracterizada por una elevada carga de enfermedad por este virus y una significativa tasa de enfermedades de transmisión sexual. La alta carga de enfermedad por VIH en homosexuales hombres se manifiesta de forma contundente por la gran posibilidad de contagio del VIH por la actividad sexual y por las diferentes parejas, en el coito anal. La prevalencia del VIH entre homosexuales en grandes ciudades es considerablemente más alta, siendo en promedio 13 veces más alta frente a la de la población general⁷.

En Latinoamérica, en los últimos años, diferentes investigaciones han reportado una prevalencia del VIH aproximada de 10% entre los homosexuales. Una de las razones que manifiesta la constancia de la endemia en ellos es que el uso constante del preservativo es deficiente^{6,7}.

Las relaciones casuales son también actos que conllevan a la propagación de la epidemia en homosexuales hombres. Si el sexo anal sin barrera de protección se diera en relaciones estables, en vez que se de en encuentros con parejas ocasionales, la prevalencia del VIH disminuiría ampliamente. Muchos estudios afirman que los homosexuales son un grupo poblacional importante con relación a la

pandemia, lo que se ve reflejado en la inserción de diferentes estrategias nacionales en más de 146 países⁸.

Según la dirección general de epidemiología del Perú la prevalencia estimada de VIH en mujeres embarazadas es de 0.23% y en homosexuales hombres y transexuales es de 12.4%. Esta epidemia tiene mayor incidencia en áreas urbanas de las regiones de la costa y selva. La primera vía de contagio es el contacto sexual 97%, de madre a hijo 2% y por uso de jeringas contaminadas 1%⁹.

Se observó que el 77% pacientes diagnosticados con el VIH son varones. La relación varón/mujer es de 3/1. La mayor cantidad de casos informados son varones entre los 24 y 39 años de edad, la mediana de edad de esta enfermedad es de 31 años, por lo cual es probable que la mitad de los individuos tengan exposición al VIH antes de cumplir los 31 años de edad⁹.

1.4 OBJETIVOS

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar la asociación entre la capacidad de autocuidado y los estilos de vida en pacientes infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.

1.4.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Determinar la asociación entre las características sociales y la capacidad de autocuidado en los pacientes infectados

con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.

- Identificar la asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según recreación, sueño, descanso y relaciones interpersonales, en los pacientes infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.
- Establecer la asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según hábitos alimenticios, actividad física y deporte, consumo de tabaco y otras drogas, en los pacientes infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.

1.5 PROPÓSITO

El presente trabajo de investigación brinda información valiosa acerca de la capacidad de autocuidado de los pacientes de alto riesgo infectados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de Setiembre 2016 a Junio 2017 con la finalidad de buscar estrategias preventivas que paren esta creciente problemática de salud pública y así mismo, concientizar e informar correctamente a la población en general con respecto a conductas que perjudiquen la salud de la población.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.2 ANTECEDENTES BIBLIOGRÁFICOS

2.1.1. ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Como referencia a la problemática ya antes mencionada se puede nombrar el estudio realizado por Teva et al (2012) en la Universidad de Granada (España), titulado Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI; este estudio fue descriptivo observacional, mostró que República Dominicana, Panamá, El Salvador y Honduras son los países con prevalencia más elevada. Colombia se localiza en primer lugar en cuanto al número de hombres jóvenes con VIH/SIDA y ocupa el segundo lugar en porcentaje de niños. Costa Rica es el segundo país en porcentaje de hombres jóvenes y adultos varones infectados con VIH/SIDA. Paraguay ocupa el segundo lugar entre los niños con VIH/SIDA y es el tercer país en hombres jóvenes que viven con VIH/SIDA. República Dominicana ocupa la primera posición en el porcentaje de mujeres jóvenes y adultas que viven con VIH/SIDA. El modo de transmisión principal en todos los países de América Latina es la relación sexual de cualquier indole¹⁰.

Siguiendo la misma línea, se puede mencionar el estudio realizado por García et al en Cuba (2012), titulado Conocimiento sobre VIH/SIDA en pacientes atendidos por ITS; un estudio descriptivo que incluyó a 116 enfermos. Como resultado primaron las edades entre 15 y 45 años, el estado civil soltero, el nivel de escolaridad universitario y se observó que la mayoría trabajaba. Se confrontaron temas deficientes como: vías de trasmisión y

prevención, también se demostró que no se utilizan vías positivas de comunicación con el personal de salud¹¹.

Por otro lado, se puede mencionar la investigación hecha por Pavía et al en México (2012), titulado Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México; un estudio descriptivo que tuvo una muestra de 276 familias, cuyos resultados mostraron que del total, 301 fueron mujeres y 251 hombres, con grado de instrucción mínimo o analfabetos 42.5%/47.8% (mujeres/varones). El medio por el cual escucharon sobre el VIH fue la radio. El uso del preservativo como método preventivo para VIH fue de sólo 3% y 5.5% en mujeres y varones, respectivamente. El 69.3%/75.5% (mujeres/varones) referían tener una sola pareja sexual por lo que no se suponían en riesgo de contagiarse de la enfermedad; del total de 115 mujeres y 168 hombres, 7 mujeres y 22 hombres tuvieron relaciones sexuales; 2 mujeres y 17 hombres estuvieron alertados de la probabilidad de contagio¹².

En un estudio realizado por Manosalva et al en Bogotá (2007), llamado Capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA en una fundación de Bogotá en el periodo comprendido entre agosto y noviembre de 2007; estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 50 pacientes, obtuvo como resultados que la población con VIH/SIDA en general cuentan con una capacidad de agencia de autocuidado media con 48%, alta con 40% y baja con 12%¹³.

Otro estudio relevante es el realizado por Viviana Bermúdez-Román en la Universidad de Antioquia. Medellín, Colombia, en el 2012. Titulado Relación médico – paciente: impacto en las

campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín; estudio que buscaba entender el papel de los expertos en salud, en la aceptación de actividades de promoción de la salud y prevención del VIH. Se interrogaron a 13 individuos, en dos etapas; teniendo como resultados que los participantes dan importancia a la función que cumple el personal de salud, en cuanto a tener hábitos y estilos de vida saludables para llevar apropiadamente su condición; también, se entendió la función de las personas ya infectadas en la promoción de conductas sexuales que disminuyan el riesgo de adquirir la infección¹⁴.

En el estudio realizado por Guerrero Gómez en Colombia (2012), titulado Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales riesgosas ante el VIH/SIDA en población privada de la libertad; estudio transversal que los presos presentaban mayor factor de riesgo comparado a otras personas frente al VIH/SIDA, dado por: conductas sexuales de riesgo, ignorancia sobre los mecanismos de transmisión del virus, entre otros. El estudio tuvo como resultado que de los 272 presos entrevistados, el 99.6% escuchó sobre el VIH/SIDA, y de estos solo el 2.95% puede identificar medidas de prevención del contagio del VIH; así mismo, el 37.4% ha tenido nivel alto de prácticas sexuales riesgosas¹⁵.

2.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

Un estudio sobre autocuidado lo realizó Suarez Rodríguez en el hospital de Huaycán Lima (2015), titulado Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con TBC pulmonar en el Hospital de Huaycán, Lima, 2015; un estudio de diseño correlacional y transversal y con una muestra de 68 pacientes con TBC, en el que para la recolección de datos

utilizaron la escala de autoestima de Rosemberg y la escala ASA para determinar capacidad de autocuidado de Isenberg y Evers. Se observó que existe asociación significativa entre la autoestima y la capacidad de autocuidado¹⁶.

El estudio realizado por Rodríguez et al en Trujillo (2013), titulado Apoyo familiar y nivel de autocuidado del adulto con VIH en el Hospital Regional Docente de Trujillo, estudio aplicativo de corte transversal, obtuvo como resultados el 51.3% de personas con VIH poseen un regular nivel, el 26.9% un buen nivel y el 21.8% deficiente nivel de autocuidado, la analogía del nivel de autocuidado y el apoyo familiar, se observó un regular nivel de autocuidado en 61% asociado un moderado grado de apoyo familiar, seguido de un buen nivel de autocuidado con un 50% asociado a un alto grado de apoyo familiar, y un 40% deficiente nivel de autocuidado en relación a un bajo grado de apoyo familiar¹⁷.

2.2 BASE TEÓRICA

2.2.1. ANTECEDENTES HISTORICOS

En la década de 1970, se empezó a detectar en varios países, casos aislados de una enfermedad rara, todos ellos con un denominador común: infección por el hongo conocido como *Cándida albicans* en órganos como boca y esófago, relacionada a erupciones cutáneas en distintas partes del cuerpo que se asociaban a un tipo agresivo de sarcoma de Kaposi, neumonía por *Pneumocystis carinii* y en pocos casos, daño neurológico y supresión del sistema inmunitario que no se podían explicar¹⁸.

Un reporte más estructurado de esta enfermedad, se realizó el 5 de junio de 1981, en la Facultad de Medicina de la Universidad de California, en la que se publicaron cinco casos de jóvenes homosexuales estudiados en tres hospitales diferentes de Los Ángeles, que presentaban neumonía por *Pneumocystis carinii*. Lo común entre estos jóvenes, fue que su sistema inmunológico estaba deprimido o casi desaparecido y sin razón aparente que justificara esta deficiencia. Además, no se conocían, no se hablaba de patologías afines entre sus parejas sexuales¹⁹.

En el Perú, el primer caso reportado del llamado ya, síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) fue en 1983; aproximadamente dos años después que surgiera en los Estados Unidos. Las características clínicas que se presentaban en dicha enfermedad, a consecuencia de la destrucción de la inmunidad natural de los seres humanos, fueron prolongadas fiebres nocturnas, diarreas crónicas, desfiguración de la piel, neumonías fulminantes y, sobretodo, no tenían cura y mataba rápidamente⁸.

El VIH es un lentivirus, de la familia Retroviridae, que puede causar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). El virión tiene forma esférica, posee una cubierta y una cápside de naturaleza proteica. Su base genética está formada por una cadena de ARN que se duplica transitoriamente a ADN para luego multiplicarse e integrarse en el genoma de la célula huésped. Los antígenos de característica proteica de la capa externa se ensamblan de forma determinada con

proteínas de la membrana de los linfocitos T CD4 mayormente²⁰.

Por otro lado, para el diagnóstico de la infección por este retrovirus humano se utilizan exámenes de laboratorio. Dentro de ellos figuran las pruebas directas, que facilitan el diagnóstico temprano de la patología, ya que detectan al del virus o sus componentes incluso previamente a la respuesta de anticuerpos sobre ellos, sin embargo estas pruebas son muy caras. También se desarrollaron pruebas indirectas, que detectan la respuesta inmune del paciente y se basan en la localización de anticuerpos en el suero sanguíneo. La presencia de anticuerpos anti – VIH determina la condición actual del paciente²¹.

2.2.2. SÍNDROME DE INMUNO DEFICIENCIA ADQUIRIDA

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), es una patología infecto contagiosa y transmisible con una alta tasa de mortalidad, que se caracteriza por generar un deterioro grave, progresivo e irreversible de la inmunidad de las personas, que los predispone a infecciones complicadas por microorganismos oportunistas y/o al desarrollo de neoplasia²².

Es conocido que el contagio aumenta por comportamientos sexuales riesgosos, como por ejemplo relaciones sexuales (RS) sin el uso de un método de barrera, RS con trabajadoras sexuales o muchas parejas sexuales. Estudios en homosexuales hombres efectuados en Europa y América del Norte anuncian que iniciado el tratamiento anti retroviral de gran actividad, hay disminución de la carga viral a niveles

indetectables y mejoría de los síntomas; aunque también se observó aumento de comportamientos sexuales de alto riesgo²³.

En la última década en el Ministerio de Salud ha promovido facilidades para un diagnóstico precoz, el correcto uso de los métodos de barrera y la información sobre el contagio, como medios de prevención para evitar el contagio con el VIH. Esto den base a estrategias internacionales que promueven un cambio de comportamiento en el individuo y colocarlo en situación vulnerable frente a la enfermedad, con el propósito de que tome acciones y decisiones correctas para evitar el contagio²⁴.

2.2.3. VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA

El VIH es un virus de la familia *Retroviridae*, subfamilia *Lentivirinae*. Se conocen dos tipos de este virus con diferencia genética: VIH-1 y VIH-2, aunque comparten algunos antígenos que solo son determinados por técnicas específicas. Tiene forma esférica de 100 – 200 nm de diámetro, con una nucleocápside en forma de cono, cubierta por una doble capa lipídica proveniente de la membrana celular del huésped²⁰.

2.2.4. DIAGNÓSTICO DEL VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA

Hacia el año 1999 en Estados Unidos se sugirió, la introducción de información de casos individuales en las fuentes de vigilancia del VIH. Asegurando el carácter confidencial de la información relativa al paciente durante este proceso de reporte¹⁹.

El diagnóstico se efectúa por técnicas basadas en la localización de anticuerpos anti VIH 1 y 2 en el suero de pacientes infectados con el virus. El avance tecnológico nos permite usar varias técnicas, con gran disminución del período de ventana serológica.

El SIDA compone la última etapa de la enfermedad por VIH. En esta etapa de la patología, el paciente tiene un sistema inmune que seguramente será incompetente para restaurar los linfocitos T CD4+ que se pierden por la agresión del VIH. De esta forma, el paciente infectado es propenso a adquirir múltiples infecciones oportunistas que lo pueden matar, como por ejemplo: la neumonía por *P. jiroveci*, el sarcoma de Kaposi, TBC, infección por *Candida Albicans* y por CMV²⁵.

El número de linfocitos CD4+ se usa para dividir en estadios la infección por VIH y para determinar qué tan vulnerable se es a determinadas infecciones oportunistas y la necesidad de profilaxis primaria de las mismas, para evaluar la respuesta inmunológica del paciente y la eventual discontinuación de las profilaxis. Una vez establecido el tratamiento antirretroviral, el crecimiento de la cantidad de CD4+ es lento pero firme conforme pasa el tiempo. No se posee mucha información que defina cuál es la respuesta inmunológica adecuada²¹.

En algunos pacientes muy inmunocomprometidos no sucede el deseado incremento de linfocitos CD4+ y esto pese a una correcta desaparición virológica. En aquellos pacientes que no presentan síntomas y que no reciben TAR conviene controlar el conteo de CD4+ cada 3-6 meses, si se presentara algún evento que amerite dar tratamiento, debe repetirse en 1 mes. Una vez

iniciado el TAR, se determinara al mes y a continuación cada 3-6 meses o cuando haya cambios en la clínica del paciente²².

El monitoreo puede ser más alejado (hasta 1 año) en ciertos pacientes que estén estables clínicamente, con CVP (carga viral plasmática) disminuida y conteo de linfocitos CD4+ periódicamente mayores a 500 células/ μ L. Es preciso estipular la CVP antes de iniciar el tratamiento. La CVP disminuye con rapidez luego de iniciado el tratamiento antirretroviral. El objetivo de la disminución de la CVP es lograr cantidades menores a 20-50 copias/mL, puesto que se ha observado que por debajo de estas cantidades no hay mutaciones de resistencia y el tiempo que dura la respuesta del virus es mayor que con cantidades entre 50 y 500 copias/ML²⁶.

Respuesta virológica: CVP por debajo de las 50 copias/mL tras 16- 24 semanas de iniciado el tratamiento.

Fracaso virológico: En estos dos contextos: a) CVP detectable tras 24 semanas del inicio del tratamiento antirretroviral; b) si luego de lograr la indetectabilidad de la CVP, ésta vuelve a aumentar a >50 copias/ml en dos controles consecutivos (distanciados por 2-4 semanas)²⁷.

2.2.5. SITUACIÓN EPIDEMIOLÓGICA

ONUSIDA reportó en el 2011, que el aumento de la pandemia de SIDA se ha detenido y que la suma de nuevos casos ha decrecido, de igual manera la mortalidad relacionada con esta enfermedad, esto se debe a las mejoras con respecto al aumento de la accesibilidad al tratamiento en los últimos años.

El reporte global de la pandemia en el 2010, menciona lo siguiente²⁸:

- Hay 34 millones de portadores de VIH en el mundo.
- 5.9 millones son mujeres y 2.5 millones tienen menos de 15 años.
- Millones han muerto por enfermedades relacionadas con el SIDA.

En nuestro país, la prevalencia considerada de VIH en mujeres embarazadas es de 0.23% y en homosexuales es de 10.3%. También se menciona que aproximadamente el 70% de todos los casos son de la ciudad de Lima y el Callao²⁴.

El suministro de TARGA para estos pacientes, es objetivo principal del Ministerio de Salud; el cual se brinda totalmente gratis a partir del año 2004. A partir el 2006, ministerio de salud invierte en su totalidad para el tratamiento de los adultos, mientras que el de los niños se lo proporciona el Seguro Integral de Salud desde el 2004²⁴.

Así mismo, es de vital importancia señalar que por el año 2006 se introdujeron las pruebas rápidas de VIH al país y éstas se manejaron como estrategia para la detección oportuna de VIH en mujeres embarazadas. Además en el 2008 se realizaron las campañas masivas de detección de VIH en mujeres en edad fértil, y a la vez el Ministerio de Salud mejoró el acceso oportuno al diagnóstico a las poblaciones más expuestas como homosexuales y trabajadoras/es sexuales²⁹.

Es por ello que se promueve la detección oportuna mediante tamizajes, como una buena estrategia de prevención y control para el VIH destinada en su mayoría a la población varonil²⁴.

Se determinó que en nuestro país, el 50% de las personas que tienen el VIH desconocen su condición, originando que sin la guía correcta, ni el conocimiento adecuado se siga propagando la enfermedad y aplazando la oportunidad para acceder a un tratamiento adecuado⁶.

El número de personas que viven con el VIH también han disminuido ligeramente desde inicios del 2000. El mayor acceso al tratamiento anti - retrovírico ha logrado a una disminución importante en la mortalidad asociada con el SIDA.

2.2.6. AUTOCUIDADO EN LA INFECCIÓN DE VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA

El autocuidado es una actividad aprendida por el ser humano y encaminada hacia una meta. Es un comportamiento que suele aparecer en algunas circunstancias de la vida y que la persona encamina hacia el mismo o hacia su medio para controlar factores que intervienen en favor de su vida⁴.

Se define como el grupo de actividades con intención que hace el individuo para dirigir circunstancias internas y externas que pueden afectar su vida y desarrollo. Por lo tanto el autocuidado es una actividad realizada por el individuo para sí mismo⁴.

A partir de esto se infiere que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y esto lo vamos aprendiendo a lo largo de nuestra existencia, mediante relaciones interpersonales, por tal motivo,

muchas veces tenemos prácticas de autocuidado que han sido aprendidas en el seno familiar y el entorno que nos rodea⁴.

2.2.7. TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL

El objetivo del tratamiento es disminuir la carga viral a niveles indetectables. Generalmente, este límite constituye la carga viral por debajo de 50 copias por ml de sangre, aunque existen pruebas ultrasensibles que miden por debajo de 20 copias/ml³⁰.

2.3 HIPÓTESIS

2.3.1. HIPÓTESIS GENERAL

Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y los estilos de vida en pacientes infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.

2.3.2. HIPÓTESIS SECUNDARIA

- Existe asociación entre las características sociales y la capacidad de autocuidado en los pacientes infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.
- Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según recreación, sueño, descanso y relaciones interpersonales, en los pacientes infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.
- Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según hábitos alimenticios, actividad física y deporte, consumo de tabaco y otras drogas, en los pacientes infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.

2.4 VARIABLES

2.4.1. VARIABLE DEPENDIENTE

Estilos de vida de los pacientes infectados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de Setiembre 2016 a Junio 2017.

2.4.1.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Es una forma de vivir basada en la relación entre las condiciones de vida y los patrones de comportamiento de cada individuo influido por factores sociales, culturales y personales.

2.4.1.2. CATEGORIAS

- Actividad física y deporte
- Tiempo de ocio
- Hábitos alimenticios
- Consumo de sustancias Psicoactivas
- Sueño

2.4.1.3. INDICADORES

- Tipos de deporte
- Número de horas de deporte
- Interacción con la familia
- Consumo de agua por día
- Consumo de grasas
- Consumo de cigarrillos
- Consumo de licor
- Número de horas de sueño

2.4.2. VARIABLE INDEPENDIENTE

Capacidad de autocuidado de los pacientes infectados con VIH/SIDA en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de Setiembre 2016 a Junio 2017.

2.4.2.1. DEFINICIÓN CONCEPTUAL

Habilidad que tienen las personas de alto riesgo infectados con VIH para adoptar una conducta de vida respecto a su enfermedad y que influye directamente sobre ellos mismos, y así decidir que actitudes tomar para sobrellevar la enfermedad a favor de su vida.

2.4.2.2. CATEGORIAS

- Salud mental
- Hábitos de vida saludable
- Salud sexual

2.4.2.3. INDICADORES

- Manejo de estrés
- Sueño y descanso
- Relaciones interpersonales
- Alimentación
- Actividad física
- Responsabilidad sexual
- Control de salud preventivo

2.5 DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

- **FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS:**

Son particularidades de las personas como el género y el medio familiar. El género está denotado como sexo masculino y femenino. El medio familiar para objetivo de este estudio se refiere al apoyo familiar para la prevención y como ayuda para sobrellevar esta.

- **VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA:**

El VIH es un lentivirus de la familia Retroviridae, que causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Posee una fase de incubación prolongada que llega a ser patología luego de algunos años²⁰.

- **CAPACIDADES DE AUTOCUIDADO PARA LA PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA:**

Habilidad que tienen los las personas infectados con VIH para investigar sobre lo que es, su causa, vías de trasmisión y prevención, así como deliberar, considerar y decidir con respecto a la prevención de esta enfermedad.

- **SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA:**

El SIDA es la etapa más avanzada de la patología ocasionada por el VIH. En este período de la patología, el enfermo tiene la inmunidad tan disminuida, que es incompetente de restablecer las células de defensa (linfocitos T CD4+) que perdió a causa del

virus. En esta etapa, el enfermo es propenso a múltiples infecciones oportunistas que lo podrían matar, por ejemplo: la neumonía por *Pneumocystis jirovecii*, el sarcoma de Kaposi, TBC la infección por *Cándida albicans* y por CMV son parte de las patologías oportunistas más comunes que aquejan a los pacientes que han llegado a esta etapa³.

- **INMUNODEFICIENCIA:**

Estado patológico en el que el sistema inmunitario no cumple con su rol protector ocasionando que el organismo sea vulnerable a una infección.

CAPÍTULO III: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

3.1 TIPO DE ESTUDIO

El estudio es analítico pues asoció las variables de autocuidado y estilo de vida. Según la dirección temporal el estudio es transversal pues se evalúa la capacidad de autocuidado y los estilos de vida de los pacientes encuestados en un momento del tiempo usando una encuesta para obtener la información deseada.

Es de tipo prospectivo pues la encuesta nos permitió recoger los datos a la medida que estos van sucediendo; y es de tipo observacional pues nos limitamos a observar, medir y analizar las variables autocuidado y estilos de vida de los pacientes con VIH, sin ejercer un control directo de la intervención.

3.2 ÁREA DE ESTUDIO

La presente tesis se desarrolló en el HNDAC, en el servicio de infectología. La tesis está enmarcada en la salud pública, en particular en los pacientes que acuden al nosocomio. Además, se utilizaron métodos estadísticos para comprobar la relación entre la capacidad de autocuidado y estilos de vida.

3.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

3.3.1 POBLACIÓN

Todas las personas infectadas con el VIH que se atendieron en el HNDAC en el periodo de Setiembre 2016 a Junio 2017, siendo estos, 135 pacientes.

3.3.2 MUESTRA

El tamaño de la muestra se determinó a través de la fórmula para poblaciones finitas que forman el número de unidades muestrales en el estudio.

$$n = \frac{Z^2 \text{pe. qe}}{E^2}$$

$$\text{Si } \frac{n}{N} > 0.10$$

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

Dónde:

n: Muestra que está sujeta a estudio.

Z²: 1.96 (coeficiente de confianza 95%).

pe: 0.5 (probabilidad de ocurrencia).

qe: 0.5 (probabilidad de no ocurrencia).

E²: 0.05 (probabilidad de error debido al muestreo que estima en un 5%).

N: 135 (tamaño de la población accesible).

Reemplazando:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5)}{(0.05)^2}$$

$$n = 384$$

Muestra final:

$$n = 384 / (1 + 384/135) = 100$$

En el presente estudio se tendrá como muestra a 100 pacientes infectados con el virus de inmunodeficiencia humana en el HNDAC en el periodo de Setiembre 2016 a Junio 2017.

3.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

3.4.1 TÉCNICAS

Para el estudio se utilizó la técnica toma la encuesta y entrevista.

3.4.2 INSTRUMENTOS

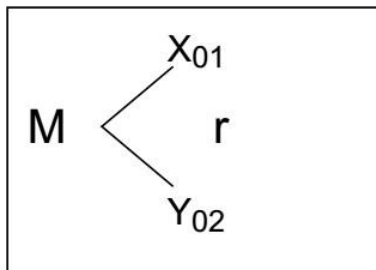
Documento o consentimiento que autorice realizar un cuestionario con fines de investigación dirigido a la población en estudio. Así mismo el cuestionario referido a estilos de vida tomando en consideración dimensiones como hábitos alimenticios, actividad física, sueño, consumo de sustancias y hábitos de ocio; y la escala ASA "Apreciación de la agencia de autocuidado", esta encuesta originalmente fue creada por Evers e Isenberg en el año 1983. Para este estudio se tomaron 22 de las 24 preguntas tipo Likert: 1 significa el valor más bajo de capacidad de autocuidado y el 5 el más alto y están compuestas por cinco dimensiones: interacción social (2 preguntas), bienestar personal (11 preguntas), actividad y reposo (5 preguntas), alimentación (1 pregunta) y promoción del desarrollo personal (3 preguntas).

3.4.3 FUENTES

Se realizó el uso de una fuente primaria, consistida en la entrevista aplicada al paciente, en este caso los pacientes de alto riesgo VIH positivos en el Servicio de Infectología en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.

3.5 DISEÑO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Es un estudio de carácter analítico, transversal, correlacionando dos variables.



M: Muestra de los pacientes.

X1: Capacidad de autocuidado en pacientes infectados con el VIH

Y2: estilos de vida en pacientes infectados con el VIH

r : Relación entre la capacidad de autocuidado y estilos de vida en pacientes infectados con el VIH.

3.6 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

La presente tesis es de carácter analítico, que busca la asociación de la capacidad del autocuidado y los estilos de vida en estos pacientes. Primero se obtuvo el permiso correspondiente del jefe del Servicio de infectología en el HNDAC. Se procedió con la validación del instrumento. Se procedió a aplicar el instrumento definitivo.

El procesamiento de toda la información fue realizado a través del programa Excel, los datos recolectados fueron trasladados a una base de datos. Una vez llevados los datos fueron procesados para determinar la frecuencia absoluta, porcentual y los percentiles según sea el caso de estos; en cuanto a la variable estilos de vida, toda respuesta favorable (si) tenía un punto y la respuesta desfavorable (no) tenía 0 puntos, se obtuvo el promedio de las respuestas favorables de cada uno de los encuestados y se calculó el porcentaje total, calificando a los pacientes, de acuerdo a sus respuestas, en estilo de vida saludable y estilo de vida no saludable. Para analizar los datos obtenidos de la encuesta de capacidad de autocuidado, se

procedió a hallar la mediana y los percentiles 25 y 75 respecto a cada pregunta, de acuerdo a la puntuación de 1 a 5 en la encuesta tipo Likert que señaló cada encuestado; además se consideró como práctica de autocuidado adecuado a aquellos pacientes que tengan en promedio una calificación mayor o igual a 2.5 en el total de sus respuestas y se consideró autocuidado inadecuado a aquellos que en promedio tengan una calificación menor a 2.5 en toda la encuesta. En base a estos resultados se elaboró las tablas estadísticas objeto a realizar el análisis.

Para la prueba de hipótesis se aplicó la prueba de independencia conocida como Chi cuadrado, para demostrar que nuestras variables son dependientes y se relacionan. Se propuso la hipótesis nula y la hipótesis alternativa y para especificar la significación de la prueba se tomó el % de error en 5%.

CAPÍTULO IV: ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

4.1 RESULTADOS

La presente tesis aplicando la encuesta mostró los siguientes resultados:

CARACTERÍSTICAS GENERALES:

Tabla N° 01: Sexo y condición sexual de los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Indicador	n	%
Femenino	53	53
Masculino	47	47
Heterosexual	45	45
Homosexual	55	55

Fuente: Encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N° 01 muestra que del total de 100 encuestados, se pudo determinar respecto al sexo, que el 53% corresponden al sexo femenino y el 47% corresponden al sexo masculino, además se pudo determinar respecto a su condición sexual que el 55% corresponden a homosexuales y el 45% son heterosexuales.

ESTILOS DE VIDA

A. ACTIVIDAD FÍSICA Y DEPORTE

Tabla N° 02: Estilos de vida dimensión actividad física y deporte de los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Indicador		n	%
Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte	Si	30	30
	No	70	70
Número de horas de deporte al día	0 a 1	09	30
	2	11	36,7
	3 a más	10	33,3

Fuente: Encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N° 02 nos muestra que del total de 100 encuestados solo el 30% realiza ejercicio, camina, trota o juega algún deporte, de los cuales, el 30% de ellos refieren realizar actividad física hasta 1 hora al día, el 36,7% 2 horas y el 33,3% realiza de 3 a más horas de actividad física al día.

B. TIEMPO DE OCIO

Tabla N° 03: Estilos de vida dimensión tiempo de ocio de los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Indicador		n	%
Incluye momentos de descanso en su rutina diaria	Si	85	85
	No	15	15
Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre	Si	49	49
	No	51	51
En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, Si		69	69

leer, pasear)	No	31	31
---------------	----	----	----

Fuente: Encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N° 03 señala que del total de 100 encuestados, el 85% de ellos incluye momentos de descanso en su rutina diaria, el 51% no comparte con familia o amigos durante su tiempo libre y el 69% realiza actividades de recreación durante este.

C. HÁBITOS ALIMENTICIOS

Tabla N° 04: Estilos de vida dimensión hábitos alimenticios de los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Indicador		n	%
Consumo entre cuatro y ocho vasos de agua al día	Si	74	74
	No	26	26
Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína	Si	82	82
	No	18	18
Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)	Si	45	45
	No	55	55
Evita el consumo comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)	Si	10	10
	No	90	90

Fuente: Encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N° 04 muestra que del total de 100 encuestados, con respecto a hábitos alimenticios el 74% consume de 1 a 2L de agua al día, el 82% refiere incluir en su alimentación vegetales, frutas, carnes, lácteos, etc., el 55% refiere no limitar su consumo de grasas como mantequilla, mayonesa o frituras y el 90% acepta consumir comida rápida con frecuencia.

D. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Tabla N° 05: Estilos de vida dimensión consumo de sustancias psicoactivas en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Indicador		n	%
Fuma cigarrillo o tabaco	Si	20	20
	No	80	80
Consume licor al menos dos veces en la semana	Si	52	52
	No	48	48
Consume sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, éxtasis, entre otras)	Si	18	18
	No	82	82

Fuente: Encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N° 05 nos muestra que del total de 100 pacientes encuestados el 80% no consume tabaco, mientras que el 52% afirma consumo de alcohol con frecuencia y solo el 18% refiere consumo de alguna sustancia psicoactiva.

E. SUEÑO

Tabla N° 06: Estilos de vida dimensión sueño en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú

Indicador		n	%
Duerme al menos 8 horas diarias	Si	75	75
	No	25	25
Duerme bien y se levanta descansado	Si	48	48
	No	52	52

Fuente: Encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N° 06 señala que del total de 100 encuestados el 75% afirma dormir por lo menos 8 horas diarias, aunque solo el 48% refiere dormir bien y levantarse descansado.

CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO:

A. PROMOCIÓN Y DESARROLLO PERSONAL

Tabla N° 07: Escala para evaluar la capacidad de autocuidado dimensión promoción y desarrollo personal en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Indicador	Mediana	P25	P75
Según cambien las circunstancias, ¿Hago ajustes para mantenerme con salud?	3	2	4
¿Tengo la capacidad de manejar las situaciones para mantenerme tal como soy?	2	2	3
¿Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros?	3	1.25	4

Fuente: Encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N° 07 señala que del total de cien encuestados se obtuvieron los siguientes resultados relacionados a la agencia de autocuidado, en la dimensión de promoción y desarrollo personal se puede inferir que la mitad de ellos hace ajustes para mantenerse con salud, según cambien las circunstancias obteniéndose una mediana de 3 (de una escala del 1 al 5), con una mediana de 2 se menciona que pocos pacientes tienen la capacidad de manejar situaciones para mantenerse tal cual son y la mitad de los pacientes toma medidas para asegurar a su familia y a ellos mismos.

B. CONSUMO DE ALIMENTOS

Tabla N° 08: Escala para evaluar la capacidad de autocuidado dimensión consumo de alimentos en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Indicador	Mediana	P25	P75
¿Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y mantengo un peso adecuado?	2	2	3

Fuente: Encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N° 08 nos muestra que en la dimensión de consumo de alimentos se puede inferir que la menor parte de los participantes refiere tener una alimentación adecuada con un P50 de 2.

C. ACTIVIDAD Y REPOSO

Tabla N° 09: Escala para evaluar la capacidad de autocuidado dimensión actividad y reposo en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Indicador	Mediana	P25	P75
¿Hago cambios o ajustes si tengo problemas para movilizarme?	3	3	4
¿Tengo la energía para cuidarme cómo debo?	3	2	4
¿Hago ejercicio y descanso un poco durante del día?	2	2	3
¿Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado?	4	3	4
En mis actividades diarias, ¿saco tiempo para cuidarme?	3	2	4

Fuente: Encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N° 09 nos muestra que en la dimensión de actividad y reposo se obtuvo que de los 100 encuestados la mitad hace cambios si tuvieran algún problema para movilizarse con una mediana de 3 e igualmente solo la mitad refiere tener la energía necesaria para cuidarse como debe con una mediana total de 3, una minoría refiere realizar ejercicio y descansar durante el día mostrando una mediana de 2. Con una mediana de 4 los participantes refieren dormir lo suficiente para sentirse descansados y solo la mitad de ellos tienen tiempo para cuidarse con una mediana de 3.

D. BIENESTAR PERSONAL

Tabla N° 10: Escala para evaluar la capacidad de autocuidado dimensión bienestar personal en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Indicador	Mediana	P25	P75
¿Hago lo necesario para mantener limpio mí alrededor?	4	3	4
Si es necesario, ¿pongo en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud?	3	2	4
Verifico si las formas habituales de mantenerme con	3	2	4

salud son buenas.			
¿Busco mejores formas de cuidar mi salud?	4	3	5
Con tal de mantenerme limpio, ¿realizo ajustes en cuanto a mi higiene personal?	4	3	4
Cuando obtengo información sobre mi salud, ¿pido explicación sobre lo que no entiendo?	4	3	4
¿Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio?	2	1	4
En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados si con ellos mejoraba mi salud	4	3	5
Si tengo que tomar un nuevo medicamento ¿pido información sobre los efectos indeseados?	4	2	5
¿Valoro que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud?	2	1	3
¿Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada?	2.5	2	4

Fuente: Encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N° 10 señala que en la dimensión de bienestar personal se pudo ver que la mitad de los encuestados verifica si las formas habituales de mantenerse con salud son buenas. La mayoría hace lo necesario para mantener limpio sus alrededores con una mediana de 4. Solo la mitad de los pacientes pone en primer lugar lo necesario para mantenerse con buena salud, La mayoría de los pacientes refiere buscar mejores formas de cuidar su salud, asimismo la mayor parte de los encuestados realiza ajustes en su higiene personal obteniéndose una mediana de 4. La mayor parte de los encuestados piden explicación sobre algo que no entiendan acerca de su salud mostrando una mediana de 4. Muy pocos participantes refieren revisar su cuerpo para saber si hay algún cambio. La mayoría de los encuestados refieren que en otros tiempos fueron capaces de cambiar hábitos, si con ellos mejoraba su salud, asimismo, refieren que al tomar un medicamento nuevo piden información sobre sus efectos no deseados con un percentil del 50%; muy pocos de ellos valoran la efectividad de los cambios que adoptan

para mantenerse con buena salud. Pocos participantes refirieron buscar información sobre su salud si esta se ve afectada, mostrando una mediana de 2.5.

E. INTERACCIÓN SOCIAL

Tabla N° 11: Escala para evaluar la capacidad de autocuidado dimensión interacción social en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Indicador	Mediana	P25	P75
¿Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda?	2	1	3
¿Busco ayuda si me encuentro en incapacidad?	3	1.25	3

Fuente: Encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N° 11 nos muestra que en la dimensión de interacción social pocos participantes mostraron capacidad de recurrir a amigos cuando necesitan ayuda y la mitad de los pacientes refieren buscar ayuda si se encuentran en discapacidad.

Tabla N° 12: Tabla de contingencia capacidad de autocuidado*estilos de vida.

Capacidad de Autocuidado	Estilos de vida		P
	Saludable	No Saludable	
Adecuado	55 (98.2%)	30 (68.2%)	0.00003
Inadecuado	1 (1.8%)	14 (31.8%)	
Total	56 (100%)	44 (100%)	

Fuente: Del análisis de datos obtenidos en la encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

La tabla N°12 muestra que el 98.2% de los pacientes que llevan un estilo de vida saludable tienen capacidad de autocuidado adecuado, mientras que el 1.8% de los pacientes con estilo de vida saludable poseen capacidad de autocuidado inadecuado. Del total de pacientes con estilo de vida no saludable, 68.2% tienen capacidad de autocuidado adecuado y el 31.8% tienen capacidad de autocuidado inadecuado; estos resultados son estadísticamente significativos pues el valor de p es menor a 0.05.

Tabla N° 13: Tabla de Prueba de CHI cuadrado

Casilla	Fo	Fe	fo – fe	(fo – fe) ²	(fo – fe) ² / fe
A	55	47.6	7.4	57.76	1.15
B	30	37.4	-7.4	57.76	1.54
C	1	8.4	-7.4	57.76	6.87
D	14	6.6	7.4	57.76	8.75
gl = 3.841	N = 100				Σ = 18.31

Fuente: Del análisis de datos obtenidos en la encuesta realizada a pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

Interpretación:

De la tabla N° 13 señala que luego de realizado el cálculo de frecuencias esperadas, se aplica la prueba de CHI cuadrado, obteniendo un resultado mayor al valor crítico de lo que se puede inferir que se acepta la hipótesis general.

4.4 DISCUSIÓN

El autocuidado es parte del comportamiento humano, que es aprendido e intencionado. Se produce a medida que los individuos tienen acciones para cuidar de sí mismos, con la influencia de factores internos y externos. Es realizado por las personas en su ambiente habitual y dentro del contexto de los estilos de vida diaria. Es importante para el desarrollo humano en la vida cotidiana y para el manejo de la enfermedad del VIH, ya que involucra el crecimiento personal y la madurez para asumir la enfermedad y tomar conciencia de ella; de igual manera promueve prácticas saludables para mejorar el estilo de vida. El autocuidado adecuado ayuda a reducir los efectos negativos de la enfermedad ya sea en el bienestar personal, consumo de alimentos, actividad y reposo, promoción del funcionamiento y desarrollo personal y la interacción social. Un autocuidado inadecuado puede llevar al abandono del tratamiento por la falta de conciencia de la enfermedad.

El estudio realizado presentó como debilidad la poca disposición de la población para colaborar y tomar conciencia de la problemática actual que conlleva la infección con el VIH. En cuanto a las fortalezas del estudio, se observó poca disponibilidad de estudios similares, que busquen la interacción de los estilos de vida y la capacidad de autocuidado en los pacientes portadores de VIH, asimismo, este puede ayudar a mejorar estrategias de adecuado tratamiento y prevención de esta enfermedad.

De acuerdo a los resultados se puede observar que el 53% de los encuestados son mujeres adultas, marcando gran diferencia con lo referido por el ministerio de salud de Perú, que menciona una relación de 3/1 de varones frente a mujeres; asimismo el 55% de los pacientes encuestados refieren ser homosexuales, esto en contraste al 12.4% de prevalencia de VIH en homosexuales que menciona la dirección general de epidemiología del Perú en el 2016^{6,8}.

Del estudio realizado, se observó que el 85% de los encuestados poseen una capacidad de autocuidado adecuado; comparado con el estudio realizado por Rodríguez et al en Trujillo en el 2013, que menciona que el 51.3% de personas con VIH tienen un regular nivel de autocuidado y el 26.9% un buen nivel de autocuidado, asimismo Manosalva et al en su estudio realizado en el 2007 determinó que las personas portadoras de VIH/SIDA de una fundación cuentan con una capacidad de agencia de autocuidado media-alta de 84%, los cuales se asemejan a lo observado en este estudio¹³.

Con respecto a los estilos de vida, en este estudio se observó que el 56% de los pacientes llevan un estilo de vida saludable, de lo que deducimos que la mitad de la población encuestada no se preocupa por tener un estilo de vida saludable, influyendo de manera negativa en su autocuidado y siendo necesaria la intervención de los profesionales de salud en la promoción de estilos de vida saludables, ya que en el estudio de Bermúdez Román realizado en Colombia en el 2012 se observó la trascendencia que marcaron los participantes frente al papel que juegan los médicos, enfermeras u obstetras, en cuanto a guiarlos para añadir estilos de vida saludables que ayuden a su condición¹⁴.

Se observó que solo el 30% de los encuestados afirman realizar actividad física o deporte, comparado con el estudio realizado por Rodríguez et al (2015) en el Hospital Regional Docente de Trujillo, donde observó que un 51% presenta regular actividad física, lo cual indica que no hay mucha diferencia con relación a este estudio¹⁷.

En cuanto a la dimensión consumo de alimentos, solo la mitad de los pacientes refieren alimentarse adecuadamente y mantener un peso sano con respecto a su situación de salud, resultados diferentes encontraron, Manosalva et al en su estudio, donde el 30% de la población tienen una capacidad de agencia de autocuidado alto con relación al consumo de

alimentos. Así también, Rodríguez (2015) en su estudio observó que solo un 26% presentó un buen régimen alimentario¹⁷. El consumo de alimentos hace referencia a la capacidad que tienen las personas para alimentarse adecuadamente y de mantener un peso apropiado, nuestra población de estudio presentó mejores resultados en esta dimensión frente a los otros estudios mencionados.

Es importante considerar que el 20% de los encuestados fuma cigarrillos. Lo cual indica que la mayoría de los pacientes toman conciencia de su condición inmunológica, manteniendo una conducta apropiada para evitar complicaciones que pongan en riesgo su salud; ya que, en el estudio de Helleberg en el 2013 se observó que el peligro de muerte en pacientes con VIH que consumen tabaco fue del 61.5%, además concluye que en un medio en el cual el paciente con VIH es atendido de manera multidisciplinaria y recibe gratuitamente el tratamiento, los infectados por el VIH que fuman pierden más años de vida por fumar que por la misma enfermedad³¹.

En cuanto a la dimensión de interacción social, el estudio mostró que pocos pacientes buscan apoyo de amigos o familia si necesitan ayuda (con una mediana de 2), lo cual tendría repercusión en la capacidad de autocuidado de estos pacientes, como lo menciona Rodríguez et al en su estudio realizado en el Hospital regional docente de Trujillo en cuanto a la relación del nivel de autocuidado y apoyo familiar, el 50% de los pacientes objeto de estudio mostraron un buen nivel de autocuidado en relación a un alto grado de apoyo familiar¹⁷.

Finalmente se observó que el 98.2% de los pacientes que llevan un estilo de vida saludable tienen capacidad de autocuidado adecuado, esto reafirma lo mencionado por Bermúdez Román en el 2012 sobre la importancia de llevar estilos de vida saludable para mejorar la condición de salud del paciente¹⁴ y por ende influir en su correcto autocuidado.

CAPÍTULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 CONCLUSIONES

- Existe una asociación entre la capacidad de autocuidado y los estilos de vida en los pacientes infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.
- Existe una asociación entre las características sociales y la capacidad de autocuidado en los pacientes infectados con el VIH, pues se observó que siendo la población estudiada mayor de edad, ésta en un 85% toma conciencia de correcto autocuidado respecto a su enfermedad, aunque solo el 56% refiera tener hábitos de vida saludable.
- Existe una asociación entre las conductas de autocuidado y el área de estilos de vida según recreación, sueño, descanso y relaciones interpersonales, en los pacientes infectados con el VIH, pues se encontró que el 85% los pacientes incluye momentos de descanso en su día a día, el 69% realiza actividades de recreación pero solo el 49% comparte momentos con familia y amigos.
- Existe una asociación entre las conductas de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según alimentación, actividad física y deporte, consumo de tabaco y otras drogas en los pacientes infectados con el VIH, ya que se evidenció que el 74% de los pacientes consume una adecuada cantidad de agua al día, el 82% tiene una alimentación balanceada y el 80% no consume tabaco ni drogas.

5.2 RECOMENDACIONES

- Según el presente trabajo acerca de la asociación entre los estilos de vida y la capacidad de autocuidado de pacientes de alto riesgo infectados con el VIH, debe sensibilizar a las instituciones públicas en salud con la finalidad de buscar estrategias de salud pública para promover un correcto autocuidado y promocionar estilos de vida saludable de una manera más personalizada.
- Es de importancia sensibilizar a la población acerca de las diferentes medidas de autocuidado que debe tomarse en cuenta en pacientes infectados con el VIH, este trabajo da un aporte importante para que a partir de este, se pueda crear nuevas estrategias sanitarias enfocadas a grupos etarios de riesgo, homosexuales, trabajadoras sexuales y gestantes infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión para que puedan lidiar con la enfermedad y prolongar su calidad de vida.
- El personal de salud encargado de los pacientes infectados con el VIH deberían recibir soporte relacionado al área de salud mental, para afianzar el manejo del autocuidado según la personalidad, además promover adecuadamente la recreación, sueño y descanso. Asimismo recalcar la importancia de las relaciones interpersonales para sobrellevar lo que conlleva la enfermedad.
- Los resultados del presente trabajo provee datos útiles a las instituciones públicas en salud para que mejoren sus estrategias de prevención de complicaciones de pacientes con VIH, promocionando estilos de vida saludable en cuestiones de hábitos alimenticios, actividad física y prevención de consumo de sustancias psicotrópicas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización mundial de la Salud. Estrategia mundial del sector de la salud contra el VIH, 2016-2021
2. Olivera J, Rúa E, Gracia A, Ramírez A. Percepción de riesgo del enfermero en el cuidado del paciente viviendo con VIH-SIDA. Revista Cubana de Enfermería 2012; 28(4):521-531.
3. Mandell, Douglas y Bennet. Enfermedades infecciosas. 8° edición. Ed. Elseiver; 2015. P. 123-125.
4. Prado L, González M, Gómez N, Romero k. La teoría Déficit de autocuidado: Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Rev. Med. Electron 2014; 36(6):3-6.
5. VIH y SIDA en las Américas Organización Panamericana de la Salud Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la Organización Mundial de la Salud ONUSIDA Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA una epidemia multifacética 2011.
6. Ministerio de salud del Perú. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. 2013
7. De Santis JP. HIV infection risk factors among male-to-female transgender persons: a review of the literature. J Assoc Nurses AIDS Care. 2009; 20(5):362-72.
8. Ministerio de salud del Perú. Análisis de la situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú. 2006.

9. Ministerio de Salud Pública. Infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-SIDA) – guías para diagnóstico, tratamiento antirretroviral y monitorización adultos y embarazadas. 2006.
10. Teva I, Paz M, Ramiro M, Buela-Casal G. Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI. Análisis de las diferencias entre países. Rev Med Chile 2012; 140:50-58.
11. García A, Sánchez V, Machado M, Díaz H, Rodríguez N, Marín N. Conocimiento sobre VIH/sida en pacientes atendidos por infecciones de transmisión sexual. Gaceta Médica Espirituana 2012; 14(1):6-8.
12. Pavía N, Góngora R, Vera L, Moguel W, González P. Conocimientos, actitudes y percepción de riesgo en referencia al VIH/SIDA en población rural de Yucatán, México. Rev Biomed 2012; 23(2):3-5.
13. Manosalva C, Espinosa X, Mateur J. Capacidad de agencia de autocuidado de las personas portadoras de VIH/SIDA en una fundación de Bogotá en el periodo comprendido entre Agosto a Noviembre de 2007 Tesis de bachiller, Colombia 2008.
14. Bermúdez V, Bran L, Palacios L, Posada I. Relación médico-paciente: impacto en las campañas de promoción y prevención para personas con VIH en Medellín. Rev. salud pública 2016; 18(4):543-553.
15. Guerrero M. Conocimientos, actitudes y prácticas sexuales riesgosas ante el VIH/sida en población privada de la libertad. Tesis de maestría mención Salud pública, Colombia, 2012.
16. Suarez R, Zapata I. Relación entre autoestima y capacidad de agencia de autocuidado del paciente con tuberculosis pulmonar en el Hospital

- Huaycán, Lima, 2015. Revista Científica de Ciencias de la Salud 2015; 8(2):5-7.
17. Rodríguez K, Gastañadui V. Apoyo familiar y Nivel de autocuidado del Adulto con VIH. Hospital Regional Docente de Trujillo. [Tesis] Perú: Universidad Privada Antenor Orrego; 2013. P. 8- 9.
 18. Miranda G, Nápoles M. Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. Revista Cubana de Medicina 2009; 38(1):3-4.
 19. Gottlieb M. Morbidity and Mortality Weekly Report. Bol sem CDC Prevención de Enfermedades 1981; 30(1):1.
 20. Abbas A, Lichtman A. Inmunología celular y molecular, 8º edición. Elsevier, España; 2015. P. 334.
 21. Lamotte J. Infección por VIH/sida en el mundo actual. MEDISAN 2014; 18(7):1000-1004.
 22. Longo D, Kasper D, Jameson J, Fauci A, Hauser S, Loscalzo J. Harrison Principios de medicina interna, 18ª Edición. McGraw-Hill, New York, USA; 2012. P. 221-226.
 23. Juárez J, Pozo E. Percepciones sobre comportamientos sexuales de riesgo en personas que viven con VIH/SIDA y reciben tratamiento antirretroviral en Piura, Perú. Rev Peru Med Exp Salud Pública. 2010; 27(1):31-37.
 24. Plan de comunicaciones. Prevención y control del VIH/SIDA 2014.
 25. Chávez E, Castillo R, Oliva C, Sosa G. Revisión bibliográfica sobre VIH/SIDA. Multimed Granma 2013; 17(4):5-8.

26. Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Ministerio de sanidad de España 2014.
27. Guía de práctica clínica: Tratamiento anti - retroviral. Del paciente adulto con infección por VIH Consejo de Salubridad general. México 2009.
28. Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA 2011.
29. Guía práctica para la implementación de pruebas fiables y eficientes para el diagnóstico del VIH. Organización Panamericana de la Salud 2008.
30. Karim SAS, Karim QA. Antiretroviral prophylaxis: a defining moment in HIV control. *Lancet*, 2011; 378(1):23–25.
31. Helleberg M, Afzal S, Kronborg G, Larsen C, Pedersen G, Pedersen C et al. Mortality Attributable to Smoking Among HIV-1-Infected Individuals: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. *Clin Infect Dis*. 2013; 56(5):727-34.

ANEXOS

Anexo N°01: Operacionalización de variables.

Asociación entre capacidad de autocuidado y estilos de vida en pacientes de alto riesgo infectados con el virus de inmunodeficiencia humana en el servicio de infectología en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.

VARIABLE	DEFINICION CONCEPTUAL	DEFINICION OPERACIONAL	CATEGORIAS	INDICADORES	UNIDAD DE MEDIDA	ESCALA	VALOR FINAL
Estilos de vida	Es una forma de vivir basada en la relación entre las condiciones de vida y los patrones de comportamiento de cada individuo influido por factores sociales, culturales y personales.	Conjunto de pautas y hábitos comportamentales cotidianos de una persona	<ul style="list-style-type: none"> Actividad física y deporte Tiempo de ocio Hábitos alimenticios Consumo de sustancias Psicoactivas Sueño 	<ul style="list-style-type: none"> Tipo de deporte Número de horas de deporte Interacción con la familia Consumo de agua por día Consumo de grasas Consumo de cigarrillos Consumo de licor Número de horas de sueño 	Puntaje Puntaje Puntaje Puntaje Puntaje Puntaje	Nominal Nominal Nominal Nominal Nominal Nomina	ESTILO DE VIDA SALUDABLE ESTILO DE VIDA NO SALUDABLE
Capacidad de Autocuidado	Habilidad que tienen las personas de alto riesgo infectados con VIH para adoptar una conducta de vida respecto a su enfermedad y que influye directamente sobre ellos mismos, y así decidir que actitudes tomar para sobrellevar la enfermedad a favor de su vida.	Conjunto de herramientas para conservar una buena salud	<ul style="list-style-type: none"> Salud mental Hábitos de vida saludable salud sexual 	<ul style="list-style-type: none"> Manejo del estrés Sueño y descanso Relaciones interpersonales Alimentación Actividad física Responsabilidad sexual Control de salud preventivo 	Puntaje Puntaje Puntaje Puntaje Puntaje Puntaje	Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal Ordinal	ADECUADO INADECUADO

- Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre
Sí No
- En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)
Sí No

3. HÁBITOS ALIMENTICIOS

- Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día
Sí No
- Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína
Sí No
- Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)
Sí No
- Evita el consumo de comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)
Sí No

4. CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

- Fuma cigarrillo o tabaco
Sí No
- Consume licor al menos dos veces en la semana
Sí No
- Consume sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, éxtasis, entre otras)
Sí No

5. SUEÑO

- Duerme al menos 8 horas diarias
Sí No
- Duerme bien y se levanta descansado
Sí No

Estimado paciente, por favor responda el cuestionario según las siguientes opciones: 1 (Nunca), 2 (Rara vez), 3 (Ocasionalmente), 4 (Frecuentemente), 5 (Siempre).

ESCALA PARA EVALUAR LA CAPACIDAD DE AGENCIA DE AUTOCUIDADO	1	2	3	4	5
1. Según cambien las circunstancias, ¿Hago ajustes para mantenerme con salud?					
2. Verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.					
3. ¿Hago cambios o ajustes si tengo problemas para movilizarme?					
4. ¿Hago lo necesario para mantener limpio mí alrededor?					
5. Si es necesario, ¿pongo en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud?					
6. ¿Tengo la energía para cuidarme cómo debo?					
7. ¿Busco mejores formas de cuidar mi salud?					
8. Con tal de mantenerme limpio, ¿realizo ajustes en cuanto a mi higiene personal?					
9. ¿Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y mantengo un peso adecuado?					
10. ¿Tengo la capacidad de manejar las situaciones para mantenerme tal como soy?					
11. ¿Hago ejercicio y descanso un poco durante del día?					
12. ¿Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda?					
13. ¿Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado?					
14. Cuando obtengo información sobre mi salud, ¿pido					

explicación sobre lo que no entiendo?					
15. ¿Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio?					
16. En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados si con ellos mejoraba mi salud					
17. Si tengo que tomar un nuevo medicamento ¿pido información sobre los efectos indeseados?					
18. ¿Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros?					
19. ¿Valoro que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud?					
20. En mis actividades diarias, ¿saco tiempo para cuidarme?					
21. ¿Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada?					
22. ¿Busco ayuda si me encuentro en incapacidad?					

Anexo N° 03: Validez de instrumento de recolección de datos.

Asociación entre capacidad de autocuidado y estilos de vida en pacientes de alto riesgo infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

DIMENSIONES / ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Expectativas							
DATOS GENERALES							
Sexo: 1) Masculino 2) Femenino	√		√		√		
Condición sexual: 1) Heterosexual 2) Homosexual	√		√		√		
ESTILOS DE VIDA							
ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE							
1) Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte	√		√		√		
2) Número de horas de deporte al día.	√		√		√		
TIEMPO DE OCIO							
1) Incluye momentos de descanso en su rutina diaria	√		√		√		
2) Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre	√		√		√		
3) En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)	√		√		√		
HABITOS ALIMENTICIOS							
1) Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día.	√		√		√		
2) Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes,	√		√		√		

cereales, productos lácteos, granos enteros y fuentes adecuadas de proteína							
3) Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)	√		√		√		
4) Evita el consumo de comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)	√		√		√		
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS							
1) Fuma cigarrillo o tabaco	√		√		√		
2) Consume licor al menos dos veces en la semana	√		√		√		
3) Consume sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, éxtasis, entre otras)	√		√		√		
SUEÑO							
1) Duerme al menos 8 horas diarias	√		√		√		
2) Duerme bien y se levanta descansado	√		√		√		
CAPACIDAD DE AUTOUIDADO							
1) Según cambien las circunstancias, ¿Hago ajustes para mantenerme con salud?	√		√		√		
2) Verifico si las formas habituales de mantenerme con	√		√		√		

salud son buenas.							
3) ¿Hago cambios o ajustes si tengo problemas para movilizarme?	√		√		√		
4) ¿Hago lo necesario para mantener limpio mí alrededor?	√		√		√		
5) Si es necesario, ¿pongo en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud?	√		√		√		
6) ¿Tengo la energía para cuidarme cómo debo?	√		√		√		
7) ¿Busco mejores formas de cuidar mi salud?	√		√		√		
8) Con tal de mantenerme limpio, ¿realizo ajustes en cuanto a mi higiene personal?	√		√		√		
9) ¿Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y mantengo un peso adecuado?	√		√		√		
10) ¿Tengo la capacidad de manejar las situaciones para mantenerme tal como soy?	√		√		√		
11) ¿Hago ejercicio y descanso un poco durante del día?	√		√		√		
12) ¿Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda?	√		√		√		
13) ¿Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado?	√		√		√		

14) Cuando obtengo información sobre mi salud, ¿pido explicación sobre lo que no entiendo?	√		√		√	
15) ¿Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio?	√		√		√	
16) En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados si con ellos mejoraba mi salud	√		√		√	
17) Si tengo que tomar un nuevo medicamento ¿pido información sobre los efectos indeseados?	√		√		√	
18) ¿Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros?	√		√		√	
19) ¿Valoro que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud?	√		√		√	
20) En mis actividades diarias, ¿saco tiempo para cuidarme?	√		√		√	
21) ¿Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada?	√		√		√	
22) ¿Busco ayuda si me encuentro en incapacidad?	√		√		√	


Observaciones (precisar si hay suficiencia): Si existe suficiencia

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lima, 28 de Enero del 2018

Apellidos y nombres del juez evaluador: Bazan Rodríguez Elici DNI: 19209983

Especialidad del evaluador: Estadística en Salud



Lic. ELSI NOEMI BAZAN RODRÍGUEZ
COESPE 444
COLEGIO DE ESTADÍSTICOS DEL PERÚ

Asociación entre capacidad de autocuidado y estilos de vida en pacientes de alto riesgo infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

DIMENSIONES / ITEMS	PERTINENCIA		RELEVANCIA		CLARIDAD		SUGERENCIA
	SI	NO	SI	NO	SI	NO	
Expectativas							
DATOS GENERALES							
Sexo: 1) Masculino 2) Femenino	√		√		√		
Condición sexual: 3) Heterosexual 4) Homosexual	√		√		√		
ESTILOS DE VIDA							
ACTIVIDAD FISICA Y DEPORTE							
3) Hace ejercicio, camina, trota o juega algún deporte	√		√		√		
4) Número de horas de deporte al día.	√		√		√		
TIEMPO DE OCIO							
4) Incluye momentos de descanso en su rutina diaria	√		√		√		
5) Comparte con su familia y/o amigos el tiempo libre	√		√		√		
6) En su tiempo libre realiza actividades de recreación (cine, leer, pasear)	√		√		√		
HABITOS ALIMENTICIOS							
5) Consume entre cuatro y ocho vasos de agua al día.	√		√		√		
6) Su alimentación incluye vegetales, frutas, panes, cereales, productos lácteos, granos	√		√		√		

enteros y fuentes adecuadas de proteína							
7) Limita su consumo de grasas (mantequilla, queso crema, carnes grasosas, mayonesas y salsas en general)	√		√		√		
8) Evita el consumo de comidas rápidas (pizza, hamburguesa, perro caliente)	√		√		√		
CONSUMO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS							
4) Fuma cigarrillo o tabaco	√		√		√		
5) Consume licor al menos dos veces en la semana	√		√		√		
6) Consume sustancias psicoactivas (marihuana, cocaína, éxtasis, entre otras)	√		√		√		
SUEÑO							
3) Duerme al menos 8 horas diarias	√		√		√		
4) Duerme bien y se levanta descansado	√		√		√		
CAPACIDAD DE AUTOCUIDADO							
23) Según cambien las circunstancias, ¿Hago ajustes para mantenerme con salud?	√		√		√		
24) Verifico si las formas habituales de mantenerme con salud son buenas.	√		√		√		
25) ¿Hago cambios o	√		√		√		

ajustes si tengo problemas para movilizarme?							
26) ¿Hago lo necesario para mantener limpio mí alrededor?	√		√		√		
27) Si es necesario, ¿pongo en primer lugar lo que necesito hacer para mantenerme con salud?	√		√		√		
28) ¿Tengo la energía para cuidarme cómo debo?	√		√		√		
29) ¿Busco mejores formas de cuidar mi salud?	√		√		√		
30) Con tal de mantenerme limpio, ¿realizo ajustes en cuanto a mi higiene personal?	√		√		√		
31) ¿Me alimento de acuerdo a mi situación de salud y mantengo un peso adecuado?	√		√		√		
32) ¿Tengo la capacidad de manejar las situaciones para mantenerme tal como soy?	√		√		√		
33) ¿Hago ejercicio y descanso un poco durante del día?	√		√		√		
34) ¿Tengo amigos de mucho tiempo a quienes puedo recurrir cuando necesito ayuda?	√		√		√		
35) ¿Puedo dormir lo suficiente para sentirme descansado?	√		√		√		
36) Cuando obtengo información sobre	√		√		√		

mi salud, ¿pido explicación sobre lo que no entiendo?							
37) ¿Reviso mi cuerpo para saber si hay algún cambio?	√		√		√		
38) En otros tiempos he sido capaz de cambiar hábitos arraigados si con ellos mejoraba mi salud	√		√		√		
39) Si tengo que tomar un nuevo medicamento ¿pido información sobre los efectos indeseados?	√		√		√		
40) ¿Tomo medidas para asegurar que mi familia y yo estemos seguros?	√		√		√		
41) ¿Valoro que tan efectivo es lo que hago para mantenerme con salud?	√		√		√		
42) En mis actividades diarias, ¿saco tiempo para cuidarme?	√		√		√		
43) ¿Busco información sobre mi salud si esta se ve afectada?	√		√		√		
44) ¿Busco ayuda si me encuentro en incapacidad?	√		√		√		

Observaciones (precisar si hay suficiencia): SI EXISTE SUFICIENCIA

Opinión de aplicabilidad: Aplicable Aplicable después de corregir () No aplicable ()

Lima, 19 de Feb del 20 18

Apellidos y nombres del juez evaluador: JOSEPH RATO OBLITAS DNI: 40055154

Especialidad del evaluador: GENOMICA


FIRMA

Anexo N° 04: Matriz de consistencia

Asociación entre capacidad de autocuidado y estilos de vida en pacientes de alto riesgo infectados con el VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima – Perú.

64

PROBLEMA	OBJETIVOS	HIPÓTESIS	VARIABLES	DIMENSIONES	TÉCNICA DE INSTRUMENTACIÓN	POBLACIÓN Y MUESTRA
<p>Problema general ¿Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y los estilos de vida en pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú?</p> <p>Problemas específicos *¿Existe asociación entre las</p>	<p>Objetivo general Determinar la asociación entre la capacidad de autocuidado y los estilos de vida en pacientes infectados con el VIH humana en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.</p> <p>Objetivos específicos *Determinar la asociación entre las características sociales y la capacidad de autocuidado en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a</p>	<p>Hipótesis general Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y los estilos de vida en pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.</p> <p>Hipótesis secundaria *Existe asociación entre las características sociales y la capacidad de autocuidado en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a</p>	<p>•Estilos de vida de los pacientes infectados con VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de Setiembre 2016 a Junio 2017.</p> <p>•Capacidad de autocuidado de los pacientes de infectados con VIH en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de Setiembre 2016 a</p>	<p>•Actividad física y deporte •Tiempo de ocio •Hábitos alimenticios •Consumo de sustancias psicoactivas •Sueño •Salud mental •Hábitos de vida saludable</p>	<p>Técnicas e instrumentos de recolección de datos: Entrevista Encuesta.</p>	<p>Población en estudio: Todas las personas infectadas con el VIH que se atiendan en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión en el periodo de Setiembre 2016 a Junio 2017, Siendo estas 135 pacientes.</p>

<p>características sociales y la capacidad de autocuidado en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú?</p> <p>*¿Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según recreación, sueño, descanso y relaciones interpersonales, en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016</p>	<p>con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.</p> <p>*Identificar la asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según recreación, sueño, descanso y relaciones interpersonales, en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.</p> <p>*Establecer la asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según hábitos alimenticios, actividad física y</p>	<p>junio 2017 Lima - Perú.</p> <p>*Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según recreación, sueño, descanso y relaciones interpersonales, en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.</p> <p>*Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según hábitos alimenticios, actividad física y deporte, consumo de tabaco y otras drogas, en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.</p>	<p>Junio 2017.</p>			<p>Selección de la muestra:</p> <p>El tamaño de la muestra se determinará a través de la fórmula para poblaciones finitas que constituyen el número de unidades muestrales en el estudio. Obteniéndose como muestra final un total de 100 encuestados.</p>
---	--	--	--------------------	--	--	---

<p>a junio 2017 Lima - Perú?</p> <p>*¿Existe asociación entre la capacidad de autocuidado y el área de estilos de vida saludable según hábitos alimenticios, actividad física y deporte, consumo de tabaco y otras drogas, en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú?</p>	<p>deporte, consumo de tabaco y otras drogas, en los pacientes infectados con el VIH en el HNDAC en el periodo de setiembre 2016 a junio 2017 Lima - Perú.</p>					
---	--	--	--	--	--	--

