

**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**



**APOYO FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO
CON VIH. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO
2013.**

**TESIS PARA OBTENER EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADA EN
ENFERMERÍA**

AUTORAS : BACH. KAREN ANTONELLA RODRÍGUEZ TORRES
BACH.VANESSA ESTHER GASTAÑADUI CHARCAPE

ASESORA: MS ENF. YDELSA RAMOS PACHECO

TRUJILLO-PERÚ

2015

DEDICATORIA

*A mis **PADRES**, Ely y Amador,
por el apoyo brindado, la
búsqueda de hacerme persona
de bien y la paciencia en el largo
camino...*

*A mi **abuela**, por contagiarme
su alegría y consejos.*

*A mis **hermanos**, Alex,
Anthony y Christian por su
apoyo, y confianza durante mi
formación académica...*

*A mis **sobrinas**, Andrea y
Camila, que con su corta edad
rescatan en mí deseos de
superación y perseverancia.*

*A Clarisa, Kathy y todos mis
amigos, que con su apoyo,
compañía y ayuda
desinteresada hacen que las
cosas se vean mejor.*

Karen Rodríguez Torres

DEDICATORIA

A Dios, a mis padres Justino y Soledad, por brindarme su comprensión, apoyo y ser mi guía, por qué permitieron realizarme como profesional, a ellos mi eterna gratitud.

A Manuela Emilia; a mi hijo Mathias, por ser mi fuerza y templanza, Le dedico todo mi esfuerzo y trabajo para la realización de esta tesis.

Vanessa Gastañadui Charcape

AGRADECIMIENTOS

A Dios Padre,

Creador de todas las cosas bellas que hay en el mundo, porque a pesar de todos los obstáculos, siempre nos guía en cada paso de nuestras vidas, llenándonos de fuerza y valentía para seguir adelante y cumplir nuestras metas.

A nuestros Padres,

Por su apoyo incondicional y paciencia en el largo camino, porque depositaron en nosotras la confianza para lograr esta meta y afrontar las dificultades que se presentaron en el camino.

A nuestros maestros,

Por compartir sus conocimientos y experiencias durante los años de preparación universitaria.

A nuestra asesora, Enf. Ydelsa Ramos Pacheco,

Por su apoyo en la construcción de este trabajo de investigación, por sus consejos que contribuyeron a nuestra formación profesional.

A la Licenciada Mariza Rojas Villacorta y personal de Salud de TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo

Por el apoyo en la realización del presente trabajo de investigación, su participación y puntos de vista fue de mucha importancia en el desarrollo del mismo.

A los pacientes del Lineamiento TARGA.

¡Gracias y que Dios los bendiga cada día de su vida!

Vanessa y Karen

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	iii
AGRADECIMIENTO.....	v
TABLA DE CONTENIDOS.....	vi
INDICE DE TABLAS.....	vii
INDICE DE GRÁFICOS.....	viii
RESUMEN.....	ix
ABSTRACT.....	x
I. INTRODUCCIÓN.....	1-16
II. MATERIAL Y MÉTODO.....	18-24
2.1 MATERIAL.....	18-20
2.2 METODO.....	21-24
III. RESULTADOS.....	30-41
IV. DISCUSIÓN.....	42-47
V. CONCLUSIONES.....	48
VI. RECOMENDACIONES.....	49
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	50-60
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

Pág.

- **TABLA N°1**

NIVEL DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
2014..... 38

- **TABLA N°2**

NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
2014..... 39

- **TABLA N°3**

NIVEL DE RÉGIMEN ALIMENTARIO EN ADULTOS CON VIH.
TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
2014..... 40

- **TABLA N°4**

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
2014..... 41

- **TABLA N°5**

NIVEL DE CONTROL MÉDICO EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
2014..... 42

- **TABLA N°6**

NIVEL DE AUTOCUIDADO Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN
ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE TRUJILLO,
2014..... 43

ÍNDICE DE GRAFICOS

Pág.

- **GRAFICO N°1**

NIVEL DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
2014..... 38

- **GRAFICO N°2**

NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
2014..... 39

- **GRAFICO N°3**

NIVEL DE RÉGIMEN ALIMENTARIO EN ADULTOS CON VIH.
TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
2014..... 40

- **GRAFICO N°4**

NIVEL DE ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
2014.....41

- **GRAFICO N°5**

NIVEL DE CONTROL MÉDICO EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO,
2014..... 42

- **GRAFICO N°6**

NIVEL DE AUTOCUIDADO Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN
ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE
DE TRUJILLO,
2014.....43

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de tipo descriptivo correlacional fue realizado con el propósito de determinar la relación que existe entre el apoyo familiar y el nivel de autocuidado del adulto con VIH que acude regularmente al lineamiento de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad del Hospital Regional Docente de Trujillo. Los instrumentos utilizados fueron dos encuestas, una mide el nivel de autocuidado que se subdividió en sub escalas: actividad física, control médico y régimen alimentario, la otra encuesta mide el apoyo familiar. Obteniendo como resultados, que de un total de 78 pacientes, el 51.3% tienen un Regular Nivel de Autocuidado y el 26.9% tienen un Buen Nivel de Autocuidado. A su vez, el 52.6% presentan un Moderado Grado de Apoyo Familiar y un 28.2% tienen un Alto Grado de Apoyo Familiar, En cuanto a la relación del nivel de Autocuidado y Apoyo Familiar obtenemos que del total de personas encuestadas (100%), pacientes con deficiente nivel de autocuidado poseen mayormente bajo grado de apoyo familiar (40%), pacientes con regular nivel de autocuidado poseen en mayor porcentaje moderado grado de apoyo (61%), y pacientes con buen nivel de autocuidado, presentan en su mayoría un alto grado de apoyo familiar (50%).

En suma, se valora que la mayor prevalencia del 51.3% corresponde al paciente con nivel regular de autocuidado. El 52.6% de pacientes, poseen en su mayor parte, un moderado grado de apoyo familiar. Por tanto se concluye que, el nivel de autocuidado y apoyo familiar en el paciente enrolado en TARGA (Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad), actúan conjuntamente propiciando un tratamiento oportuno y cuidado integral hacia éste; por esto se enfatiza a la relación significativa entre apoyo familiar y nivel de autocuidado en el adulto VIH del Hospital Regional Docente de Trujillo.

PALABRAS CLAVE: Apoyo Familiar, Nivel de Autocuidado, Adulto con VIH.

ABSTRACT

This research was conducted with the aim of determining the relationship between family support and self-care of adults with HIV who regularly attends the outline of Highly Active Antiretroviral Therapy Regional Teaching Hospital of Trujillo. It is descriptive, correlational. For the study considered a sample of 78 patients out of a total population consisting of 800 belonging to the guideline HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy) the Regional Hospital of Trujillo.

Data analysis showed that according to the a total of 78 patients, 26.9% have a good level of self-care, 51.3% have a Regular self-care level. In turn, 28.2% have a High Level of Family Support, 52.6% have a Moderate Level of Family Support. As for the relationship of the level of Self-Care and Family Support obtain that the total respondents (100%) patients with poor self-care have mostly low degree of family support (40%) patients with normal level of self-possess higher percentage moderate support (61%), and patients with good level of self-care, have mostly a high degree of family support (50%). In short, it is judged that the higher prevalence of 51.3% corresponds to a regular patient self-care. 52.6% of patients have for the most part, a moderate degree of family support.

Therefore it is concluded that the level of self-care and family support in patients enrolled in HAART (Highly Active Antiretroviral Therapy), acting jointly promoting timely treatment and comprehensive care for it; this is emphasized by the significant relationship between family support and self-care in adult HIV Regional Hospital of Trujillo.

KEYWORDS: Family Support, Level of Self-Care, Adult HIV.

I. Introducción

A lo largo de toda la historia, han surgido brotes de enfermedades contagiosas desconocidas, pero ninguna ha provocado más discusiones y temores que el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Desde la descripción de los primeros casos, el SIDA se ha convertido en la primera pandemia del siglo XXI. A pesar de los avances terapéuticos, en países desarrollados, esta enfermedad se ha convertido en una “infección crónica manejable”, y continúa avanzando a nivel mundial (33).

Estados Unidos fue el primer país donde se informó un caso de Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (SIDA), en 1981, cuando aparecieron casos de neumonía por *Pneumocystis carinii* y luego casos de un tumor hoy conocido como Sarcoma de Kaposi. Ambas enfermedades eran características de pacientes inmunodeprimidos. Al seguir uno de los más interesantes procesos en la historia de la investigación en epidemiología, ciencias básicas y en medicina clínica, pronto se identificó el agente causal, los grupos expuestos a riesgo y el proceso patológico subyacente (16).

La pandemia por VIH y SIDA ha generado numerosas pérdidas humanas, deterioro de la calidad de vida de millones de personas, consecuencias económicas negativas derivadas del incremento de los recursos necesarios para la atención en salud, la incapacidad y muerte de miles de personas en edad reproductiva, que la sitúan como uno de los mayores desafíos para la humanidad. El síndrome de inmunodeficiencia adquirida ha afectado a más de 25 millones de personas desde que fue identificado por primera vez, siendo así una de las epidemias más destructivas de la historia. A pesar de las recientes mejoras al acceso al tratamiento antirretroviral y la atención en muchas regiones del mundo, en el 2012 la epidemia del SIDA acabó con la vida de 1,8 millones de personas (19).

La epidemia del VIH ha ocurrido en oleadas en diferentes regiones del mundo, en África subsahariana sigue siendo la región más afectada 1 de cada 20 adultos viven con el VIH, lo que representa el 69% de las personas seropositivas de todo el mundo. La prevalencia de la infección es 25 veces superior en África subsahariana que en Asia, casi 5 millones de personas viven con el virus en Asia meridional, sudoriental y oriental. Después de África subsahariana, las regiones más afectadas son el Caribe, Europa oriental y Asia central (47).

El número total de personas que vivía con el virus de la inmunodeficiencia humana a nivel mundial alcanzó su nivel más alto en el 2005; se estimaba que aproximadamente 40,3 millones de personas vivían con el VIH y cerca de 5 millones se reportaron como nuevos casos. En Perú, el primer caso de SIDA se diagnosticó en 1983 y desde entonces se ha evidenciado una tendencia hacia el aumento de su incidencia a través de los años (31).

Según el reporte Global de ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH/SIDA) en el 2012 existen 34 millones de personas viviendo con VIH en el mundo. En África subsahariana 1,8 millones de nuevos casos de VIH entre adultos y niños, en Oriente Medio y África 37 000 millones, Asia Meridional y Sudoriental 280 000 millones, Asia Oriental 89 000 millones, Oceanía 2 900 millones, El Caribe 13 000 millones, América Latina 83 000 millones, Europa Oriental y Asia Central 140 000 millones, Europa Occidental y Central 30 000 millones, y América del Norte 51 000 millones, se observa que las cifras de esta epidemia sigue variando considerablemente entre países y regiones (30).

Según el Ministerio de Salud, el Perú es el primer país en Sudamérica que tiene una estrategia multisectorial para luchar contra las Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA, que sirve de modelo para otros países. En nuestro país, el SIDA se ha incrementado sin distinción de sexo, raza, edad o grupo social.

El Ministerio de Salud informó que en el primer semestre del 2013 se reportaron 30 039 casos de SIDA y 49 387 casos de VIH, y a finales del 2012, recibían Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad 21 561 adultos, correspondiendo el 73% de los casos al departamento de Lima y Callao. Sin embargo, se provee tratamiento antirretroviral actualmente a 22 147 personas con VIH (21 561 adultos y 586 niños). Con mayor concentración urbana: Lima-Callao, Ica, Trujillo, Arequipa, Huaraz, el 71% de casos notificados pertenecen al departamento de Lima y el 29% al resto del país. En la ciudad de Trujillo se han registrado 1 737 casos de VIH/SIDA, observándose que el número de casos aumenta, lo que constituye en un grave problema de Salud Pública (29) (31).

En la región La Libertad periodo Setiembre 2013 se han registrado 87 casos nuevos de VIH y 28 casos nuevos de SIDA; en el Hospital Belén de Trujillo (H.B.T.) desde el año 2000 al 2011 la cifra de pacientes infectados con VIH son 221 casos acumulados, de los cuales 70 son del sexo femenino y 151 del sexo masculino. En la actualidad, se registran un total de 135 pacientes que padecen de SIDA; donde 45 son mujeres y 90 son hombres (1).

El Hospital Regional Docente de Trujillo publicó en su boletín titulado “Semana Epidemiológica N°2”, que en el 2012 se notificaron 31 casos nuevos de VIH/SIDA a diferencia que el 2011 fueron 33 los casos reportados. Los más afectados son los adultos con el 87,09%, seguido de las mujeres 29,03% de las cuales 03 son gestantes. La vía de transmisión más frecuente es la sexual, siendo los más afectados los heterosexuales (1) (32).

Uno de los problemas de salud pública que ha suscitado gran preocupación a la comunidad científica es el virus de Inmunodeficiencia Humana, siendo los portadores aquellos que presentan anticuerpos frente al VIH detectados por análisis de laboratorio (Elisa, Western Blot, entre otros), es decir, ciertas pruebas son positivas pero la persona no tiene ningún síntoma de enfermedad alguna, son personas que albergan al VIH en el interior de su organismo y que pueden llegar a transmitir. A diferencia de las personas con SIDA que hospedan al VIH en el interior de su organismo y pueden llegar a contagiar, ya que presentan determinados signos y síntomas asociados a la enfermedad del SIDA, como por ejemplo enfermedades pulmonares, sarcoma de Kaposi o el complejo asociado al SIDA que incluye fiebre, fatiga, pérdida de peso, diarrea, sudor nocturno, ganglios palpables en el cuello, axilas o ingles (15).

El VIH destruye progresivamente las células sanguíneas, linfocitos; los cuales cumplen el papel de defensa inmunológica del organismo, de manera que cuando se destruyen la persona presenta susceptibilidad a la agresión por otros microorganismos infecciosos (33).

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) es la forma más grave de infección por el VIH, se considera que una persona infectada cuando presenta al menos una enfermedad como complicación, o cuando su capacidad para la defensa contra las infecciones disminuye significativamente como consecuencia del descenso de niveles en el recuento de sus linfocitos CD4 (33).

El Virus de inmunodeficiencia humana tiene una gran incidencia que no discrimina edad, sexo, raza, condición social. Al volverse parte de la vida de las personas, se ve la necesidad de valorar el autocuidado con el fin de evitar la propagación de la enfermedad. Por tal motivo, es importante aliviar significativamente la carga de convivir con un problema crónico y aún incurable como es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) (5).

Ante el diagnóstico de seropositividad la primera reacción de la persona afectada es generalmente una reacción catastrófica, con una fuerte carga emocional por la percepción del miedo a una muerte cercana e inevitable tras un curso doloroso por la enfermedad. Además se suele añadir preocupaciones en torno a la pérdida de apoyo social y afecto por

parte de familiares y amigos, incluso el miedo a la alteración de su aspecto externo (15).

El Virus de Inmunodeficiencia Humana es un suceso de enfermedad que conlleva a un impacto psicológico en función de los pensamientos, emociones y relaciones con los demás, así también en la familia o al entorno cercano a la persona. También el factor socioeconómico influye en el afrontamiento de la enfermedad, como el disponer de personas que cuiden que la persona enferma sobrelleve su padecimiento, y en la calidad de las relaciones familiares. Así, hay numerosas variables relacionadas a los sucesos que pueden influir de manera positiva o negativa durante su manejo (10).

Toda persona con VIH tiene la necesidad que va más allá del ámbito profesional, ya que requiere de cuidados específicos y apoyo familiar tanto afectivo, psicológico y espiritual. Es por esto que los profesionales de la salud deben poner énfasis en la adquisición de conocimientos, y por ello afrontar a un tratamiento favorable, y así poder identificar los signos y síntomas de la enfermedad con el fin de prevenir complicaciones y mantener un nivel de control de la misma (20) (59).

Los profesionales de la salud son asesores y colaboradores que apoyan a personas, siendo necesario su participación activa para el éxito, manejo y control de la misma, a su vez es importante que el paciente reconozca que lo padece y sea posible conllevarlo a un diagnóstico y

tratamiento oportuno. Al reconocer su diagnóstico, deben enfrentar un conjunto de estresores fisiológicos, socioculturales, económicos y psicológicos, que constituyen una amenaza potencial a su salud física y mental, que implica para este ser humano niveles altos de incertidumbre y estigmatización, por lo que es esencial el apoyo familiar y social, fundamento afectivo básico para poder sobrellevarla, y que ha sido diagnosticada y requiere de su respectivo tratamiento (20) (59).

En el proceso de adaptación fisiológica y psicosocial que experimentan las personas y sus familias, intervienen ciertos estímulos, los mismos que pueden ser negativos, alterando el estado general de salud, y estímulos positivos que favorecen el proceso de adaptación, entre ellos, el apoyo familiar y social, la fortaleza relacionada con la salud, el apoyo en las creencias religiosas y el bienestar espiritual. Es así como el apoyo familiar ha sido identificado como un estímulo contextual positivo para la recuperación (13) (54).

Las relaciones interpersonales antecedentes a presentar esta alteración de la salud, serán determinantes para la correspondencia del apoyo que requiera el seropositivo. Cuanto mejor haya sido la relación con una persona, más factible es que ésta le brinde apoyo. En cambio cuando se tienen antecedentes conflictivos en la relación, éstos generalmente se agudizan. Las emociones positivas previenen enfermedades, o una vez que éstas se han manifestado, contribuyen a su

curación, y las emociones negativas ayudan a contraer enfermedades. Los datos clínicos a nivel mundial confirman los beneficios médicos de los sentimientos positivos y el poder curativo del apoyo emocional proporcionado por las personas que rodean a un paciente, desde los familiares más íntimos hasta los profesionales que trabajan en el área de la salud y tienen contacto con él (13).

La familia es la unidad básica de la sociedad alrededor del cual se desenvuelven todos los individuos, es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, es por ello indispensable contar con el apoyo familiar, en donde la familia cumple rol de cuidadora, brinda seguridad emocional y ayuda a enfrentar las complicaciones de la enfermedad; por esta razón el sistema familiar constituye una pieza clave en el proceso de autocuidado, pues es la mayor garantía para lograr el bienestar físico y espiritual del ser humano (2) (13).

Asimismo, la familia cumple un rol importante en relación al proceso terapéutico del adulto con VIH, siendo la piedra angular del manejo en ellos, sin embargo, para que esto funcione adecuadamente es necesario que la persona tenga un importante apoyo emocional. Se define como apoyo emocional, a las acciones encaminadas a reforzar las sensaciones de seguridad, bienestar y autoestima en el individuo; en suma se trata de expresiones de amor, de brindar ánimo, compañía,

confianza, escuchar, expresar preocupación, interés, dar afecto y consolar (51).

Un paciente con adecuado apoyo familiar, tendrá un mejor apoyo emocional, factor muy importante en la evolución favorable de los pacientes portadores de VIH (51).

En lo que respecta al autocuidado, cabe mencionar que este es importante en la recuperación de la salud, el mismo que implica la capacidad de actuar deliberadamente, en forma de ayuda hacia uno mismo para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar continuo (24) (28).

Así lo sostiene Dorothea Orem, quien en su teoría de autocuidado, plantea los requisitos fundamentales para mantener un óptimo estado de salud. El ser humano debe estar en la capacidad de comprender la importancia del autocuidado para el mantenimiento de su salud, él es quien elige si desea auto cuidarse y tomar las respectivas decisiones para realizar acciones que contribuyan al bienestar consigo mismo, con los otros y con su entorno (13).

Al conocer el impacto que tiene el autocuidado en las personas portadoras de VIH donde su punto positivo es ver que gracias a este hay una prolongación y calidad de vida, así como anteriormente se manifestaba que muchos pacientes han conservado un buen estado de salud durante más de una década teniendo como factor protector el

conocimiento de la enfermedad y el autocuidado de la misma, y tomando como base la teoría de Orem, se pretende hacer énfasis en la importancia del autocuidado para VIH, donde la persona portadora es autora de planear y ejecutar actividades en busca de una calidad de vida y evaluar el beneficio de ello en sí mismo y su alrededor (33).

Durante el proceso terapéutico es importante conocer cuáles son las acciones de autocuidado, que debe tener la persona conviviente con el virus de inmunodeficiencia humana, el cual brindará una mayor calidad de vida, disminuyendo las posibilidades de presentar complicaciones; ciertas acciones están relacionadas a las medidas de higiene tanto personales como del entorno, a la nutrición y actividad física (42).

Una buena alimentación es necesaria para todas las personas, pero es esencial para las que conviven con el virus o llegan a desarrollar la enfermedad. El hecho de ser portador del mencionado virus hace que el sistema inmunológico se encuentre afectado o inmunodeprimido debido que las células de defensa del organismo (encontradas principalmente en mucosa oral y gastrointestinal) han sido atacadas por el virus haciendo que disminuyan su función de protección (6).

Para conservar o mejorar el estado nutricional, se busca que la persona mantenga un peso adecuado, mejorar su calidad de vida, con el fin de implementar en la persona portadora de VIH un sistema de alimentación el cual se refiere a la ingesta suficiente de alimentos, que comprenden toda la gama de nutrientes los cuales en estas personas son

indispensables; para satisfacer sus necesidades teniendo en cuenta las condiciones sociodemográficas que cada individuo tenga (33).

Una buena nutrición, el cumplimiento del tratamiento médico y un programa de ejercicio regular y moderado son la clave para el bienestar y favorecer la calidad de vida de la persona conviviente con el virus. Al tener una rutina de ejercicio se beneficia el buen funcionamiento cardiopulmonar, mejora el sueño y la función intestinal, se reduce el estrés, la ansiedad y la depresión, suele aumentar el apetito y aumentar la masa muscular, la resistencia y la flexibilidad; y a nivel del sistema inmunológico se liberan endorfinas que pueden mejorar el recuento de leucocitos y células T. El ejercicio se debe realizar diariamente, mientras las condiciones de salud de la persona lo permitan; no se debe olvidar la importancia del descanso simultáneo a la actividad física el cual se debe tomar en la misma cantidad de tiempo del ejercicio realizado (6).

En nuestras prácticas hospitalarias, en la rotación de adulto, observamos casos relacionados con las variables del presente estudio; donde las familias y entornos inmediatos como el grupo de amistades de las personas con VIH, no siempre representaban sistemas de apoyo, sino por el contrario sus respuestas son negativas, el cual se evidencia en comportamientos poco saludables, afectando el autocuidado y la salud integral del ser humano.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana representa un problema de salud pública que requiere de evidencias científicas pertinentes para

lograr proponer modelos, planes y programas de intervención dirigidos a la solución de esta problemática sanitaria. El presente estudio surge de la observación científica fundamentada en la presencia de elevadas cifras de morbilidad, además de la discriminación y estigmatización, al mismo tiempo el deterioro de su bienestar; situaciones que nos motivó a la realización de este trabajo, con el objeto de propiciar un tratamiento oportuno y cuidado integral hacia la población en estudio.

Por otro lado la enfermera al igual que todo el personal de salud es participe en esta tarea, con énfasis en brindar consejería de concientización a la familia sobre la importancia de su participación en el proceso de tratamiento y recuperación, contribuyendo de esta manera a que las complicaciones derivadas de la enfermedad sean más toleradas y mejore su calidad y estilo de vida.

El tratamiento para el virus de la inmunodeficiencia humana comprende el empleo de fármacos que inhiben la replicación del VIH, así como los tratamientos dirigidos a combatir las infecciones oportunistas y los cánceres asociados. El Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) es para personas que viven con el VIH y los beneficios son demostrados en la disminución de la morbilidad, con la consecuente mejoría en la calidad de vida. El objetivo es la supresión sostenida de la replicación del VIH. Es aquel componente que brinda el Ministerio de Salud (MINS) como una de las mejores estrategias costo-efectivas para

los pacientes inmunodeprimidos, incidencia de infecciones oportunistas y el cáncer, promoviendo así el uso de servicios de salud y mejora en la calidad de vida. De esta manera, surge la inquietud de investigar esta problemática que se vive en la actualidad, precisándola en la siguiente interrogante.

¿Existe relación entre el apoyo familiar y el nivel de Auto cuidado del adulto con VIH del Hospital Regional Docente de Trujillo?

Sobre este tema de estudio, se han encontrado los siguientes trabajos de investigación:

- Luján, J. y Tuesta, C. (2006), en Perú, investigaron: Grado de apoyo familiar percibido y su relación en el nivel de depresión en los pacientes VIH, encontrando que la mayor parte de los pacientes con VIH (48.6%) presentaron moderado grado de apoyo familiar, el 45.7% presentó alto grado de apoyo familiar y sólo el 5.7% presentó bajo grado de apoyo familiar. La mayor parte (28.6%) de los pacientes VIH presentaron depresión moderada a intensa, además el 20 % de ellos presentó depresión intensa y el 25.7% no presentaron depresión (67).

Asimismo, otro de los estudios consultados es el de:

- Monsalve, M. (2009). Perú, investigó sobre el Nivel de Autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo 2009. Los resultados fueron que el 87.5% de los adolescentes tienen nivel alto de autocuidado y el 12.5% bajo nivel de autocuidado. Concluyeron que la mayoría de los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA tienen alto nivel de autocuidado en cuanto a la alimentación, higiene corporal, descanso y sueño, actividad, interacción social, autoestima, control y tratamiento de la enfermedad (36).

- Por otro lado, Sampaio, F., Jucier, G. (2013), en Perú, investigaron La convivencia del adolescente con HIV/SIDA y el autocuidado del Hospital Nacional Dos de Mayo, encontrando que el apoyo de la familia, profesionales de salud y amigos, los medios de comunicación y la motivación intrínseca fueron entendidos como estimuladores del autocuidado. En lo que se refiere a las barreras son apuntados el prejuicio y la vergüenza, la adaptación ineficaz y la falta de conocimiento (55).

OBJETIVO GENERAL:

- ❖ Determinar la relación que existe entre el apoyo familiar y el nivel de autocuidado del adulto con VIH del Hospital Regional Docente de Trujillo.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- ❖ Identificar el apoyo familiar del adulto con VIH que acude a Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad del Hospital Regional Docente de Trujillo.
- ❖ Identificar el nivel de autocuidado del adulto con VIH que acude a Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad del Hospital Regional Docente de Trujillo.

HIPÓTESIS:

H1: Existe relación entre el apoyo familiar y el nivel de autocuidado del adulto con VIH insertado en el lineamiento TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo.

H°: No existe relación entre el apoyo familiar y el nivel de autocuidado del adulto con VIH insertado en el lineamiento TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo.

II. MATERIAL Y MÉTODO

1. MATERIAL

1.1. Población de Estudio: La población de estudio estuvo conformada por 800 adultos con VIH del Lineamiento TARGA (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad) del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2013.

Criterios de Inclusión

- Adultos con VIH que recibían tratamiento antirretroviral regularmente, en un periodo mayor de 6 meses.
- Adultos de ambos sexos con edades comprendidas entre 20 y 50 años.
- Adultos en uso de sus facultades físicas y mentales.

Criterio de Exclusión

- Adultos que no dieron su consentimiento informado.
- Adultos que presentaron drogadicción, alcoholismo, esquizofrenia, retardo mental.

1.2. Muestra: De la población objetivo se tomó una muestra de 78 pacientes del Lineamiento TARGA, teniendo para ello en cuenta un margen de confianza del 95% y una precisión de error del 10%. La fórmula que se utilizó para el cálculo de la muestra fue la siguiente:

$$n_0 = \frac{(z_{\alpha/2}^2 * N * p * q)}{(E^2 * (N - 1) + z_{\alpha/2}^2 * p * q)} = 85,8391$$

Como $n_0/N > 10\%$, entonces para ajustar la muestra se usó el factor de corrección:

Factor de Corrección:

$$n = \frac{n_0}{\left(1 + \frac{n_0}{N}\right)} \cong 78$$

Dónde:

n_0 : Tamaño inicial de la muestra corregida

n : Tamaño de la muestra ajustada.

N : Tamaño de población

Z : Valor estándar de la distribución normal asociado al nivel de confianza

P : Prevalencia esperada a evaluar (0.5)

Q : $1 - P$

E : Error de muestreo.

Asumiendo las exigencias del 95% de confianza ($Z=95\%$), una varianza máxima que asegure un tamaño de muestra suficientemente grande ($PQ=0,5$), un error de muestreo del 10% ($d=0,10$) y una población de 800 que vivían con el VIH ($N=800$).

Cuando

N =	800
Z =	1,95996398
p =	0,5
q =	0,5
E =	0,1

1.3. Unidad de Análisis: Estuvo constituida por adultos del Lineamiento TARGA (Terapia Antirretroviral de Gran Actividad), componente de la Estrategia Sanitaria, teniendo en cuenta los criterios de inclusión establecidos.

2. MÉTODO

2.1. Tipo de Estudio: El estudio de investigación es de tipo descriptivo correlacional, que busca la relación existente entre las variables en estudio: Apoyo familiar y Nivel de Autocuidado en el adulto (9).

2.2 Diseño de Investigación: El diseño utilizado en la investigación es descriptivo correlacional de corte transversal, el cual busco responder a la interrogante de la investigación y se esquematiza de la siguiente manera (9).

M: X1 ----- X2

EN DONDE:

M: Muestra de estudio.

X1: Apoyo Familiar.

X2: Nivel de Autocuidado.

2.3 Variables y Operacionalización de Variables

- Apoyo Familiar.
- Nivel de Autocuidado.

Variable X 1: Apoyo Familiar

Definición Conceptual:

Es la ayuda y acompañamiento que la familia otorga a sus miembros; basándose en la satisfacción de sus necesidades, brindando una red de soporte emocional, y generando sentido de pertenencia al grupo familiar. Asimismo, se puede definir como toda respuesta que expresa el paciente sobre los cuidados que le brinda su familia a fin de sobrellevar la enfermedad (20) (59).

Definición Operacional: El apoyo familiar fue medido por la escala de Stanones estableciéndose tres categorías de apoyo familiar en relación a los puntajes obtenidos en la aplicación del instrumento:

Alto grado de Apoyo Familiar = **39 – 42 puntos.**

Moderado grado de Apoyo Familiar = **32 – 38 puntos.**

Bajo grado de Apoyo Familiar = **0 – 31 puntos.**

Variable X2: Autocuidado

Definición Conceptual: Es el conjunto de actividades aprendidas que realiza el ser humano con el propósito de promover la salud, prevenir la enfermedad, prolongar el desarrollo personal o restablecer la salud, con libre decisión y responsabilidad (27).

De acuerdo al puntaje total la escala del Nivel de Autocuidado es la siguiente:

Buen Nivel de Autocuidado = **61 – 69 pts.**

Regular Nivel de Autocuidado = **54 – 60 pts.**

Deficiente Nivel de Autocuidado = **0 – 53 pts.**

Esta variable se medirá considerando tres dimensiones: Actividad física, Régimen Alimentario y Control Médico.

• **Régimen Alimentario**

Definición Conceptual: Es el conjunto de medidas dietéticas destinadas a restablecer o conservar la salud en el VIH (8).

Dónde: La medición de esta sub variable se realizó considerando los puntajes obtenidos al aplicar el instrumento, estableciéndose en las siguientes categorías.

Buen régimen alimentario = **17 – 18 pts.**

Regular régimen alimentario = **14 – 16 pts.**

Deficiente régimen alimentario = **0 – 13 pts.**

• **Actividad Física**

Definición Conceptual: Es todo tipo de movimiento corporal producido por la acción muscular voluntaria que aumenta el gasto de energía, cuyo objetivo es mejorar o mantener la condición física de la persona ya sea mediante la recreación, la mejora de la salud o la rehabilitación de una función motora perdida (34).

Dónde: La medición de esta sub variable se realizó considerando los puntajes obtenidos al aplicar el instrumento, estableciéndose en las siguientes categorías.

Buena actividad física = **13 – 15 pts.**

Regular actividad física = **10 – 12 pts.**

Deficiente actividad física = **0 – 9 pts.**

• **Control Médico**

Definición Conceptual: Evaluación médica que se fundamenta en la valorización de bases clínicas y en el número de células CD4, proporcionando el acceso a un tratamiento oportuno, a limitar los daños y brindar las posibilidades para su rehabilitación (60).

Dónde: La medición de esta sub variable se realizó considerando los puntajes obtenidos al aplicar el instrumento, estableciéndose en las siguientes categorías.

Buen Control Médico = **33 – 36 pts.**

Regular Control Médico = **30 – 32 pts.**

Deficiente Control Médico = **0 – 29 pts.**

2.4 Procedimientos para la recolección de información e Instrumentos a utilizar

Para la recolección de la información se aplicaron dos instrumentos denominados: "Apoyo Familiar y Nivel de Autocuidado, instrumentos de recolección de datos que fue elaborado por las autoras revisando literatura relacionada a las variables en estudio, considerándose en la primera parte los datos de identificación y caracterización de la muestra encuestada a través de 4 ítems formulados; en la segunda parte se buscó identificar el Nivel de Autocuidado, el cual constó de 23 ítems comprendidos en tres sub variables (Régimen Alimentario, Actividad física, Control Médico), con una puntuación de 1, 2 y 3 puntos respectivamente adaptado de la escala numérica. El segundo cuestionario estuvo formulado con el propósito de determinar el Apoyo Familiar que constó de 14 ítems relacionados a las Relaciones Interpersonales con la familia y el cónyuge, tipos de comunicación, afecto familiar y toma de decisiones, con un valor mínimo de 1 punto y un valor máximo de 3 puntos cada una, la calificación se realizó teniendo en cuenta los siguientes criterios: Siempre igual a 3 puntos, a veces igual a 2 puntos, y nunca igual a 1 punto.

Durante la ejecución del instrumento se tuvieron en consideración los siguientes pasos:

1° Se solicitó la autorización del médico jefe de Oficina de Capacitación, y

Médico Jefe del Lineamiento TARGA, del personal de salud y de los pacientes, explicándoles los objetivos del estudio.

2° Se coordinó con el personal de Salud de TARGA, para la selección de pacientes según criterios de inclusión, teniendo en cuenta los principios éticos de libre participación, confidencialidad, y esencialmente anonimato.

3° Se ubicó al paciente seleccionado con ayuda del personal Asistencial.

4° Se realizó presentación y explicación de las pautas para aplicar el instrumento a los adultos con VIH.

5° Se le pidió la comprensión del caso y su ayuda para llenar el cuestionario.

6° Por motivos ajenos a nuestra persona algunos pacientes seleccionados fueron renuentes o no procedieron a llenar el cuestionario, se procedió a preguntar a otro paciente que reúna las condiciones de inclusión que se encuentre dentro de las Instalaciones de TARGA que desee y pueda llenar el cuestionario, acto seguido se le explicó los pasos 2 y 3.

Control y Calidad de Datos

Confiabilidad:

Se obtuvo a través de una prueba piloto aplicada a adultos con características similares al universo de estudio con la finalidad de mantener criterios uniformes para detectar aspectos inadecuados en la formulación de los ítems que puedan afectar la efectividad de las listas de cotejo sobre el apoyo familiar y nivel de autocuidado que percibe el adulto.

La prueba piloto se realizó tomando al azar a 15 cuestionarios llenados del total de la muestra, dado que el cuestionario ha sido Validado según Juicio de Expertos y no existe otro establecimiento de Salud dentro de la región dónde se haya un Lineamiento TARGA, acto seguido se prosiguió a procesar la información en el programa estadístico IBM SPSS Statistic versión 22.0 para obtener el alfa de cronbach, para las variables de Nivel de Autocuidado y Apoyo Familiar en Adultos con VIH que se atienden en el Lineamiento TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo.

Cuestionario	Nº de Ítems	Promedio	Desviación Estándar	Alfa de Cronbach
---------------------	--------------------	-----------------	----------------------------	-------------------------

Autocuidado	23	2.472	0.3361	0.915
Apoyo Familiar	14	2.510	0.2366	0.946

Validez:

La validez del instrumento se obtuvo a través del Juicio de Expertos que permitió obtener la opinión profesional de los especialistas en el tema a investigar.

Procedimientos para Garantizar Aspectos Éticos en las Investigaciones con Sujetos Humanos

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantuvo el anonimato de los adultos a quienes se les aplicó el tipo de investigación a realizar, se respetó su derecho a retirarse de la misma a los que no aceptaron participar y durante la ejecución del estudio decidieron ya no proseguir. Asimismo se garantizó la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, no se dio a conocer a otras personas su identidad como participantes, cumpliéndose con los principios éticos señalados en la investigación (Anexo nº 01).

2.5. Procedimiento y análisis estadístico de datos.

Los datos recolectados a través de los instrumentos mencionados fueron procesados de manera automatizada utilizando Software IBM SPSS

versión 22.0 más hoja de cálculo de Microsoft Office Excel 2013, luego se realizó la tabulación simple o cruzada. Los resultados se ilustraron mediante tablas estadísticas de entrada simple y doble, de acuerdo a los objetivos propuestos en la investigación, considerando sus respectivos gráficos de frecuencias absolutas y porcentuales. La asociación de datos se logró aplicando la Prueba de Independencia de Criterios Chi Cuadrado (χ^2) y el nivel de significancia estadística se clasificó con $p < 0,05$.

III. RESULTADOS

TABLA N° 01

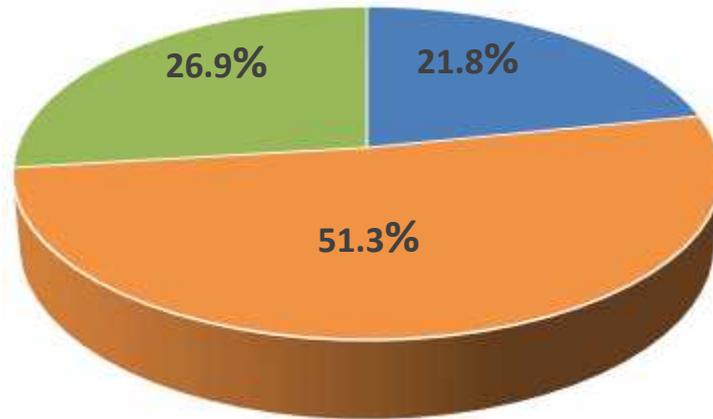
**NIVEL DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.**

Nivel	N	%
Deficiente Nivel de Autocuidado	17	21.8
Regular Nivel de Autocuidado	40	51.3
Buen Nivel de Autocuidado	21	26.9
Total	78	100

Fuente: Instrumento aplicado a adultos con VIH. TARGA. HRDT - 2014.

GRAFICO N° 01

**NIVEL DE AUTOCUIDADO EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.**



- Deficiente Nivel de Autocuidado
- Regular Nivel de Autocuidado
- Buen Nivel de Autocuidado

Fuente: Tabla N° 01

TABLA N° 02

APOYO FAMILIAR EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.

Nivel	N	%
Bajo grado de Apoyo Familiar	15	19.2
Moderado grado de Apoyo Familiar	41	52.6
Alto grado de Apoyo Familiar	22	28.2
Total	78	100

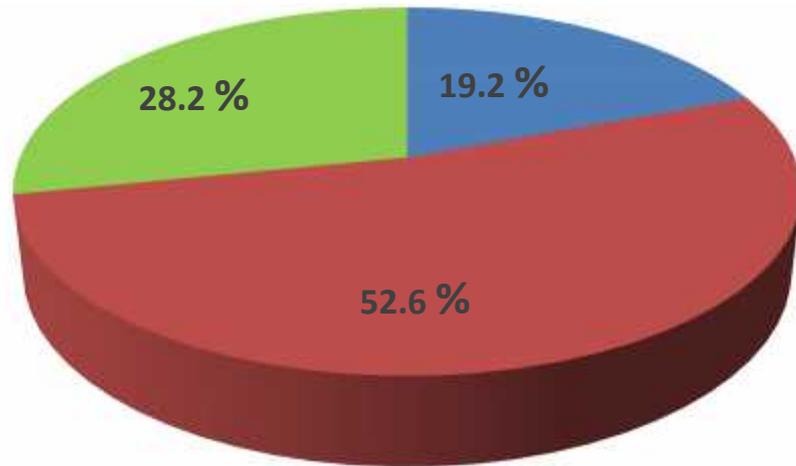
Fuente: Instrumento aplicado a adultos con VIH. TARGA. HRDT - 2014.

GRAFICO N° 02

APOYO FAMILIAR EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.

APOYO FAMILIAR

fuente
:
Tabla
N° 2



- Bajo grado de Apoyo Familiar
- Moderado grado de Apoyo Familiar
- Alto grado de Apoyo Familiar

TABLA N° 03

RÉGIMEN ALIMENTARIO EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.

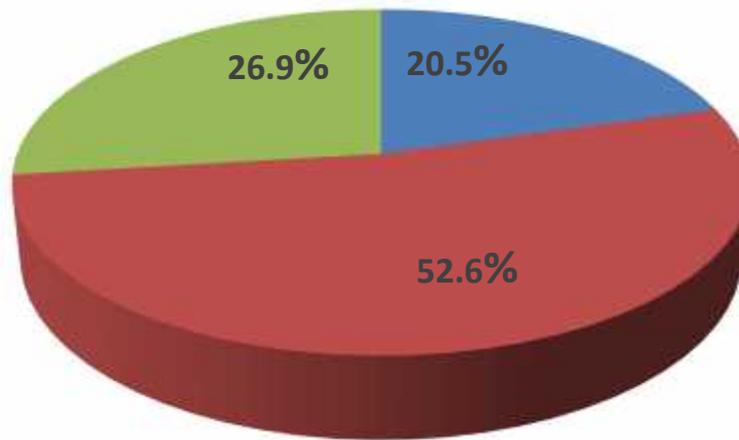
Nivel	N	%
Deficiente Régimen Alimentario	16	20.5
Regular Régimen Alimentario	41	52.6
Buen Régimen Alimentario	21	26.9
Total	78	100

Fuente: Instrumento aplicado a adultos con VIH. TARGA. HRDT - 2014.

GRAFICO N° 03

RÉGIMEN ALIMENTARIO EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014,

RÉGIMEN ALIMENTARIO



- Deficiente Régimen Alimentario
- Regular Régimen Alimentario
- Buen Régimen Alimentario

Fuente: Tabla N° 3

TABLA N° 04

ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.

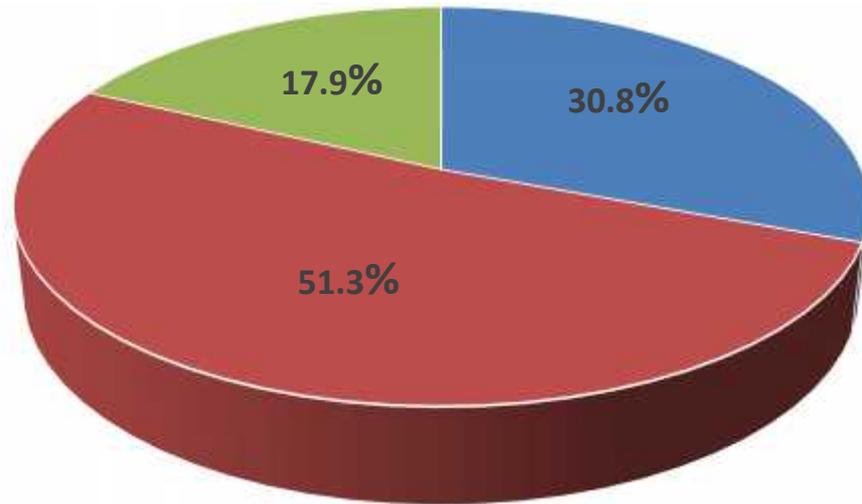
Nivel	N	%
Deficiente Actividad Física	24	30.8
Regular Actividad Física	40	51.3
Buen Actividad Física	14	17.9
Total	78	100

Fuente: Instrumento aplicado a adultos con VIH. TARGA. HRDT - 2014.

GRAFICO N° 04

ACTIVIDAD FÍSICA EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.

ACTIVIDAD FÍSICA



- Deficiente Actividad Física
- Regular Actividad Física
- Buen Actividad Física

Fuente: Tabla N°4

TABLA N° 05

CONTROL MÉDICO EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.

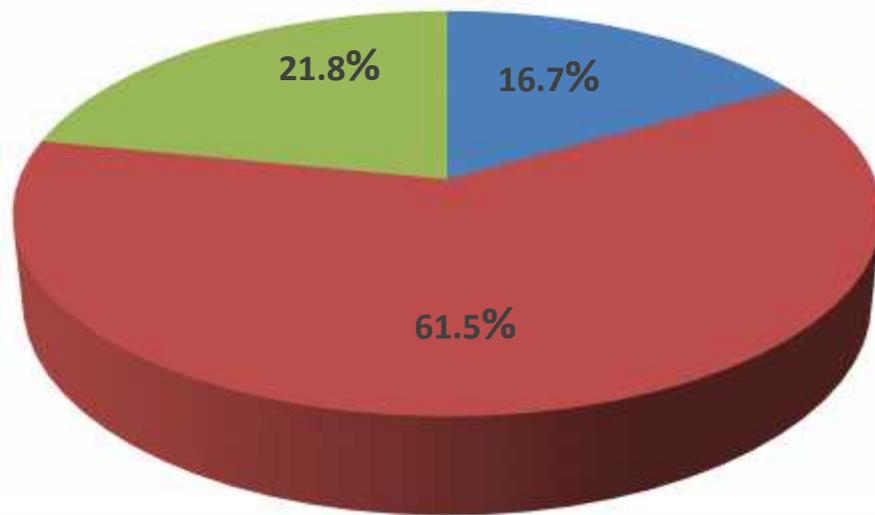
Nivel	N	%
Deficiente Control Médico	13	16.7
Regular Control Médico	48	61.5
Buen Control Médico	17	21.8
Total	78	100

Fuente: Instrumento aplicado a adultos con VIH. TARGA. HRDT - 2014.

GRAFICO N° 05

CONTROL MÉDICO EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.

CONTROL MÉDICO



- Deficiente Control Médico
- Regular Control Médico
- Buen Control Médico

Fuente: Tabla N°5

TABLA N° 06

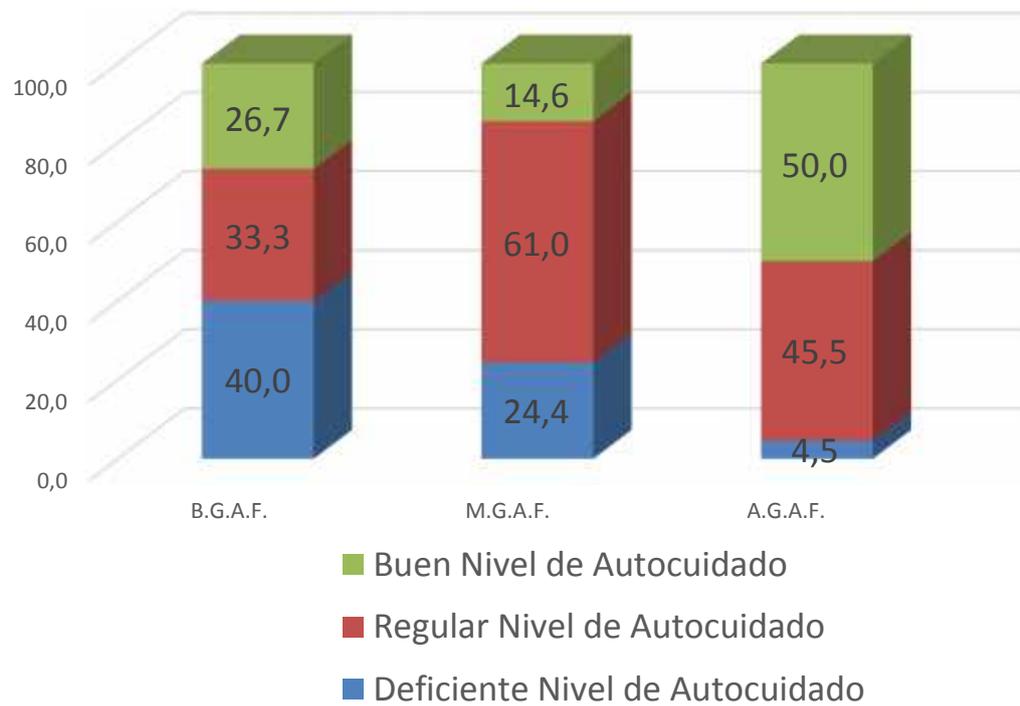
NIVEL DE AUTOCUIDADO Y APOYO FAMILIAR EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.

Nivel	Bajo. Grado.A.F.		Moderado. Grado.A.F.		Alto .Grado.A.F.		Total	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Deficiente Nivel de Autocuidado	6	40.0	10	24.4	1	4.5	17	21.8
Regular Nivel de Autocuidado	5	33.3	25	61.0	10	45.5	40	51.3
Buen Nivel de Autocuidado	4	26.7	6	14.6	11	50.0	21	26.9
Total	15	19.2	41	52.6	22	28.2	78	100

Fuente: Instrumento aplicado a adultos con VIH. TARGA. HRDT - 2014.

GRÁFICO N° 06

NIVEL DE AUTOCUIDADO Y NIVEL DE APOYO FAMILIAR EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.



Fuente: Tabla N° 6

IV. DISCUSION

Los resultados de este estudio, en cuanto a datos generales, respecto a la edad tenemos, que del total de personas encuestadas 78 (100%); 19 (24.4%) tienen entre 20 y 25 años, 16 (20.5 %) tienen entre 31 y 35 años, 13 (16.7 %) tienen entre 41 y 45 años, 11 (14.1 %) tienen entre 36 y 40 años; por tanto se evidencia que la mayor parte de pacientes afectados se encuentran en edades comprendidas de 20 y 35 años. Señalando la clasificación según Papalia, el Desarrollo Humano en las edades mencionadas corresponde a la etapa de la adultez joven. Ésta, a su vez comprende el inicio de formación educativa, curiosidad, experiencias, nuevos retos e inicio de la vida laboral, vida sexual activa; estas características propias de la edad ayudan a establecer las razones por las cuales se presenta mayor índice de infección por VIH (42) (ANEXO 8).

Respecto al Estado Civil tenemos, que 40 (51.3 %) tiene la condición de Soltero(a), 08 (10.3 %) tiene la condición de Casado(a), 25 (32.1 %) se encuentra en la condición de Conviviente, 03 (3.8 %) se encuentra en la condición de Divorciado(a), y 02 (2.6 %) se encuentra en la condición de Viudo(a) (ANEXO 9), entendiéndose que en suma la condición soltera posee el mayor porcentaje con el 51.3%, quienes portan el virus de inmunodeficiencia humana, seguido de la condición conviviente.

En relación al Grado de Instrucción tenemos, que 02 (2.6 %) no tienen Grado de Instrucción, 08 (10.3 %) tienen el grado de Instrucción Primaria, 33 (42.3%) cuenta con el grado de instrucción secundaria, y 35 (44.9%) tiene el grado de instrucción Superior (Universitaria y Técnica). Se puede concluir que la mayor incidencia de este virus es del 44.9% correspondiendo al grado de instrucción Superior (ANEXO 10).

Por otro lado, en el tiempo que acuden a la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad, 78 pacientes; 28 (35.9%) están siguiendo el tratamiento entre 06 a 12 meses, 20 (25.6%) están siguiendo el tratamiento entre 01 a 03 años, y 30 (38.5%) llevan siguiendo el tratamiento más de 03 años. En su mayoría, el 38.5% de pacientes van recibiendo tratamiento más de tres años.

La gran parte de la población afectada, posee la instrucción y conocimiento necesario de su situación actual, por ello se encuentra en la capacidad de afrontar y tomar decisiones en su estado actual de salud. Según prevalencia se difiere que, los factores predisponentes a padecer este tipo de infección de transmisión sexual (virus de inmunodeficiencia humana), son los estilos de vida, sentido de responsabilidad y decisiones

inadecuadas, consecuencia de la edad del ser humano.

Un nivel educativo universitario influye en la capacidad de Autocuidado, debido a la relación que tiene con la edad, siendo esta correspondida en la etapa adulto joven, periodo en el cual ya se ha llegado a la edad adulta, el desarrollo social, emocional, psicológico es completo, lo cual hace que se tenga la capacidad de aprender nuevas cosas y adaptar a situaciones de la vida, pero también experimentar formas peligrosas de comportamiento. Lo que respecta al VIH se encuentran estudios que revelan la prevalencia del virus de inmunodeficiencia humana en la población universitaria y técnica superior, lo cual se debe al experimentar nuevas cosas, actividad sexual más activa y consumo de sustancias psicoactivas (33).

De acuerdo a los planteamientos de Orem, las acciones de autocuidado tienen efecto positivo en la salud de las personas. Además, factores como el apoyo familiar, influyen directa e indirectamente en la ejecución de acciones de autocuidado. Para la muestra estudiada, el apoyo familiar debe favorecer el nivel de acciones de autocuidado, reflejándose su efecto positivo en mantener a las personas en seguimiento y continuidad del tratamiento oportuno, para evitar diversas complicaciones. Los resultados obtenidos se comportaron directamente proporcionales; ya que se identifica correlación entre ambas.

En la tabla N° 01 y gráfico N° 01 Que muestran los resultados relacionados al nivel de Autocuidado que tienen los adultos con VIH del Lineamiento TARGA del Hospital Regional Docente de Trujillo, de un total de 78 (100%) de pacientes, 26.9% tienen un Buen Nivel de Autocuidado, 51.3% tienen un Regular Nivel de Autocuidado, y 21.8% poseen un Bajo Nivel de Autocuidado.

En cuanto a los resultados significativos, Tabla N° 01 muestra una mayor proporción 51.3% de adultos que tienen un nivel de autocuidado regular, consiguiendo a un buen autocuidado correspondiente al 26.9%, frente al proceso de recuperación y tratamiento de su enfermedad. Estos resultados no se asemejan a los reportados en el estudio de Monsalve, M. (2009) titulado el Nivel de Autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo, donde se encontró que el 87.5% de los adolescentes tienen un nivel alto de autocuidado y un 12.5% un deficiente nivel de autocuidado (45).

Con estos resultados podemos afirmar que en su mayoría los pacientes perciben la importancia de mejorar su calidad de vida y nivel de autocuidado frente a la recuperación de su salud, a su vez conlleva a los profesionales de enfermería a una reflexión permanente de no sólo brindar atención que se enfoque principalmente al cuidado biológico, sino también en fortalecer la labor educativa enfocada en las principales necesidades arraigadas al sujeto de atención, como su actividad física,

alimentación, y controles médicos. Orem percibe a la persona como un todo integrado que funciona biológica, psicológica y socialmente, con la capacidad potencial de satisfacer sus propias necesidades de autocuidado, con el fin de regular los factores que afecten a su propio desarrollo y actividad en beneficio de la vida, salud y bienestar. Enfatizando a su función social, prevalece la importancia de la inserción y apoyo del sistema familiar en el proceso de autocuidado del individuo, esto va a contribuir eficazmente, y va orientado a la integridad estructural, funcional del sujeto de atención promoviendo a su vez a un tratamiento oportuno y cuidado de sí mismo.

Tabla N°2 y Grafico N°2 Se observa que los niveles de Apoyo Familiar de un total de 78 (100%) pacientes adultos con VIH del lineamiento TARGA; 28.2% tienen un Alto Grado de Apoyo Familiar, 52.6% presentan un Moderado Grado de Apoyo Familiar, y 19.2% presentan un Deficiente Grado de Apoyo Familiar.

Nuestros resultados son similares a los encontrados por Luján, J. y Tuesta, C. (2006), en su trabajo de investigación Grado de apoyo familiar percibido y su relación en el nivel de depresión en los pacientes VIH, donde se encontró que la mayor parte de los pacientes con VIH, es decir el 48.6% presentaron moderado grado de apoyo familiar, el 45.7% presentó alto grado de apoyo familiar y sólo el 5.7% presentó bajo grado de apoyo familiar.

Con estos resultados que concuerdan estadísticamente con los nuestros, podemos rescatar que las cifras estadísticas resultantes en la variable en mención el mayor porcentaje radican en un Moderado Grado de Apoyo Familiar, seguido de un alto apoyo. Por tanto se difiere que el proceso de adaptación del sujeto de atención, aunado al apoyo del sistema social y familiar se da en forma adecuada, o en proceso de mejora, identificándolo como un estímulo positivo para la recuperación.

Sabiendo que la familia es la mayor fuente de apoyo social y personal de que pueden disponer las personas, donde ella cumple el rol de cuidadora, brinda seguridad emocional y ayuda a enfrentar las complicaciones de la enfermedad; por esta razón el sistema familiar constituye una pieza clave en el proceso de autocuidado, que es la mayor garantía para lograr el bienestar físico y espiritual del ser humano.

En la Tabla N°3 y grafica N°3 Se observa un regular régimen alimentario en un 52,6 %, seguido de un buen régimen alimentario en un 26%, esto refleja un buen estilo de vida en este indicador, el cual se basa en el consumo de una dieta balanceada rica en proteínas, vitaminas, entre otros. Finalmente un 20,5 % presenta un deficiente régimen alimentario, el cual impide que éste no se dé favorablemente repercutiendo en el autocuidado y por consiguiente en el estado de su salud, siendo necesario aquí una reposición de los nutrientes antes

mencionados en su ingesta evidenciándose objetivamente en las medidas antropométricas del paciente, promover un resultado óptimo y de esta manera mantener un buen régimen alimentario.

Tabla N°4 gráfica N° 4 Se observa regular actividad física con 51% seguido de una deficiente actividad física con 30,8%, el cual indica que un mayor porcentaje evidencia que si practican ejercicio regularmente, cabe señalar que hay un porcentaje considerable que no practica ejercicio regularmente lo cual es un gran limitante que repercute en el estado de salud ya que el practicar ejercicio ayuda a mantener el buen funcionamiento de los órganos vitales favoreciendo la oxigenación de tejidos y permitiendo que la persona se sienta más activa y mejore su estado de ánimo y así contribuir en su autocuidado.

Tabla N° 5 y gráfica N° 5 Se observa un regular control médico con un 61,5 %, seguido de un 21,8% correspondiente a un buen control médico, esto evidencia que los adultos con VIH insisten en un seguimiento correcto a su tratamiento y cuidado de su salud. Sin embargo, no todos realizan óptimamente aquello, ya que no todos cuentan con un buen apoyo familiar, asimismo influye también las ideas preconcebidas, creencias, formas y estilos de vida que poseen estos pacientes, siendo un gran reto para el rol enfermería.

En la gráfica N° 6 Al establecer relación entre el Nivel de autocuidado y el Apoyo familiar del adulto con VIH, muestra un regular nivel de autocuidado con un 61% en relación a un moderado grado de apoyo familiar, seguido de un buen nivel de autocuidado con un 50% en relación a un alto grado de apoyo familiar, y un 40% deficiente nivel de autocuidado en relación a un bajo grado de apoyo familiar.

Se concluye que, según datos obtenidos el adulto con VIH enrolado en TARGA posee un regular y alto nivel de autocuidado en relación a un moderado y alto grado de apoyo familiar, esto indica que para el paciente mejorar su nivel de autocuidado involucra a la familia; la familia es el principal ambiente de acogida y solidaridad, de ello va a depender que tenga la suficiente actitud de afronte hacia su estado de salud, continuación de su tratamiento, control médico, alimentación, y por ende mejorar su autocuidado y así mantener su calidad de vida. Por otra parte existe un deficiente nivel de autocuidado y un bajo grado de apoyo familiar lo cual limitan la posibilidad de obtener un alto nivel de autocuidado.

Por lo que finalmente se concluye que la mayoría de adultos con VIH conocen acerca de su autocuidado y reciben en su mayoría el apoyo de su familia; sin embargo un porcentaje mínimo aun no presentan un nivel de autocuidado alto lo cual no favorecerá en el mantenimiento de su salud, permitiendo el riesgo de enfermar, cabe destacar la importancia

que cumple el rol educativo del profesional de enfermería ya que está en capacidad de identificar necesidades educativas, individuales y/o colectivas del paciente; así como también sus limitaciones disposición para aprender posibilitando las condiciones necesarias para una condición permanente favoreciendo la participación activa en el autocuidado a través de la comunicación horizontal y una buena interacción con el paciente y familia.

V. CONCLUSIONES

Luego de realizado el presente estudio de investigación, haber analizado y discutido los resultados obtenidos se llegó a las siguientes conclusiones:

1. El nivel de autocuidado que destaca estadísticamente es el nivel regular 51.3% seguido del buen nivel de Autocuidado 26.9%; y deficiente 21.8%, por el cual representa la importancia que percibe el adulto con VIH de mejorar su calidad de vida frente a su estado de salud.
2. En relación al Apoyo familiar, el nivel moderado es de un 52.6%, seguido de un buen grado 28.2% y un deficiente de 19.2%.
3. El autocuidado y el apoyo familiar se relacionan significativamente promoviendo de esta manera un tratamiento eficaz y oportuno para el adulto con VIH.

RECOMENDACIONES

- Dar a conocer los resultados a la Dirección y a la Jefatura del Departamento de Enfermería del Hospital Regional Docente de Trujillo, para que sirvan de base a las decisiones que puedan tomarse con el propósito de mejorar la calidad del cuidado del adulto con VIH.
- Realizar estudios de investigación sobre el tema con diferentes grupos poblacionales en otras sedes de estudio a fin de establecer estudios comparativos.
- Recomendar al personal salud de la Terapia Antirretroviral de Gran Actividad, se incluya a la familia en los talleres de capacitación, y así abrir espacios de reflexión y una mejor convivencia con el paciente, como parte de una atención integral al paciente y familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Abanto P, Alcántara K. *Nivel de Autoestima y Grado de Depresión del paciente con VIH/SIDA. Programa TARGA del H.V.L.E.* Universidad Nacional de Trujillo. [Tesis para optar el título de Licenciada en Enfermería]. Trujillo, Perú. 2012.
2. Amaya P. *La Investigación en Enfermería familiar una revisión crítica.*
URL Disponible en:
<http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/16577/17484> (Accesado: 20 julio 2014).
3. Barín F. *“Diagnóstico y Seguimiento de la Infección por VIH”.* Departamento de Enfermedades Infecciosas y Tropicales Saint-Hospital Center. Bellevue Hospital. Francia. URL Disponible en:
http://www.biomerieux.com.co/upload/Livret_20HIV_ES1.pdf
(Accesado: 18 mayo de 2014).
4. Beare P., Myers J. *Cuidados de Enfermería de los adultos con trastornos inmunitarios.* EL Tratado de Enfermería Mosby.Vol1 ed. México. Ed. Harcourt Brace; 1998. Pp: 971-973.
5. Beers H. *Nuevo manual moderno Merck de información médica general.* Océano. Tomo 2.Cap.199.Pp: 1391-1399.

6. Betancourt H. Guía de Nutrición para el Manejo de Personas viviendo con VIH/SIDA. [Monografía]. Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social Dirección de Regulación. Programa Nacional de ITS/VIH/SIDA. 2004. San Salvador. URL Disponible en: http://asp.salud.gob.sv/regulacion/pdf/guia/guia_nutricion_viviendo_VI_H.pdf (Accesado: 12 setiembre 2014).
7. Bocanegra M. *“Familia: Lazos de sangre, cuidando y luchando por amor, frente a un paciente con SIDA”*. Universidad Nacional de Trujillo [Tesis de Postgrado en Enfermería]. Trujillo-Perú. 2006.
8. Brunner y Suddarth. *Tratado de enfermería Medico quirúrgica*, 9^a. ed. México Ed. Mc Graw Hill; 2002, Pp.: 87-90.
9. Canales F, Alvarado E y Pineda E. *Metodología de la Investigación*. Manual para el desarrollo del personal de salud 20^a. ed. México. Ed. LIMUSA. 2005. Pp.: 80-83.
10. Cantú R., Torres E. y Cols. *Impacto Psicosocial en personas que viven con VIH-SIDA en Monterrey, México*. 2012. URL Disponible en: http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Rodrigo%20Cant%FA%20Guzm%E1n_2.pdf (Accesado: 31 enero 2015).

11. Cook J, Fontaine K. *Fundamentos Esenciales de Enfermería en Salud Mental* 2º Edición. Editorial Interamericana Mc Graw Hill. México. 1998.
12. Chunga S. *Nivel de depresión y factores biosociales en personas adultas con VIH/SIDA*. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Piura. 2010.
13. De la Revilla I. *Porque es necesaria la atención familiar en Conceptos e instrumentos de la atención familiar*. D. D. Doyma Ed. Barcelona.España.1994; Pp.: 38.
14. Dresler D, Boemer M. *Significado do cuidado o paciente con AIDS. Una perspectiva de comprensao*. Rev. Braz. Enfermería Brazil. 1999.
15. Durand J. *Relación entre el Nivel de Resiliencia del familiar del paciente con VIH-SIDA y su participación en la satisfacción de la necesidad de apoyo emocional del paciente en el Hospital Arzobispo Loayza*. [Tesis Pregrado]. Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2007. URL Disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/1003/1/wong_cm.pdf (Accesado: 28 febrero 2015).

16. Fauci, A. Braunwald E, KASPER D. y cols. *Principios de Medicina Interna* 17a ed. México Ed. Mc Graw Hill; 2009, Pp.: 1137, 1146- 1149.
17. Farreras R. *Medicina Interna*. Volumen II. 17ava. ed. Elsevier España S.L. 2009. Pp.: 2563-2566.
18. Gamarra R. *Depresión y apoyo familiar en pacientes crónicos terminales*. [Tesis para optar el título de enfermería]. Trujillo. Hospital Víctor Lazarte Echeagaray; 2005.
19. Gatell J, Miro J, Pumarola T. *Medicina interna. Infecciones causadas por retrovirus humanos*. 14ava.ed. Madrid –España. Ed. Harcourt, S.A. 2000. Pp.: 2870-2879.
20. Griffith J. y Christensen P. *Proceso de Atención de Enfermería. Aplicación de Teorías y Modelos*. México. Ed. Manual Moderno; 1996. Pp:365-366.
21. Gómez B. *Departamento de Clínicas Médicas. Infección por VIH. San Pedro Claver ISS, Santafé*. Bogotá. 2012.
22. González E. y cols. *Guía de atención domiciliaria para la persona que vive con VIH/SIDA*. ADN Ed. México DF. 2006. Pp: 5.

23. Hernández R., Fernández C., Baptista L. *Metodología de la Investigación*. Ed. Mc Graw Hill, México 2006. Pp.: 60-80
24. Juárez R. “*Nivel de conocimiento y prácticas de autocuidado en personas que viven con VIH/SIDA*”. [Tesis Para optar el título de enfermería]. Hospital Regional Docente de Trujillo”. Trujillo-Perú. 2010.
25. Kamisato D. y Mauro J. “*Estudio comparativo de calidad de vida, actividad física y fuerza prensil entre pacientes sometidos a Peritoneo diálisis y sujetos sanos*” [Tesis para optar al grado de Licenciado en Kinesiología]. Santiago de Chile. 2007.
26. Lawrence M, Stephen J, Maxine A. *Diagnóstico clínico y Tratamiento*. Trigésima Novena Edición. Editorial El Manual Moderno. México. 2004. Pp:1237-1265
27. Marriner M. *Modelos y Teorías de Enfermería*. 4ta ed. Madrid – España: Ed. Harcourt – Brace, 2001. Pp.: 177 – 179.
28. Medellín G y Cilia E. *Crecimiento y Desarrollo del ser humano*. 1era ed. Tomo II. Washington: Ed. OMS, 1995. Pp: 807 – 837.

29. MINSA. *Boletín Epidemiológico Semanal N° 01 sobre VIH/SIDA. Tacna-Perú. 2012.* URL Disponible en: http://www.tacna.minsa.gob.pe/uploads/epidemiologia/2012/BOL_SE_01.pdf (Accesado: 27 diciembre 2014).
30. Ministerio de Salud. *Casos y Tasa de Incidencia de SIDA. La Libertad. 2012.* URL Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/morbilidad/sida/SidaMacros.asp?13> (Accesado: 2 febrero 2015).
31. Ministerio de Salud - *Dirección General de Epidemiología. Estadística: Indicadores Nacionales. Perú. 2012.* Indicadores de Morbilidad. URL Disponible en: <http://www.minsa.gob.pe/estadisticas/estadisticas/indicadoresSalud/morbilidad/sida/SidaMacros.asp?00> (Accesado: 28 diciembre 2014).
32. Ministerio de Salud. *Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual. Setiembre 2013.* URL Disponible en: http://www.app.minsa.gob.pe/bsc/detalle_indbsc.asp?lcind=18&lcobj=4&lcper=1&lcfreg=5/11/2013 (Accesado: 9 marzo 2015).

33. Manosalva M, Espinoza X, Mateus J. *Capacidad de Agencia de Auto cuidado de las personas portadoras de VIH-SIDA*. Pontificia Universidad Javeriana. Departamento de Área Clínica. Bogotá. 2008. URL Disponible en: <http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis12.pdf> (Accesado: 25 agosto 2014).
34. Montoya C., Pinedo J. *Apoyo familiar y Auto cuidado en Adultos Mayores con Osteoartrosis*. [Tesis para optar el título de enfermería]. Policlínico Divino Maestro. Trujillo-Perú. 2012.
35. Moreno M, Alvarado A. “*Aplicación del Modelo de Adaptación de Callista Roy en Latinoamérica: revisión de la literatura*” Aquichan, Vol. 9, Núm. 1, abril. Colombia. 2009. URL Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/741/74111465007.pdf> (Accesado: 6 setiembre 2014).
36. Monsalve M. *Nivel de Autocuidado que tienen los adolescentes portadores del virus del VIH-SIDA en el Hogar San Camilo*. [Tesis Doctoral] Lima. Universidad Nacional Mayor de San Marcos. 2009.

37. Nereyda C, Orestes B, Medina V. *Revista Cubana de Psicología. SIDA: Impacto Psicosocial. Universidad de la Habana. 2013.* URL Disponible en: http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S025743222003000400009 (Accesado: 22 junio 2014).
38. Ontivero A, López E, Cabrera J. *Influencia en pacientes de las representaciones sociales sobre el VIH y SIDA de los familiares. Revista de Ciencias Médicas La Habana. 2010.* URL Disponible en: http://www.cpicmha.sld.cu/hab/Vol16_2_10/hab19210.html (Accesado: 11 mayo 2014).
39. ONUSIDA. *Informe Mundial de avances en la lucha contra el SIDA. 2013.* URL Disponible en: <http://www.unaids.org/es/dataanalysis/knowyourresponse/globalaidsprogressreporting/> (Accesado: 19 octubre 2014).
40. ONUSIDA. *Informe Mundial: informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA. 2012.* URL Disponible en: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf (Accesado: 3 diciembre 2014).

41. Ortego Maté M, López González S, Álvarez Trigueros M. Ciencias Psicosociales. Tema 13. El Apoyo Social. Universidad de Cantabria.2013
42. Papalia D. *Desarrollo Humano* 9º Edición. Editorial Mc Graw-Hill Interamericana. México. 2004. Pp: 506 – 512
43. Polit D, Hungler B. *Investigación Científica en Ciencias de la Salud*. 4ª ed., Interamericana, México. 1997. Pp.: 19-191.
44. PORTH, C. *Fisiopatología, salud-enfermedad: Un enfoque conceptual*.7a.ed. Ed. S.A, Wiskonsi.2006 Cap. 22. Pp: 428-429.
45. Potter P y Perry A. *Fundamentos de Enfermería: Teoría y Práctica*. 4ta ed. Madrid, España. Ed. Harcourt - Brace, 2002, Pp.: 38-40, 242-242.
46. Rizo G, Orozco I. *Investigación en salud: Apoyo social en relación al tratamiento de las personas con SIDA*.2002. Pp: 23-32.

47. Rodríguez L, Carrobles A, Remor E. *Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH*. 2003.
- URL Disponible en:
<http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=645487> (Accesado: 1 marzo 2015).
48. Romo J. y Salido F. *SIDA: Manejo del paciente con VIH*. Ed. Manual moderno. México. 1999. Pp: 112-116.
49. Rosales V. *Cuidado del Adulto en Terapia Oncológica: "Nivel de Depresión y Grado de Apoyo Familiar en pacientes con SIDA y cáncer terminal en Iren Norte"*. [Tesis Post Grado]. Trujillo-Perú. 2012
50. Rosas C. *Nivel de Autocuidado en pacientes con Diabetes Mellitus: Influencia de un Programa Educativo*. [Tesis Post Grado]. Trujillo-Perú. 1996.
51. Salcedo G. *"Evaluación del Apgar Familiar en pacientes con VIH-SIDA"*. [Tesis Post Grado]. Colima, México. 2006. URL Disponible en:
http://digeset.ucoj.mx/tesis_posgrado/Pdf/Gregorio_Salcedo_Avila.pdf
(Accesado: 4 noviembre 2014).
52. Sampaio F, Francisco G, Fabiane do Amaral y at. *"La convivencia del adolescente con HIV/SIDA y el autocuidado"*. Hospital Dos de Mayo.

Perú 2013. URL Disponible en:
http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/3812/html_1

(Accesado: 7 marzo 2014).

53. Servín G, Orozco V, Nery A. y col. *Guía de Enfermería para la atención de las personas con VIH*. 2da ed. 2009. México. URL Disponible en:
http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/guia_enf_09.pdf
(Accesado: 6 enero 2015).

54. Stein J, Hutton J, Kohler P, O'rouke R. y col. *Medicina Interna*. 3ra Edición. Tomo II. Salvat Editores S.A. 1992. PP.: 1339-1348.

55. Teva L, Bermúdez B, Hernández Quero J, Buera Casal G. *Evaluación de la depresión, ansiedad e ira en pacientes con VIH/SIDA*. 2005. URL Disponible en : <http://www.inprf-cd.org.mx/pdf/sm2805/sm280540.pdf>
(Accesado: 31 enero 2015).

56. UPCH: *Programa de capacitación a Equipos Multidisciplinarios encargados de la Atención Integral y Tratamiento Antirretroviral en PVVS. Proyecto de Fortalecimiento de la Prevención y control del VIH/SIDA y la TBC*. Lima-Perú. 2003.

57. Uriol R. *¿POR QUÉ YO? Tener SIDA es dejar de existir. Estudio*

Fenomenológico. [Tesis Postgrado]. Trujillo-Perú. 2003

58. Velásquez G, Gómez R. *Fundamentos de Medicina. SIDA: Enfoque Integral*. 2da. ed. Corporación para Investigaciones Biológicas. Medellín, Colombia. 1996.

59. Vera V, Estrada A. *Influencia Social y Familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo*. México. 2004; Pp.: 29-35

60. Muñoz, O., Zárate, A. Y col. *La atención de pacientes con SIDA. Iniciativa Regional sobre SIDA para América Latina y el Caribe. Gaceta Médica de México*. 2005. Disponible en URL: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd4854.pdf> (Accesado: 14 noviembre 2014).

ANEXOS



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO Nº 1

Consentimiento Informado

Trujillo-----de-----del 20-----

Estimados señores:

Mediante el presente documento afirmo de haber sido informado (a) acerca del propósito del trabajo de investigación titulado: **APOYO FAMILIAR Y NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON VIH. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO, 2014**”, el cuál será realizado por las Bachilleres en Enfermería Karen Rodríguez Torres y Esther Gastañadui Charcape, acepto ser entrevistada para brindar información que será de utilidad en este estudio. Además entiendo que se me aplicarán dos cuestionarios, uno para conocer el apoyo familiar que poseo frente a mi estado de salud y el otro que permitirá determinar el nivel de Autocuidado hacia el proceso de la enfermedad, los mismos que serán aplicados en un tiempo aproximado de treinta (30) minutos.

Confirmando que he concedido libre y voluntariamente la autorización para la aplicación de estos instrumentos en mi persona; asimismo se me garantiza que la información será tratada con criterio de confidencialidad y mi identidad bajo criterio de anonimato.

Firma del participante

Bach. Vanessa Gastañadui C.

N. Siglas del participante

Bach. Karen Rodríguez T



**UNIVERSIDAD PRIVADA ANTONIO ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

ANEXO Nº 2

**NIVEL DE AUTOCUIDADO DEL ADULTO CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE TRUJILLO, 2013**

Elaborado por Rodríguez, Karen y Gastañadui, Esther (2013).

CUESTIONARIO

Instrucciones: Estimada(o) entrevistada(o) a continuación se les presenta una serie de preguntas, que permitirá determinar como usted afronta su situación actual de salud. El llenado de este instrumento es de carácter **CONFIDENCIAL Y ANÓNIMO**. Se le solicita responder cada pregunta de la manera más exacta posible marcando con un aspa (X) la respuesta que considere correcta.

MUCHAS GRACIAS!

I. Datos Generales

Edad: _____

Estado Civil: Soltera(o) () Casado(a) () Conviviente ()

Divorciado (a) () Viudo(a) ()

Grado de Instrucción: Sin instrucción () Primaria () Secundaria ()

Superior ()

Tiempo de Tratamiento:

() 6 meses a 1 año () 1 a 3 años () 3 años

Nivel de Auto cuidado

ÍTEMS	N	A V	S
Alimentación			
1. Recibe orientación del profesional de enfermería sobre su alimentación de forma personalizada.	1	2	3
2. Participa en la selección de sus alimentos y plan de dieta.	1	2	3
3. Su alimentación es variada: cereales, frutas y verduras, lácteos (como huevo, leche), carnes, pescado, grasas y azúcares.	1	2	3
4. Ingiere por lo menos 2 litros de agua al día (8 vasos).	1	2	3
5. Evita el consumo de alcohol, café y tabaco.	1	2	3
6. Ingiere sus alimentos a determinadas horas del día.	1	2	3
Actividad física			
7. Realiza un programa de ejercicios físicos.	1	2	3
8. Realiza caminatas o paseos a diarios.	1	2	3
9. Duerme por lo menos 6 a 8 horas diarias.	1	2	3
10. Realiza técnicas de relajación para controlar su estrés	1	2	3
11. Toma alguna siesta durante el día.	1	2	3
Controles Médicos			
12. Asiste regularmente a sus controles médicos.	1	2	3
13. Controla su peso.	1	2	3
14. Cumple las indicaciones médicas y de enfermería.	1	2	3
15. Regularmente tomo medicamentos con prescripción médica.	1	2	3
16. Cumple con su tratamiento indicado por su médico.	1	2	3
17. Comunica a su médico o enfermera cualquier síntoma extraño o que desconoce.	1	2	3
18. Si tiene que tomar un nuevo medicamento, pide	1	2	3

información sobre los efectos indeseados.			
19. Sus medicamentos los ingiere con la presencia del personal de salud.	1	2	3
20. Pone en práctica medidas de prevención en casa.	1	2	3
21. El uso de sus utensilios personales (jabón, toalla, cepillo, cubiertos, etc.) son de uso exclusivo por Usted.	1	2	3
22. En cuanto a su intimidad utiliza preservativo como protección.	1	2	3
23. Conoce usted a las infecciones agregadas (Neumonía, Clamidia, Tuberculosis, entre otros) a la enfermedad que tiene actualmente.	1	2	3
PUNTAJE TOTAL			

Operacionalización:

Siempre = 3

A veces = 2

Nunca = 1

¡Gracias por su honestidad y tiempo!



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTEOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

ANEXO Nº 3

**APOYO FAMILIAR EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL
REGIONAL DOCENTE TRUJILLO, 2013**

Elaborado por Rodríguez, Karen y Gastañadui, Esther (2013).

CUESTIONARIO

Instrucciones: Estimado(a) entrevistado(a) a continuación se le presenta una serie de interrogantes, que servirán para identificar el grado de apoyo familiar que recibe en su proceso salud-enfermedad. El llenado de este instrumento es de carácter **CONFIDENCIAL Y ANÓNIMO**. Por favor responder cada ítem de la manera más exacta posible marcando con un aspa (X) la respuesta que considere correcta.

MUCHAS GRACIAS!

ITEMS	N	AV	S
1. Recibe atención y apoyo emocional de su pareja o familia.	1	2	3
2. Su familia lo ayuda a sentirse mejor cuando se siente deprimido.	1	2	3
3. Su familia lo motiva para seguir su tratamiento	1	2	3
4. Se brindan abrazos, besos y palabras cariñosas entre su familia.	1	2	3
5. Se siente libre de expresar sus ideas, sentimientos y opiniones frente a su familia.	1	2	3

6. Cree que la comunicación con su familia es buena y suficiente.	1	2	3
7. Existe comprensión y diálogo entre los miembros de su familia.	1	2	3
8. Existe respeto y tolerancia en su familia.	1	2	3
9. Para tomar decisiones participa en conjunto los miembros de su familia.	1	2	3
10. Los acuerdos establecidos en su familia se cumplen.	1	2	3
11. Comparte con su familia el tiempo que tiene libre.	1	2	3
12. Con que frecuencia su familia lo acompaña a sus controles médicos.	1	2	3
13. Asiste a fiestas de familias y amigos.	1	2	3
14. Sus familiares se informan acerca del proceso de su enfermedad.	1	2	3
PUNTAJE TOTAL			

Operacionalización:

Siempre = 3

A veces = 2

Nunca = 1

¡Gracias por su honestidad y tiempo!

ANEXO N° 04

CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

Para determinar la confiabilidad del instrumento se procedió a aplicar la prueba estadística alfa de cronbach.

$$\alpha = \frac{k}{k-1} \left[1 - \frac{\sum S_i^2}{S_T^2} \right]$$

Dónde:

K: N° de preguntas o ítems.

S_i^2 : Sumatoria de Varianzas de los Items

S_T^2 : Varianza de la suma de los Items

Cuestionario	N° de Ítems	Promedio	Desviación Estándar	Alfa de Crombach
Autocuidado	23	2.472	0.3361	0.915
Apoyo Familiar	14	2.510	0.2366	0.946

ANEXO N° 05

Prueba de Chi cuadrado de Pearson

$$\chi^2 = \sum_{i=1}^k \sum_{j=1}^p \frac{(n'_{ij} - n_{ij})^2}{n'_{ij}}$$

$$n'_{ij} = \frac{n_{i.} \cdot n_{.j}}{n}, \quad \forall i = 1, 2, \dots, k; j = 1, 2, \dots, p;$$

Esta prueba nos sirve para saber si existe independencia entre dos variables.

Trabajando con el IBM SPSS STATISTICS, obtenemos:

Pruebas de chi-cuadrado de Pearson

		Apoyo Familiar
Autocuidado	Chi cuadrado	13,902
	gl	4
	Sig.	,008 ^{*,a}

*. El estadístico de chi-cuadrado es significativo en el nivel 0.05.

Como el valor de significancia es menor que 0.05, entonces se rechaza la hipótesis de independencia de variables, es por ello que podemos afirmar que las variables Autocuidado personal y Apoyo familiar están relacionadas estadísticamente.

ANEXO N° 06

Prueba de correlación de variables

$$r = \frac{N \sum xy - \sum x \sum y}{\sqrt{[N \sum x^2 - (\sum x)^2][N \sum y^2 - (\sum y)^2]}}$$

Dónde, trabajando con el IBM SPSS STATISTICS, obtenemos:

Correlaciones

		Au_Cuid	Apo_fam
Au_Cuid	Correlación de Pearson	1	.278
	Sig. (bilateral)		.014
	N	78	78
Apo_fam	Correlación de Pearson	.278	1
	Sig. (bilateral)	.014	
	N	78	78

$$r^2 = 0.27$$

$$r = 0,51\% = 52\%$$

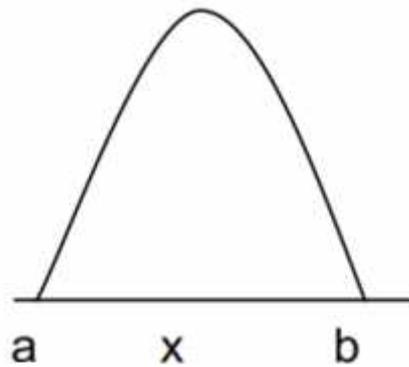
Podemos decir que existe una correlación positiva entre las variables

ANEXO N° 07

MEDICIÓN DE LA VARIABLE

ESCALA DE ESTANONES

Para la clasificación de Apoyo Familiar, Nivel de Autocuidado y sus tres dimensiones (Régimen Alimentario, Actividad Física y Control Médico) en el adulto con VIH/SIDA que son atendidos en el Hospital Regional Docente de Trujillo se utilizó la curva de Gauss, usando una constante de 0.75.



Los intervalos serán:

$$a = x - 0.75(S)$$

$$b = x + 0.75(S)$$

Dónde:

$$S = \sqrt{S_t^2}$$

$$X = \frac{\sum x}{n}$$

1. Nivel de Apoyo Familiar

$$S = 4.832$$

$$X = 35.231$$

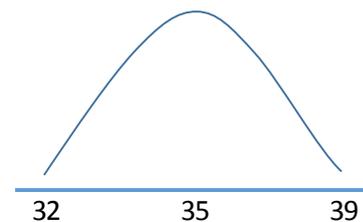
$$a = 35.231 - 0.75 (4.832) = 31.61 \cong 32$$

$$b = 35.231 + 0.75 (4.832) = 38.85 \cong 39$$

$$\text{Alto grado de Apoyo Familiar} = 39 - 42.$$

$$\text{Moderado grado de Apoyo Familiar} = 32 - 38.$$

$$\text{Bajo grado de Apoyo Familiar} = 0 - 31.$$



2. Nivel de Autocuidado

$$S = 4.607$$

$$X = 57.000$$

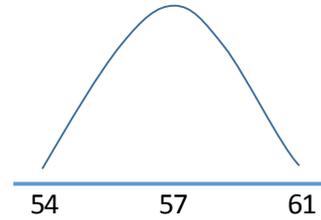
$$a = 57.000 - 0.75 (4.607) = 53.55 \cong 54$$

$$b = 57.000 + 0.75 (4.607) = 60.45 \cong 61$$

Buen Nivel de Autocuidado = 61
– 69.

Regular Nivel de Autocuidado = 54 – 60.

Deficiente Nivel de Autocuidado = 0 – 53.



2.1. Nivel de Régimen Alimentario

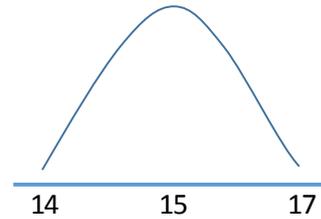
$$S = 1.930$$

$$X = 15.166$$

$$a = 15.1667 - 0.75 (1.9300) = 13.7191$$

$$\cong 14$$

$$b = + 0.75 (1.9300) = 16.61412 \cong 17$$



Buen régimen alimentario = 17 – 18.

Regular régimen alimentario = 14 – 16.

Deficiente régimen alimentario = 0 – 13.

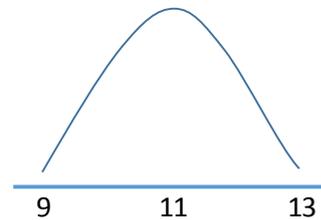
2.2. Nivel de Actividad Física

$$S = 2.134$$

$$X = 10.603$$

$$a = 10.603 - 0.75 (2.134) = 9.00 \cong 9$$

$$b = 10.603 + 0.75 (2.134) = 12.20 \cong 13$$



Buena actividad física = 13
– 15 pts.

Regular actividad física = 10 – 12 pts.

Deficiente actividad física = 0 – 9 pts.

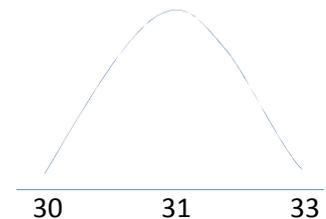
2.3. Nivel de Control Médico

$$S = 2.032$$

$$X = 31.231$$

$$a = 31.231 - 0.75 (2.032) = 29.71 \cong 30$$

$$b = 31.231 + 0.75 (2.032) = 32.75 \cong 33$$



Buen Control Médico = 33 – 36 pts.

Regular Control Médico = 30 – 32 pts.

Deficiente Control Médico = 0 – 29 pts.

ANEXO N° 8

TABLA N° 07

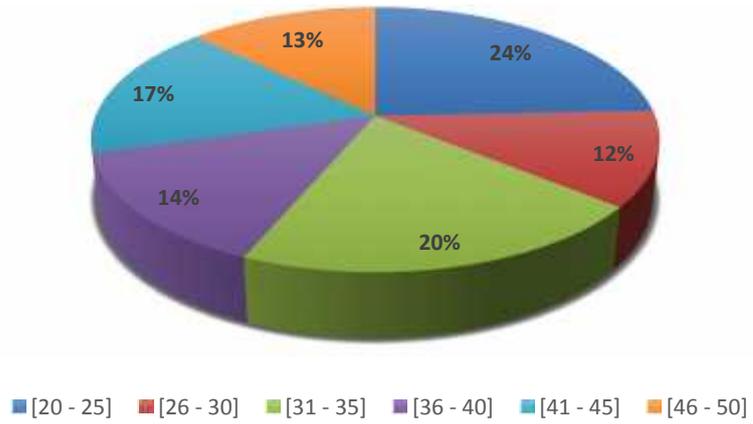
**EDAD EN ADULTOS CON VIH.TARGA, HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.**

<i>Edad</i>	<i>Frecuencia</i>	<i>Porcentaje</i>
<i>[20 - 25]</i>	19	24.4
<i>[26 - 30]</i>	9	11.5
<i>[31 - 35]</i>	16	20.5
<i>[36 - 40]</i>	11	14.1
<i>[41 - 45]</i>	13	16.7
<i>[46 - 50]</i>	10	12.8
<i>Total</i>	78	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a adultos con VIH. TARGA. HRDT - 2014.

GRÁFICO N° 07

EDAD EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.



Fuente: Tabla N° 7

ANEXO N° 9

TABLA N° 08

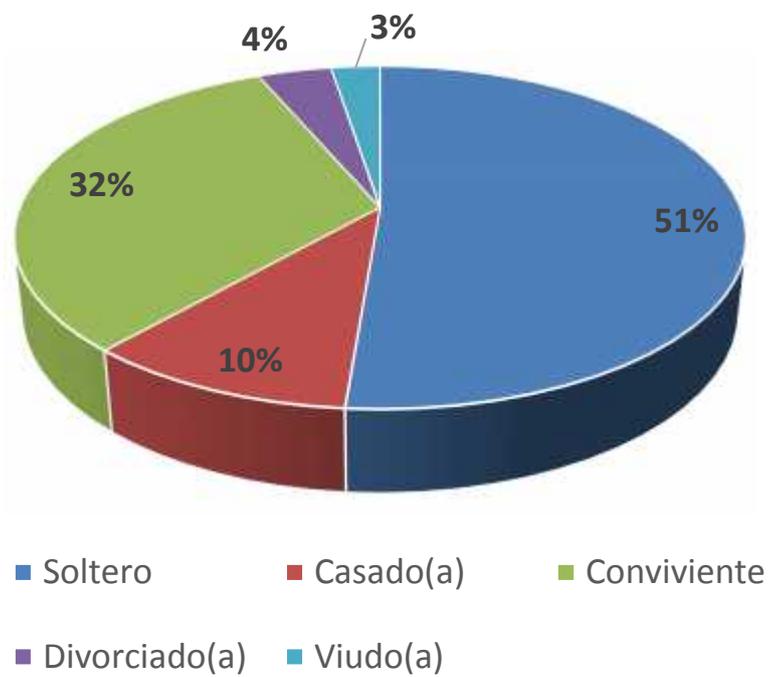
ESTADO CIVIL EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.

Estado Civil	Frecuencia	Porcentaje
Soltero	40	51.3
Casado(a)	8	10.3
Conviviente	25	32.1
Divorciado(a)	3	3.8
Viudo(a)	2	2.6
Total	78	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a adultos con VIH. TARGA. HRDT - 2014.

GRÁFICO N° 08

ESTADO CIVIL EN ADULTOS CON VIH. TARGA, HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.



Fuente: Tabla N°8

ANEXO 10

TABLA N° 9

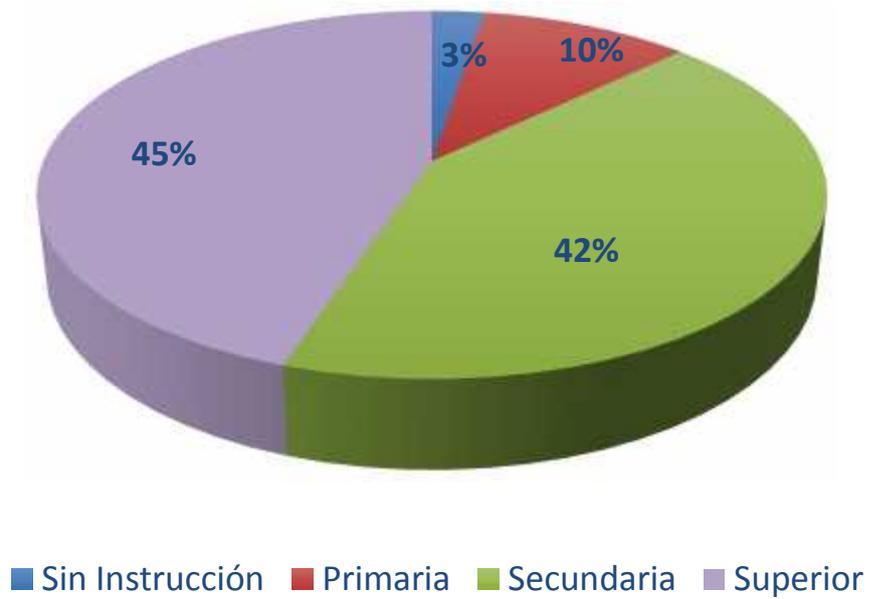
**GRADO DE INSTRUCCIÓN EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.**

Instrucción	Frecuencia	Porcentaje
Sin Instrucción	2	2,6
Primaria	8	10,3
Secundaria	33	42,3
Superior	35	44,9
Total	78	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a adultos con VIH. TARGA. HRDT - 2014.

GRÁFICO N° 09

**GRADO DE INSTRUCCIÓN EN ADULTOS CON VIH.TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.**



Fuente: Tabla N° 09

ANEXO 11

TABLA N° 10

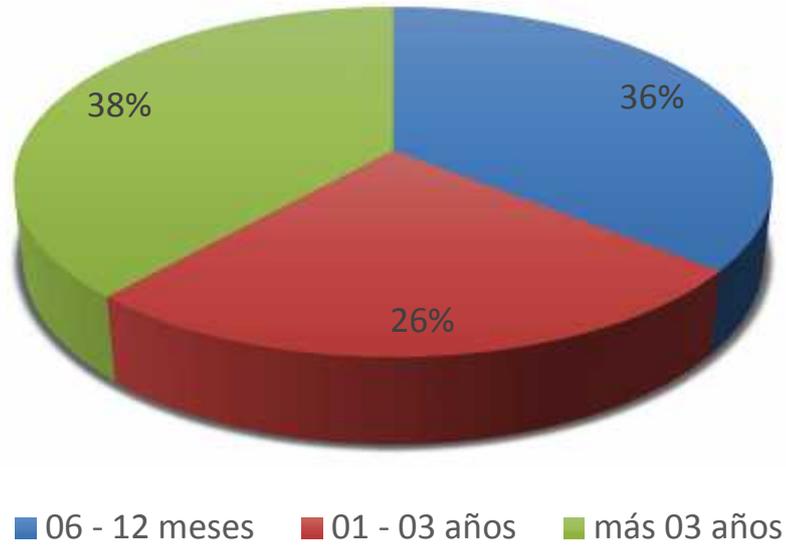
**TIEMPO DE TRATAMIENTO EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.**

Tiempo	Frecuencia	Porcentaje
06 - 12 meses	28	35.9
01 - 03 años	20	25.6
más 03 años	30	38.5
Total	78	100,0

Fuente: Instrumento aplicado a adultos con VIH. TARGA. HRDT - 2014.

GRÁFICO N° 10

TIEMPO DE TRATAMIENTO EN ADULTOS CON VIH. TARGA,
HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO, 2014.



Fuente: Tabla N° 10