



FACULTAD DE MEDICINA
UNIVERSIDAD MIGUEL HERNÁNDEZ



TRABAJO FIN DE MÁSTER

Título:

**Efectividad de sesiones de educación sanitaria,
para la mejora del nivel de conocimientos y la
adherencia al tratamiento antirretroviral en
pacientes drogodependientes VIH positivos.**

Alumno: Juárez García Adrián

Tutor: Segura López Gabriel

Máster Universitario de Investigación en Atención Primaria

Curso: 2017-2018

PROTOCOLO DE INVESTIGACION.

Investigador principal: Adrián Juárez García

Lugar de trabajo: Centro de At. Primaria y centro de atención a drogodependencias y unidades de tratamiento de opiáceos (UTO) del Barrio de la Fama (Murcia).

Localidad: Murcia

Título del Trabajo de Investigación

Efectividad de sesiones de educación sanitaria, para la mejora del nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes drogodependientes VIH positivos.

Pregunta en formato PICO

¿Mejora el nivel de conocimientos y la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes drogodependientes VIH positivo, tras una intervención educativa, frente a los que no la han recibido?

PACIENTE	INTERVENCIÓN	COMPARACIÓN	RESULTADOS
Pacientes drogodependientes VIH positivos	Sesiones educativas en el Centro de At. Primaria y UTO	Pacientes que han recibido la intervención educativa frente a los que no la han recibido.	Mejora el nivel de conocimientos y la adherencia terapéutica

Descriptores

Castellano: Drogodependiente, VIH, educación para la salud, adherencia terapéutica, adherencia al tratamiento, Atención Primaria de salud.

Inglés: Drug addict, HIV, health education, therapeutic adherence, adherence to treatment and primary health.

Fdo: Adrián Juárez García

RESUMEN

Introducción: la infección por VIH es un problema a nivel mundial destacando, entre los infectados por este virus, los usuarios de drogas por vía parenteral. Los pacientes toxicómanos VIH positivos, están asociados a una mala adherencia al tratamiento antirretroviral, a unos deficientes conocimientos sobre la enfermedad, así como sus vías de transmisión y protección frente a la misma. Además, los datos a largo plazo de diferentes estudios muestran que una baja motivación al tratamiento y una baja adherencia del mismo, aumenta el riesgo de desarrollar la enfermedad del SIDA mucho más rápido, ser más vulnerable a enfermedades oportunistas y un aumento de ingresos hospitalarios a causa de estas complicaciones.

Objetivos: Determinar el impacto de una intervención educativa en pacientes usuarios de drogas VIH positivo, en la ralentización del progreso de la enfermedad, en el nivel de conocimientos sobre la misma y en la mejora de la adherencia al tratamiento antirretroviral y de la calidad de vida percibida.

Diseño y métodos: ensayo clínico controlado aleatorizado abierto y en paralelo. El estudio se realizará en pacientes drogodependientes VIH positivo de edades comprendidas entre 18 y 50 años pertenecientes al Centro de Atención Primaria de la Fama y de la unidad de tratamiento de opiáceos Murcia- Este. El tamaño muestral será de 77 sujetos con un IC del 95% y un error máximo admitido del 5%, que serán distribuidos en un grupo control y tres grupos de intervención. Se realizarán 4 sesiones educativas, una semanal, a los grupos intervención, valorando mediante un cuestionario su nivel de conocimientos y de adherencia al tratamiento, antes y después de las sesiones educativas. Se realizará una nueva valoración a los tres meses, seis y al año de la finalización de la intervención.

Resultados: Se espera que tras la intervención educativa, la mejora de conocimientos sobre la enfermedad, la adherencia al tratamiento antirretroviral y la calidad de vida sea superior en los grupos intervención respecto al control.

Palabras clave: Drogodependiente, VIH, educación para la salud, adherencia terapéutica, adherencia al tratamiento, Atención Primaria de salud.

ABSTRACT

Introduction: The HIV infection is a worldwide problem amongst those who are infected by the virus, mainly parental drug users. The HIV-positive drug addicts usually have a poor adherence to the antiretroviral treatment, due to a poor knowledge about the disease, as well as transmission and protection ways. In addition, data from different and extensive studies show us that a low motivation and a low adherence to treatment increase the risk of AIDS disease to develop much faster, they become more vulnerable to opportunistic diseases, and hospital admissions rise because of these complications.

Objectives: Determining the impact of an educational intervention on HIV positive drug users, on the slowdown of the disease progression, on the level of knowledge about it and, on the improvement of adherence to antiretroviral treatment and the quality of life perceived.

Design and methods: Randomized and controlled clinical trial. The study will be performed in HIV-positive drug-dependents, aged from 18 to 50, patients who belong to "La Fama" Primary Care Center and East-Murcia Opiate Treatment Unit. The sample size will consist of taking 77 subjects, within a 95% CI and a 5% maximum admitted error, which will be distributed in a Control Group and three Intervention Groups. There will be 4 educational sessions: one, weekly, carried out by assessing, through a questionnaire before and after every session, the levels of knowledge and the treatment adherence, a second assessment will be performed at three months, a third one after six months and a last one at the end of the intervention.

Results: It is expected that after the educational intervention, the knowledge improvement about the disease, the adherence to antiretroviral treatment and the quality of life to be higher in the Intervention Groups than the Control one.

Keywords: Drug addiction, HIV, health education, therapeutic adherence, adherence to treatment, primary health-care.

INDICE

1. Justificación	1
Antecedentes y estado actual	1
2. Hipótesis y Objetivos	5
3. Aplicabilidad y utilidad de los resultados	6
4. Diseño y métodos	7
a) Diseño y tipo de estudio.....	7
b) Población.....	7
c) Método de recogida de datos.....	9
d) Variables.....	10
e) Descripción de la intervención.....	11
f) Descripción del seguimiento.....	13
g) Estrategia de análisis estadístico.....	13
h) Estrategia de búsqueda.....	13
5. Calendario previsto para el estudio	15
6. Limitaciones y posibles sesgos	15
7. Problemas éticos	16
8. Plan de ejecución	16
9. Organización del estudio	18
10. Presupuesto	19
11. Bibliografía	20
Anexos	24

1. JUSTIFICACIÓN: Antecedentes y estado actual del tema

La epidemia de VIH/Sida continúa siendo uno de los principales problemas de salud pública, a pesar de los avances sobre el conocimiento de esta enfermedad y su tratamiento en los pacientes infectados por la enfermedad. Se estima que en 2016 existían un total de 36.700.000 personas infectadas, siendo los países de bajos o medianos ingresos donde residen la mayoría de los infectados, un 90% residen en África y en el sureste asiático (1).

La baja adherencia a los tratamientos para el VIH/Sida ha sido comprobada en los últimos años como un problema alarmante de salud pública a nivel mundial. Se ha definido la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH como la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TAR (tratamiento antirretroviral), que permita mantener su cumplimiento riguroso con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral (2,3). El cumplimiento describe la calidad en la ejecución del tratamiento prescrito; aspectos vinculados al TAR, como el acceso y la persistencia en el mismo son esenciales para su éxito (5).

La adherencia a corto y largo plazo es el resultado de un proceso complejo que se desarrolla a través de diferentes etapas: la aceptación del diagnóstico, la percepción de la necesidad de realizar el tratamiento de forma correcta, la motivación para hacerlo, la disposición y entrenamiento adecuado. Los estudios realizados con los primeros tratamientos antirretrovirales de gran eficacia, permitieron afirmar que la máxima eficacia con el tratamiento antirretroviral necesitaba una adherencia prácticamente perfecta, de forma clásica superior al 95%(7).

Hay factores que influyen independientemente y significativamente en la adherencia de los pacientes con VIH, como es la satisfacción con el tratamiento, el consumo activo de drogas y/o alcohol, las enfermedades mentales, la complejidad de las pautas de tratamiento, las características culturales y socioeconómicas, falta de seguimiento y los efectos secundarios (3, 4,15). Podemos englobar los factores relacionados con la adhesión al tratamiento en cuatro grandes bloques: Factores relacionados con el paciente,

relacionados con el clínico, características de la enfermedad y características del tratamiento (4). Se observan mejores resultados en la adhesión al tratamiento en aquellos pacientes que no encuentran barreras en el acceso a las clínicas, que tienen buena comunicación con los sanitarios que los atienden y que se sienten más apoyados emocionalmente tanto para iniciar el tratamiento antirretroviral, como para continuar con el mismo (9).

En la práctica clínica y en las investigaciones, se hace un gran énfasis en la toma de medicación antirretroviral y la asistencia a las citas médicas. Sin embargo, la adherencia a aspectos no-farmacológicos relacionados con cambios en los estilos de vida, aumenta la eficacia del tratamiento y disminuye la resistencia a los medicamentos, la reinfección, y la transmisión del virus a otras personas (2).

Antes de iniciar el tratamiento antirretroviral debemos plantear diversas acciones que podemos llevar desde la asistencia de Atención Primaria:

- Informar de forma extensa y en términos comprensibles, acerca de la realidad actual del manejo y del pronóstico de la infección por VIH, frecuencia y contenido de las revisiones, así como de los principales parámetros de monitorización (recuento de linfocitos CD4+ y carga viral plasmática de VIH)
- Recomendación de medidas preventivas de transmisión de la infección.
- En pacientes adictos a drogas insistir en el abandono del consumo y ofrecerles métodos para conseguirlo.

Para valorar la adhesión al tratamiento del VIH podemos utilizar diferentes métodos de evaluación, en los que los más utilizados son: (4,5)

- Análisis serológicos: Solo miden la última dosis, sobre todo si la vida media de la sustancia es corta. Método caro y complicado ya que es de acceso difícil en la práctica diaria.
- Registro de contaje de pastillas: Este método subestima la no- adhesión al tratamiento, además de que los pacientes no suelen cumplimentar de forma correcta los registros.

- Sistemas de monitorización electrónica: Es el método más preciso, pero es muy caro y requiere de un software muy específico.
- Juicio clínico: Es de escasa validez ya que los clínicos equivocan significativamente su juicio sobre la adhesión en al menos un 25% de sus pacientes y en ambos sentidos.
- Autoinforme: Es el método más práctico y menos costoso, aunque presenta ventajas y desventajas. Entre las ventajas destacamos su facilidad de uso y el que puede darnos información fundamental sobre las expectativas, actitudes e intenciones del paciente: como desventaja citar que los pacientes tienden a sobrevalorar su grado de adhesión y en general mayor manipulación.

Dentro de los grupos de riesgo de contraer VIH, los pacientes toxicómanos es un grupo de especial interés para el estudio de su adherencia al tratamiento por VIH y el correcto manejo de la enfermedad. El consumo de drogas en pacientes seropositivos conduce a un estilo de vida desestructurado, al desarrollo de patología asociada al propio consumo y a un seguimiento incorrecto de su infección crónica por VIH. De la población mundial consumidora de drogas, se estima que 1,65 millones están afectados por el VIH, asociado mayoritariamente al uso de drogas inyectables. (8). La epidemiología mundial de la infección por VIH entre los usuarios de drogas se está modificando en base a las medidas de prevención instauradas. En países en vías desarrollo, sobre todo países europeos orientales y del sudeste asiático, el uso de drogas por vía intravenosa sigue siendo la principal vía de transmisión de la infección por VIH y constituye una fuente de nuevas infecciones que mantienen la epidemia. En cambio, en los países occidentales, la incorporación de los programas de reducción de daños, en especial el programa de intercambio de jeringuillas y el tratamiento , tanto de la infección por VIH como de la dependencia a drogas, ha disminuido de forma eficaz la aparición de nuevas infecciones en esta población. (10)

En el año 2012, el Plan Nacional sobre el VIH/SIDA (datos de 18 comunidades autónomas) notificó 3210 nuevos diagnósticos de VIH, lo que representó una tasa de 8.5 por 100.000 habitantes. Solo el 5% del total de las nuevas

infecciones ocurrieron entre los usuarios de drogas, observándose un descenso en las tasas de incidencia de la infección de 1/100.000 habitantes en 2007 hasta 0.5 en 2012(11). No obstante, y a pesar del descenso de nuevas infecciones por VIH, España sigue siendo uno de los países europeos con mayores tasas de infección entre los usuarios de drogas (12).

Como consecuencia directa del consumo de drogas y de la aparición de patología asociada al mismo, el paciente desarrollará más precozmente un estado de desnutrición y de inmunodepresión grave, y por lo tanto acelerará la progresión de la infección por VIH. Así mismo, un paciente sin un seguimiento correcto de la enfermedad o con una baja adherencia al tratamiento antirretroviral, provocará un desarrollo más rápido de SIDA (6).

Los pacientes seropositivos adictos a drogas que abandonan el consumo gracias al uso de fármacos sustitutivos pueden recibir el mismo tratamiento antirretroviral que el resto de los pacientes. Ante un paciente en el que se sospeche una adherencia incorrecta, sería preferible iniciar TAR con pautas basadas en IP (inhibidores de la proteasa) potenciado, que podrían evitar el riesgo de seleccionar mutaciones de resistencia en caso de incumplimiento. Debe insistirse en la adherencia óptima incluso en pacientes con viremia indetectable, al observar cifras más elevadas de bio-marcadores inflamatorios entre los pacientes suprimidos con una adherencia <100% (14).

La mayoría de los estudios realizados con población drogodependiente obtienen como resultado que el consumo de drogas tiene una influencia negativa en la adhesión a la terapia antirretroviral y en algunas investigaciones realizadas sobre la entrevista médica, se observa que se recomienda incluso la no prescripción de fármacos antirretrovirales si los pacientes están consumiendo de forma activa (9). Estos pacientes, inician con frecuencia el tratamiento ARV de forma más tardía y en estadios más avanzados de la enfermedad, cuando ya existe un deterioro inmunológico severo que impide conseguir una aceptable recuperación inmune. Los pacientes VIH positivos con adicción a las drogas presentan un peor cumplimiento terapéutico y un mayor número de abandonos de la terapia ARV comparado con otras categorías de transmisión del VIH, hecho que condiciona una peor respuesta virológica (13).

Desde el punto de vista económico, la baja adherencia supone un incremento en los días y en la duración de las hospitalizaciones, de las visitas a urgencias, de las pruebas complementarias, un aumento de intervenciones, incremento del uso de servicios, crisis, recaídas y utilización de otros fármacos, con el consiguiente aumento en los costes para el sistema sanitario. Además citar el desaprovechamiento de recursos que supone la financiación de fármacos, cuando no se llegan a tomar o se toman de forma no responsable o, la dificultad en la evaluación de los resultados terapéuticos en relación a los observados en los ensayos clínicos. Los ahorros indirectos tienen que ver con la mejoría del paciente, la preservación de su calidad de vida y de todas sus funciones sociales, laborales y personales (16).

El coste de iniciar tratamiento con una pauta es lo que más directamente incide sobre el presupuesto de farmacia y del hospital. La relación coste/eficacia refleja el coste para el Sistema Nacional de Salud de obtener un respondedor (a las 48 semanas en nuestro caso). Los costes de iniciar tratamiento en el escenario basal oscilan entre 7.550 y 13.327 euros, por lo que la falta de adherencia o abandono del tratamiento, repercutirá considerablemente en el gasto sanitario nacional, debido a ingresos hospitalarios por complicaciones en la salud del paciente o por reiniciar una nueva terapia antirretroviral (17).

Tras la revisión bibliográfica sobre pacientes drogodependientes VIH positivos, se observa la necesidad de comprobar si mediante un programa de salud y sesiones de educación sanitaria como intervención educativa, se consigue una mejora en el nivel de conocimientos y en la adherencia a los antirretrovirales en este tipo de pacientes.

2. HIPÓTESIS Y OBJETIVOS

HIPÓTESIS

La realización de sesiones de educación sanitaria como intervención educativa desde Atención Primaria mejora el nivel de conocimientos y la adherencia a los tratamientos antirretrovirales a pacientes drogodependientes e infectados por VIH/SIDA.

OBJETIVOS

Objetivo general:

El objeto general de este estudio es analizar si la realización de sesiones de educación sanitaria como intervención educativa, mejora el nivel de conocimientos y la adherencia a los tratamientos antirretrovirales a pacientes drogodependientes e infectados por VIH/SIDA en el Área de Salud VII Murcia-Este.

Como objetivos específicos se han establecido los siguientes:

1. Comparar la influencia de las intervenciones educativas en el tratamiento de los pacientes drogodependientes y portadores de VIH.
2. Evaluar el efecto de los nuevos conocimientos sobre la adherencia terapéutica y los síntomas físicos.
3. Analizar la eficacia de las sesiones para la mejora la adherencia al tratamiento y el bienestar psicológico.
4. Estudiar medidas que ayuden a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes usuarios de drogas.

3. APLICABILIDAD Y UTILIDAD DE LOS RESULTADOS

Si comprobamos la efectividad de estas sesiones educativas, consiguiendo los objetivos específicos propuestos, la aplicabilidad y utilidad de los resultados quedará demostrada, pudiendo entonces generalizar y extender la aplicación de esta intervención, para pacientes VIH positivo con problemas de drogadicción, a otros centros de la región de Murcia o incluso de otras comunidades de España, siempre y cuando las características sociodemográficas fuesen homogéneas. Los resultados del presente estudio podrán ayudar a identificar las necesidades de atención del paciente drogodependiente y VIH positivo, en el ámbito de la Atención Primaria y de centros de atención a drogodependencias y (UTO) unidades de tratamiento de

opiáceos (metadona), así como intensificar su control en colaboración con los profesionales de enfermería encargados de llevar a cabo las sesiones educativas sobre la enfermedad VIH, su evolución, el tratamiento disponible y facilitar la adherencia al tratamiento pautado. Esta adherencia al tratamiento reportará beneficios económicos y sociales debido a una reducción de la morbimortalidad asociada a nuevos ingresos y complicaciones de la enfermedad, reducción del absentismo laboral de los pacientes, así como la reducción del riesgo de contagio debido a una menor carga viral y a una mejora de los conocimientos de la enfermedad y de sus formas de transmisión. Además, puede contribuir a destacar la importancia de realizar este tipo de actividades educativas como una herramienta costo-efectiva a realizar en pacientes con riesgo de baja adherencia terapéutica.

4. DISEÑO Y MÉTODOS

a) Diseño y tipo de estudio: Estudio analítico experimental: ensayo clínico controlado aleatorizado abierto y en paralelo.

b) Población diana: Pacientes toxicómanos y diagnosticados con la enfermedad del virus de la inmunodeficiencia humana del Área de Salud VII Murcia-Este.

Población de estudio: Pacientes VIH positivos, usuarios del Centro de atención a drogodependencias y unidades de tratamiento de opiáceos del Área VII Murcia- Este, entre 18 y 50 años, con registro en la historia clínica informática del centro. El rango de edad seleccionado es el que presenta mayor riesgo de adherencia al tratamiento antirretroviral del VIH.

Criterios de inclusión

- Estar diagnosticado de VIH al menos 2 años antes del estudio a realizar ya que hay evidencia de un abandono del tratamiento antirretroviral o de una mala adherencia al tratamiento antirretroviral con el paso del tiempo desde el diagnóstico de la enfermedad.
- Comprender y hablar el idioma castellano.

- No presentar discapacidad cognitiva evidenciada por diagnóstico previo o a través del Test de Pfeiffer (versión española) (Anexo I).
- Estar incluido dentro del programa de atención del paciente drogodependiente y UTO.
- Aceptación voluntaria para participar en el estudio mediante consentimiento informado (Anexo II).
- Edad comprendida entre 18 y 50 años.

Criterios de exclusión

- Estar diagnosticado de VIH menos de 2 años antes de la realización del estudio.
- No comprender ni hablar el idioma castellano.
- Presentar una discapacidad cognitiva evidenciada por diagnóstico previo o a través del Test de Pfeiffer, (3 o más errores en personas que saben leer y escribir, y 4 o más errores en las personas que no), (versión española).
- No estar incluido dentro del programa de atención al drogodependiente y UTO.
- No aceptación voluntaria para la participación en el estudio mediante un consentimiento informado.
- Edades menores de 18 años y superiores a 50 años.

Muestra:

El tamaño muestral se ha calculado para garantizar la viabilidad del proyecto y poder realizar inferencia de los resultados a la población estudio. Para ello, con un nivel de confianza del 95% y un error máximo admitido del 5%, la población susceptible resultante es de 70 sujetos. Este número se aumentará en un 10% en previsión de posibles abandonos de las sesiones de educación, no asistencia a las sesiones o por motivos de salud durante el desarrollo de la intervención educativa, resultando un tamaño muestral de 77 sujetos. Posteriormente, se hará un muestreo probabilístico de tipo aleatorio simple, donde todos los usuarios tendrán las mismas probabilidades de ser seleccionados. Con esto, determinaremos quienes entrarán a formar parte del

estudio y quienes seguirán con las actuaciones sanitarias habituales del Centro de Salud o centro de atención de drogodependencias. Para realizar dicho muestreo será utilizando un programa informático, el cual asignará números aleatorios en el ordenador, donde todos los usuarios estarán numerados en un listado.

c) Método de recogida de datos:

Una vez seleccionados los usuarios, serán citados en el centro de atención a drogodependencias y UTO, situado en Avenida de la Fama s/n de Murcia, para una consulta programada de enfermería. En esta primera visita, se le informará al paciente de los objetivos del proyecto de investigación y se solicitará su colaboración en el mismo. Una vez que el paciente acepte su participación y cumpla con los criterios de inclusión (consentimiento informado, test de Pfeiffer...), se procederá a cumplimentar el cuestionario sobre conocimientos de la enfermedad del VIH, modos de transmisión, educación sanitaria e importancia de la adherencia al tratamiento antirretroviral para su cumplimentación (Anexo III).

A continuación, accederemos a la historia clínica informatizada de los sujetos participantes para el acceso y registro de las variables del estudio en una hoja diseñada para tal efecto (anexo IV). Se constatará la existencia de una analítica con determinaciones de la carga viral y linfocitos CD₄ durante el último año. En caso de no existir estas determinaciones, serán solicitadas.

Los 77 pacientes serán distribuidos aleatoriamente en tres grupos de intervención y un grupo control. Con esta aleatorización lograremos un cegamiento simple ya que los pacientes no serán informados del grupo al que han sido asignados. Los grupos de intervención, recibirán sesiones de educación para la salud de forma programada durante un mes, y el grupo control no recibirá ninguna sesión educativa. Los pacientes asignados al grupo intervención se distribuirán en 3 grupos de 19-20 personas cada uno para la realización de las sesiones y el grupo control estará formado por 19 sujetos. Los cuatro grupos formados, tanto los de intervención como el grupo control, deberán cumplimentar el cuestionario inicial y final sobre los conocimientos de

la enfermedad VIH y la importancia de la adherencia al tratamiento antirretroviral. Así mismo los pacientes realizarán el cuestionario a los tres, seis meses y al año de finalizar la intervención educativa.

d) Variables

Variables independientes

- Sexo: Cualitativa nominal dicotómica, definida como masculino (M) o femenino (F).
- Edad: Cuantitativa continua, medida en años.
- Nivel de estudios: Cualitativa ordinal, definida como: sin estudios (1), primarios (2), secundarios (3) o superiores (4).
- Situación laboral: Cualitativa nominal, definida como: activo (1), estudiante (2), desempleado (3), jubilado (4) o ama de casa (5).
- Años de evolución de la enfermedad: Cuantitativa continua, medida en años.

Variables dependientes

- Determinación de la carga viral: Cuantitativa continua, medida en número de copias de VIH por mililitro de sangre (copias/ml). Sirve para valorar la respuesta al tratamiento antirretroviral.
- Cuestionario de adherencia Morinsky-Green: Cualitativa nominal dicotómica, (Anexo V). Sirve para valorar la adherencia al tratamiento en pacientes que presentan enfermedades crónicas mediante un test que valora las respuestas de los pacientes (19).
- Determinación de linfocitos CD₄: Cuantitativa continua, medida en conteo absoluto de células CD₄, (cél/ml). La determinación de linfocitos CD₄ es la técnica más directa y precisa para valorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, pero más cara respecto a las medidas de forma indirecta como en el caso del cuestionario de Morinsky- Green. En nuestro estudio y ante la sospecha de falsas respuestas de los sujetos, podemos incluir esta determinación mediante una analítica sanguínea para comprobar la veracidad de las respuestas contestadas en el cuestionario Morinsky-Green.

- Conocimientos acerca del VIH y tratamiento: Cualitativa ordinal. La recogida de datos se realizará a través de un cuestionario que se elaborará a partir de la revisión de la bibliografía existente y de los cuestionarios utilizados antes y después de las sesiones educativas. El cuestionario incluirá datos de filiación y sociodemográficos (edad, sexo, etc...), y preguntas cerradas relacionadas con los conocimientos del VIH, formas de transmisión e importancia de la adherencia al tratamiento antirretroviral.

e) Descripción de la intervención

La intervención educativa se dividirá en 4 sesiones de 45 minutos de duración cada una de ellas. Las sesiones serán realizadas en el Centro de Atención Primaria de la Fama o bien en el centro de atención a drogodependencias y UTO, a razón de una sesión por semana. La duración de la sesión se podrá extender 30 minutos más en previsión de posibles retrasos de los pacientes, así como turno de dudas y preguntas que se formulen durante el transcurso de la sesión educativa o al final de la misma. Los contenidos de las diferentes sesiones educativas serán de elaboración propia de los profesionales de enfermería del Atención Primaria en base a la evidencia científica disponible y adaptándose a las necesidades formativas detectadas entre los participantes.

- PRIMERA SESIÓN: “Enfermedad VIH”. En esta primera sesión, utilizaremos los primeros minutos en hacer una breve presentación de todos los participantes y presentaremos todos los contenidos del programa elaborado y que serán impartidos a lo largo de las 4 sesiones. Antes de comenzar con la sesión, los participantes realizarán un test contestando a las preguntas sobre VIH, vías de transmisión, tratamiento y adherencia terapéutica. En esta primera sesión explicaremos el concepto de la enfermedad del VIH, la incidencia mundial y en nuestro país, las vías de transmisión, evolución de la enfermedad y el control y el seguimiento que debe realizarse a pacientes VIH positivos.

- SEGUNDA SESIÓN: “Transmisión VIH y tratamiento de la enfermedad”. Se tratarán los mecanismos o vías de transmisión del virus, haciendo profundidad en la vía de transmisión sexual y la vía parenteral, que es la más importante vía de transmisión del virus en pacientes drogodependientes VIH positivos. Se tratarán los diferentes factores de riesgo y como se pueden modificar estos factores para evitar la transmisión del virus. En la segunda parte de la sesión se hablará del tratamiento que hay para tratar la enfermedad y de la importancia de su adherencia.

- TERCERA SESIÓN: “Importancia de la adherencia del tratamiento antirretroviral”. Nos centraremos en el tratamiento antirretroviral y de las consecuencias de no tomar correctamente el tratamiento prescrito por los especialistas. Se mostrarán los avances que ha habido en el tratamiento y los beneficios de tomarlo de forma adecuada. Así mismo, se darán pautas para que los pacientes consigan una adherencia regular del tratamiento. Se resaltarán la importancia de un buen estado emocional para la buena consecución de los objetivos en el abandono de las conductas destructivas de consumir drogas y en la correcta toma del tratamiento antirretroviral. Una buena autoestima en los usuarios será clave para que los pacientes adopten una buena conducta frente a la enfermedad y el tratamiento, por lo que esta será evaluada mediante la escala de autoestima de Rosenberg (RSE) (Anexo VI) (18).

- CUARTA SESIÓN: “Drogodependencia, VIH y estado de bienestar”. Se tratará la enfermedad en los casos de consumidores de sustancias tóxicas, explicando exhaustivamente los casos donde hay más riesgo de transmisión y cómo evitar la transmisión entre estos usuarios y las medidas higiénicas a adoptar. Se realizará una clase motivacional para aumentar la autoestima de los pacientes que no obtengan buenos resultados en la escala de Rosenberg, para afianzar conocimientos y motivación en la adherencia al tratamiento que tengan prescrito. Así mismo, se explicarán todos los recursos de los que se dispone para la integración integral de nuevo en la sociedad de los pacientes que se

encuentren en situación de marginación social, aumentando de esta forma el aumento del estado biopsicosocial en un futuro.

f) Descripción del seguimiento

A los tres meses, a los seis y al año desde la finalización de la intervención educativa, los pacientes que han asistido a las sesiones educativas y el grupo control, el cual no ha recibido ninguna, volverán a ser citados en una consulta programada de enfermería (CPE), para una nueva cumplimentación de los cuestionarios y registros de las variables, con la finalidad de evaluar la efectividad de dichas sesiones con el paso del tiempo. Antes de la cumplimentación del cuestionario se realizará una extracción sanguínea para valorar los resultados de carga viral y de linfocitos CD₄.

g) Estrategia de análisis estadístico

Los datos obtenidos serán procesados utilizando el programa estadístico SPSS 21.0 para Windows. Se realizará un análisis descriptivo, mediante el cálculo de frecuencias y porcentajes para todas las variables. Las mediciones cuantitativas se resumirán en torno a valores centrales (media, mediana) y desviación típica, acompañados del rango o amplitud.

En función de las variables a comparar se utilizará el test chi-cuadrado con variables cualitativas y el test t-student con variables de distribución normal. Para valorar la asociación entre las distintas variables se establece como riesgos relativos ajustados a sus intervalos de confianza al 95%. Se considerará un valor $p < 0,05$ bilateral para determinar la significación estadística.

h) Estrategia de búsqueda

Para llevar a cabo la estrategia de búsqueda, se asignaron a cada apartado de la estructura PICO determinados “Descriptor de Ciencias de la Salud” (DeCS) en español y “*Medical Subject Headings*” (MeSH) en inglés y se realizaron diferentes combinaciones mediante operadores booleanos como AND, OR y NOT.

Se han realizado búsquedas bibliográficas en las siguientes fuentes:

- Bases de datos: Medline (accediendo mediante Pubmed), Scielo y Cochrane Plus.
- Otros recursos: Biblioteca de guías de práctica clínica del Sistema Nacional de salud (guiasalud.es) y buscador Google académico.

Para completar el proceso, se realizó una búsqueda general en Internet (organizaciones y sociedades científicas) y una búsqueda inversa en los artículos de los estudios más relevantes.

Los descriptores utilizados han sido: “Drug addict” (Drogodependiente), “HIV” (VIH), “Health Education” (Educación para la salud), “Therapeutic adherence” (Adherencia terapéutica), “Adherence to treatment” (Adherencia al tratamiento) Y “Primary Health Care” (Atención Primaria de Salud).

Todos los artículos consultados para la realización de este trabajo datan de una antigüedad no superior a los 10 años, a excepción de una referencia bibliográfica con fecha de 2006. Este rango temporal de la búsqueda pone de manifiesto la no obsolescencia de los artículos encontrados y analizados.

En la base de datos Pubmed utilizo los descriptores MeSH: VIH, drug addict. En la primera búsqueda sin limitaciones encuentro un total de 42 resultados. Tras las limitaciones (published in the last 5 years, full text and free full text), encuentro un total de 9 resultados.

En la base de datos Scielo utilizo los descriptores MeSH: VIH, treatment adherence. En la primera búsqueda sin limitaciones se encuentran un total de 177 resultados. Tras las limitaciones (publicaciones en castellano y publicadas en los últimos 5 años), se observan un total de 29 resultados. Al incluir el descriptor “drug” a los anteriores y presentando las mismas limitaciones, los artículos encontrados se reducen a sólo 5.

En la base de datos Cochrane se utilizan los descriptores MeSH: VIH and treatment adherence. En la primera búsqueda sin limitaciones encuentro un total de 4 artículos en castellano y 6 en inglés.

Respecto a la base de datos Cuiden, se utilizan los descriptores MeSH: VIH and treatment adherence. En esta base de datos encontramos un total de 59 artículos ante estos descriptores, siendo 47 de ellos originales y 10 de revisión.

5. CALENDARIO PREVISTO PARA EL ESTUDIO

El estudio se llevará a cabo en septiembre de 2018, finalizando la intervención educativa cuatro semanas después de su comienzo. Tras las cuatro sesiones educativas se llevará un seguimiento a los tres meses, a los seis y al año tras finalizar la intervención educativa, por lo que podemos asegurar que el estudio quedará concluido en octubre de 2019.

6. LIMITACIONES Y POSIBLES SESGOS

La limitación principal que podemos encontrar es no alcanzar el tamaño muestral suficiente para conseguir demostrar si existen diferencias significativas en conocimientos y aumento de la adherencia al tratamiento antirretroviral, entre los pacientes que han recibido la intervención educativa y el grupo control.

Sesgo de selección: al tratarse de un diseño longitudinal que se extiende en el tiempo, podemos correr el riesgo de que los participantes en el mismo dejen de participar o rehúsen seguir colaborando, y por lo tanto, pérdidas de seguimiento.

Puede aparecer el efecto Hawthorne y efecto placebo, que podrían minimizarse si los sujetos que participan en el estudio no fueran conscientes de la intervención a la que están siendo sometidos. Si bien, como se indica en las consideraciones éticas, los sujetos serán informados completamente del proyecto de investigación.

A pesar de todo lo expuesto anteriormente, una correcta planificación y ejecución del estudio podría aportar información adecuada sobre el impacto de la intervención educativa en la adherencia al tratamiento antirretroviral y en el aumento de conocimientos del VIH en pacientes drogodependientes VIH positivo.

7. PROBLEMAS ÉTICOS

El presente proyecto de investigación se rige por lo establecido en la Ley 14/1986, General de Sanidad, en la Ley Orgánica 15/1999, de Protección de Datos de Carácter Personal y en La Ley de protección de datos 41/2002 del 14 de noviembre reguladora de la autonomía del paciente y de sus derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica, garantizando la confidencialidad, el anonimato y la autonomía de los sujetos participantes en el estudio, que previamente a su inclusión en el mismo, deberán leer el documento informativo (consentimiento informado) de participación en el estudio y dar su consentimiento de participación firmando dicho documento, que en cualquier momento podrá ser revocado por los sujetos.

Antes de la puesta en marcha del proyecto de investigación, se solicitará la aprobación a la Comité Ético de Investigación Clínica (CEIC) del Área de Salud 7 Murcia - Este del Hospital General Universitario Reina Sofía. Posteriormente, se solicitara a la Gerencia de Salud del Área 7 su consentimiento para realizar el estudio. Igualmente esta solicitud se hará extensiva al equipo del Centro de Salud de La Fama y a la UTO, con la explicación del proyecto, así como la solicitud verbal de su indispensable colaboración.

8. PLAN DE EJECUCIÓN

Primera fase: Esta fase tendrá una duración de 3 meses aproximadamente y en ella se realizarán las siguientes actividades:

- Búsqueda bibliográfica sobre VIH en pacientes drogodependientes y adherencia al tratamiento antirretroviral. Localización de evidencias y lectura crítica de las mismas.
- Solicitud de permiso de utilización del test de Pfeiffer, versión española y el cuestionario de adherencia Morinsky-Green.
- Validación de definición y contenido (grupo de expertos) del cuestionario de conocimientos sobre el VIH y la adherencia al tratamiento.
- Solicitud de informe favorable por parte de la CEIC del Área de Salud 7 de Murcia – Este.

- Solicitud del consentimiento de la Gerencia del Área de Salud 7 Murcia- Este.
- Solicitud de colaboración de los profesionales del EAP La Fama y UTO Murcia- Este.
- Búsqueda de recursos económicos para la financiación del proyecto.

Segunda fase: Duración estimada 4 meses:

- Pilotaje y validación de constructo del cuestionario de conocimientos sobre el VIH y la adherencia antirretroviral.
- Captación de pacientes, explicación del proyecto y firma del Consentimiento Informado, así como la cumplimentación del cuestionario de registro de las variables en la hoja de recogida de datos y del cuestionario de conocimientos.
- Asignación de los pacientes al grupo intervención y al grupo control.

Tercera fase: duración aproximada de 1 mes:

- Realización de las sesiones de educación (1 sesión educativa por semana).

Cuarta fase: duración aproximada de 1 mes:

- Cumplimentación de los cuestionarios nuevamente (3 meses después de finalizar la intervención) por parte de los participantes y registro de las variables del anexo IV.

Quinta fase: duración aproximada de 1 mes:

- Repetición de la cuarta fase a los 6 meses de finalizar la intervención educativa.

Sexta fase: duración aproximada de 1 mes:

- Repetición de la cuarta fase a los 12 meses de finalizar la intervención educativa.

Séptima fase:

- Tabulación, análisis y estudio estadístico de los datos obtenidos.
- Interpretación de los resultados.
- Elaboración de discusión y conclusiones.
- Entrega de una memoria del estudio realizado a la CEIC para proceder a su revisión y verificar que no se ha vulnerado ningún consentimiento.
- Publicación de los resultados obtenidos.

9. ORGANIZACIÓN DEL ESTUDIO

Para la realización del estudio vamos a necesitar personal de distintas profesiones que estén dispuestos a colaborar, dependiendo de la fase en la que nos encontremos.

Durante la fase de captación de voluntarios, médicos/as y enfermeros/as, tanto del Centro de Atención Primaria como de la UTO, pueden colaborar para conseguir a los sujetos objeto del estudio.

Una vez consigamos la lista de participantes, se necesitará una enfermero/a para que vaya citando a los pacientes en su consulta y en ella se vuelva a explicar el proyecto de estudio a cada voluntario y se proceda a la entrega del Consentimiento Informado. En la misma consulta, se procederá a realizar la extracción sanguínea inicial para valoración de linfocitos CD₄ y carga viral.

Durante la tercera fase del estudio (realización de 4 sesiones educativas), se requerirán dos profesionales de enfermería en cada sesión educativa. Lo ideal es tener disponibilidad en cada sesión educativa de una pareja diferente, la cual tenga habilidad en la realización de intervenciones educativas y que sean expertas en el tema a tratar en su sesión educativa.

Todas las sesiones educativas serán impartidas en el aula de docencia del Centro de Salud de La Fama, la cual está equipada de mobiliario para 25 personas, así como de un sistema informático office 2016 y un proyector para

la visualización de las presentaciones en Power Point realizadas por los educadores.

10.PRESUPUESTO

Todo proyecto de investigación necesita de unos presupuestos para que pueda llevarse a cabo. Solicitaremos financiación pública competitiva para la ejecución y divulgación del proyecto, a través de subvención del FFIS de la Consejería de Sanidad de la Región de Murcia, de modo que la fuente de financiación no da lugar a un conflicto de intereses. Así mismo, se presentará la solicitud para optar a la convocatoria anual de Ayudas a Proyectos de Investigación del Colegio Oficial de Enfermería de la Región de Murcia. En nuestro proyecto de investigación, basado en una intervención educativa, estimamos como necesarios los siguientes recursos económicos:

Recursos humanos:

- Tanto el personal sanitario del Centro de Salud de la Fama como de la UTO participantes en el estudio, no supondrán coste alguno, por ser un trabajo de carácter voluntario y realizado dentro de su jornada laboral en el centro.
- Estadístico a tiempo parcial (40 h.): **400 €**
- Traductor de los resultados obtenidos en revistas sanitarias especializadas: **250 €**

Recursos materiales:

- Material fungible: Material de oficina (folios, bolígrafos, portafolios, cuestionarios...), tóner para la impresora y analíticas: **200 €**
- Material inventariable: Dispondremos de ordenador, impresora y proyector, el cual está disponible en el centro y por lo tanto no supone un coste adicional.

Otros recursos:

- Dietas y desplazamiento de investigadores, pernoctas e inscripción a evento científico para la difusión de la investigación: **250 €**

Presupuesto total: 1100 €

11. BIBLIOGRAFÍA

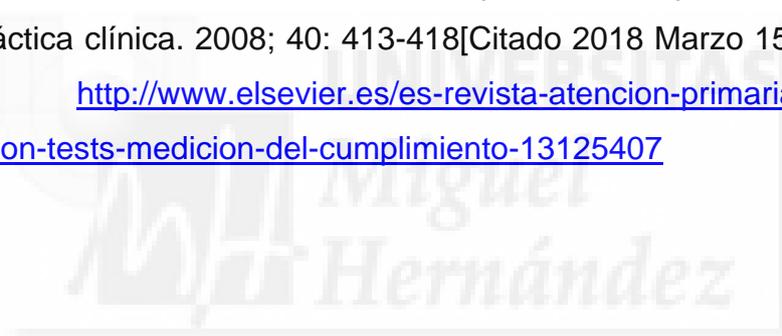
1. Murillo LM, Guerrero JM, Sanchez MA, Uribe RP. Frecuencia del virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) a nivel mundial. Revista de medicina clínica. 2017; Vol 2, N.1 [Citado 2018 Feb 17]; Disponible en: http://www.medicinaclinica.org/index.php/rmc/article/view/44?articlesByS_ameAuthorPage=2
2. Liudmila F, Libertad A, Iliana N. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/SIDA. Revista Cubana de Salud Pública. 2015; 41 (4): 620-630. [Citado 2018 Feb 15]; Disponible en: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662015000400005
3. Ventura JM, Martin MT, Morillo R, Tébenes M, Casado MA. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España. 2014; 38 (4): 291-299. [Citado 2018 Feb 20]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-63432014000400005
4. Perez G, Torrens M, Martin-Santos R. Adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes toxicómanos con infección por el VIH. 2011; 3 (1): 43-50. [Citado 2018 Marzo 10]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-trastornos-adictivos-182-articulo-adhesion-al-tratamiento-antirretroviral-pacientes-13012723>
5. Pérez JA, Polo R, Martínez E. Documento de consenso de GeSIDA/ Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana.

Disponible en: <http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesida-guiasclinicas-2016-tar.pdf>

6. Johnson MO, Chesney MA, Goldstein RB, et al; NIMH Healthy Living Project Team. Positive provider interactions, adherence self-efficacy, and adherence to antiretroviral medications among HIV-infected adults: A meditation model. *AIDS Patient Care STDS* 2006; 20: 258-68. [Citado 2018 Marzo 10]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16623624>
7. Villacres-García FE, Ruiz DI, Ochoa-Loor JP. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital "Martín Icaza". 2017; Vol 3, N.2: 849-865. [Citado 2018 Feb 25]; Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5889740>
8. Rossi, D, y Goltzman, P, (2012). *Uso de Drogas y VIH Documento de trabajo con orientaciones para la intervención y la investigación*. Buenos Aires: Intercambios Asociación Civil; Ministerio de Salud de la Nación. Recuperado de http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000218cnt-2013-08_drogas-vih.pdf
9. Ladero L, Orejudo S, Carroble JA. Apoyo social y adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+ en un programa de mantenimiento con metadona. Un estudio longitudinal. 2010; Vol 21, N.1: 21-33. [Citado 2018 Feb 25]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-52742010000100003
10. Global Report. UNAIDS report on the global AIDS Epidemic 2013. http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013.

11. Dirección General de Salud Pública Calidad e Innovación. Informe de evaluación plan multisectorial de VIH-SIDA. 2008 – 2012. Actualización a Diciembre de 2013 con datos epidemiológicos de 2012. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2013. Disponible en: http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/informeEvaluacionPNS_18DicbreActualizacionEpi.pdf
12. WHO/ECDC report: HIV/AIDS surveillance in Europe 2013. Disponible en: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/communicablediseases/hivaids/publications/2014/whoecdc-report-hivaids-surveillance-in-europe-2013>
13. Wolfe D, Carrieri MP, Shepard D. Treatment and care for injecting drug users with HIV infection: a review of barriers and ways forward. Lancet. 2010 Jul 31; 376 (9738): 355-66. [Citado 2018 Marzo 10]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20650513>
14. Castillo-Mancilla JR, Brown TT, Erlandson KM, et al. Suboptimal Adherence to Combination Antiretroviral Therapy Is Associated With Higher Levels of Inflammation Despite HIV Suppression. Clin Infect Dis 2016; 63:1661-7. [Citado 2018 Marzo 15]; Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27660234>
15. Roldan M, Soberbio F. Adherencia al tratamiento con antirretrovirales en la red argentina de jóvenes y adolescentes positivos. Trabajo final de Farmacéutica. 2016. Disponible en: <http://pa.bibdigital.uccor.edu.ar/1336/1/Adherencia%20al%20tratamiento%20antirretroviral%20RAJAP.pdf>
16. Álvarez Payero M, Martínez López de Castro N, Ucha Samartín M, Martín Vila A, Vázquez López C, Piñeiro Corrales G. Medication non-adherence as a cause of hospital admissions. Farm Hosp [en internet]. 2018 Feb; 38(4): 328-333. [Citado 2018 Feb 17]; Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1130-

- 17.**Blasco AJ, Arribas JR, Clotet B, Pere D, Gonzalez-Garcia J, Lopez-Bernaldo JC, et al. Análisis de costes y de coste/eficacia de las pautas preferentes de GESIDA para el tratamiento antirretroviral inicial. *Enfermedades Infecciosas Microbiológicas clínicas*. 2013; 29 (10): 721-730. [Citado 2018 Marzo 21]; Disponible en: <http://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/02/gesidadcyrc2013-AnalisisCostesTAR.pdf>
- 18.**Rosenberg M. *Society and the adolescent self-image*. Princeton NJ: University Press; 1965.
- 19.**Chamorro MA, Garcia-Jimenez E, Amariles P, Rodriguez A, Faus MJ. Revisión de tests de medición del cumplimiento terapéutico utilizados en la práctica clínica. 2008; 40: 413-418[Citado 2018 Marzo 15]; Disponible en: <http://www.elsevier.es/es-revista-atencion-primaria-27-articulo-revision-tests-medicion-del-cumplimiento-13125407>



**ANEXO I: CRIBADO DE DETERIORO COGNITIVO – TEST DE PFEIFFER
 VERSIÓN ESPAÑOLA.**

El test de Pfeiffer es un cuestionario heteroadministrado que consta de 10 ítems. El punto de corte está en 3 o más errores, en el caso de personas que al menos sepan leer y escribir y de 4 ó más para los que no. A partir de esa puntuación existe la sospecha de deterioro cognitivo.

Ítems	ERRORES
¿Qué día es hoy? Día, mes, año	
¿Qué día de la semana es hoy?	
¿Dónde estamos ahora?	
¿Cuál es su número de teléfono?	
¿Cuál es su dirección? Preguntar solo si el paciente no tiene teléfono.	
¿Cuántos años tiene?	
¿Cuál es su fecha de nacimiento? Día, mes, año.	
¿Quién es ahora el presidente de gobierno?	
¿Quién fue el anterior presidente del gobierno?	
¿Cuáles son los dos apellidos de su madre?	
Vaya restando de 3 en 3 al número 20 hasta llegar al 0.	
PUNTUACIÓN TOTAL	

ANEXO II: CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, D. /Dña. _____, mayor de edad,
con DNI nº _____ y como paciente atendido en

DECLARO QUE:

Que D./Dña. _____, con nº Colegiado/a: _____,
como Enfermera/o de _____, me informa de la posibilidad de
formar parte del Trabajo de Investigación “Elaboración de un programa de
salud y sesiones educativas acerca del VIH y la adherencia al tratamiento
antirretroviral” y, en una entrevista clínica, se me ha informado del tipo y
contenido del trabajo, su fundamento científico, de los objetivos y beneficios
que puedo obtener.

Que comprendo y acepto que durante el desarrollo del mismo pueden aparecer
circunstancias imprevisibles o inesperadas, que puedan requerir una extensión
o variación del programa original.

Que soy consciente de la voluntariedad de mi participación.

Que al firmar este documento reconozco que he leído o que me ha sido leído y
explicado, en un lenguaje claro y sencillo, y que comprendo perfectamente su
contenido.

Que se me han dado amplias oportunidades de formular todas las preguntas y
aclarar dudas que me han surgido, y que todas han sido respondidas o
explicadas de forma satisfactoria.

Por ello manifiesto mi satisfacción con la información recibida y que comprendo
los compromisos adquiridos. Y en tales condiciones:

CONSIENTO

En aceptar e iniciar mi participación en el Trabajo que se indica, sabiendo que
puedo abandonar en el momento que lo desee, sin tener que dar explicación
alguna.

Murcia, a _____ de _____ de 20 _____

Fdo.: El/la Enfermero

Fdo.: El/la Paciente

Fdo.: El/la Representante
legal, familiar o allegado

ANEXO III: CUESTIONARIO DE CONOCIMIENTOS DE LA ENFERMEDAD Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

Este cuestionario consta de 20 preguntas tipo test. Contesta la respuesta que considere correcta en cada una de las preguntas.

1. El VIH, ¿Es un virus llamado virus de la inmunodeficiencia humana y que se puede contraer por vía sexual y puede producir SIDA?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No lo se

2. El SIDA es una enfermedad que se presenta cuando el sistema inmunológico del paciente se encuentra debilitado.
 - a) Si
 - b) No
 - c) No lo se

3. ¿El VIH se puede contagiar por tener relaciones sexuales sin protección y por compartir jeringuillas?
 - a) Si
 - b) No
 - c) No lo se

4. El VIH solo lo pueden contraer personas jóvenes y niños. Los ancianos no pueden contraer VIH
 - a) Si
 - b) No
 - c) No lo se

5. El VIH lo puede contraer cualquier persona, jóvenes, ricos y pobres, hombres y mujeres, adultos y niños.
 - a) Si
 - b) No
 - c) No lo se

- 6.** Una sola relación sexual sin protección no tiene riesgo de contagiar el VIH.
- a) Si puede contagiar el VIH
 - b) No, porque solo es una relación sexual.
 - c) No lo se
- 7.** Compartir jeringuillas con alguien que conoces o un amigo no tiene riesgo de contagiar el VIH.
- a) Si
 - b) No
 - c) No lo se
- 8.** El VIH se puede contagiar por un abrazo o por un beso de una persona contagiada por el virus.
- a) Si
 - b) No
 - c) No lo se
- 9.** Una persona infectada por el VIH, puede estar infectada y no presentar síntomas de estar enfermo durante muchos años.
- a) Si
 - b) No
 - c) No lo se
- 10.** Los contactos buco-genitales (sexo oral) puede ser via de transmisión del VIH
- a) Si
 - b) No
 - c) No lo se
- 11.** Compartir el baño con personas no conocidas puede ser un riesgo para contraer el VIH
- a) Si
 - b) No

c) No lo se

12. El SIDA puede producir infecciones graves y desarrollar cáncer.

a) Si

b) No

c) No lo se

13. La infección del VIH no tiene cura pero existe un tratamiento para controlarla.

a) Si

b) No

c) No lo se

14. Con solo ver a una persona, se puede saber si tiene VIH

a) Si

b) No

c) No lo se

15. Una persona puede contagiarse del VIH al compartir cubiertos con una persona contagiada.

a) Si

b) No

c) No lo se

16. Es importante tomar el tratamiento antirretroviral tal y como lo ha prescrito el médico.

a) Si

b) No

c) No lo se

17. Tomar el tratamiento solamente cuando lo recuerda, es una buena opción para el control de la enfermedad.

a) Si

b) No

c) No lo se

18. Una correcta y diaria toma de la medicación antirretroviral es importante para controlar el desarrollo de la enfermedad.

a) Si

b) No

c) No lo se

19. Un mal control en la toma del tratamiento antirretroviral incrementa la velocidad de propagación de la enfermedad y sus complicaciones.

a) Si

b) No

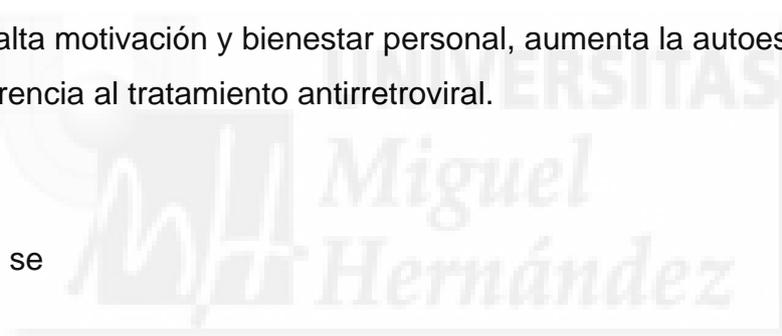
c) No lo se

20. Una alta motivación y bienestar personal, aumenta la autoestima y la adherencia al tratamiento antirretroviral.

a) Si

b) No

c) No lo se



ANEXO IV: HOJA DE RECOGIDA DE DATOS

DATOS:

NHC:

SEXO:

EDAD:

NIVEL DE ESTUDIOS:

SITUACIÓN LABORAL:

AÑOS DE EVOLUCIÓN CON VIH:

MEDICIONES

CARGA VIRAL:

LINFOCITOS CD₄:

CATEGORIA:

ADHERENCIA AL TRATAMIENTO:

OLVIDO DE DOSIS EN:

- ULTIMO DIA:
- ULTIMA SEMANA (N° DE DIAS):
- ULTIMAS DOS SEMANAS (N° DE DIAS):
- ULTIMAS CUATRO SEMANAS (N° DE DÍAS):

ANEXO V: TEST DE ADHERENCIA MORISKY GREEN

El tratamiento de las enfermedades crónicas exige cambios en el estilo de vida y una correcta adherencia al tratamiento farmacológico, lo cual ha sido y continúa siendo un problema clínico de gran relevancia.

Uno de los métodos más utilizados para evaluar si un paciente cumple con el tratamiento pautado es el test de Morisky-Green, que aunque sencillo, es suficiente y aplicable a todos los pacientes. Consiste en la realización de estas cuatro preguntas:

1. ¿Olvida alguna vez tomar los medicamentos para tratar su enfermedad?
2. ¿Toma los medicamentos a las horas indicadas?
3. Cuando se encuentra bien, ¿deja de tomar la medicación?
4. Si alguna vez le sienta mal, ¿deja usted de tomarla?

En todos los casos se debe responder "SI" o "NO"

Se consideran pacientes que cumplen el tratamiento a quienes contestan NO a las cuatro preguntas y no cumplidores a quienes contestan SI a una o más.

ANEXO VI ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Indicación: Cuestionario para explorar la autoestima personal entendida como los sentimientos de valía personal y de respeto a sí mismo

Administración: La escala consta de 10 ítems, frases de las que cinco están enunciadas de forma positiva y cinco de forma negativa para controlar el efecto de la aquiescencia Autoadministrada.

Interpretación:

De los ítems 1 al 5, las respuestas A a D se puntúan de 4 a 1. De los ítems del 6 al 10, las respuestas A a D se puntúan de 1 a 4.

- **De 30 a 40 puntos:** Autoestima elevada. Considerada como autoestima normal.
- **De 26 a 29 puntos:** Autoestima media. No presenta problemas de autoestima graves, pero es conveniente mejorarla.
- **Menos de 25 puntos:** Autoestima baja. Existen problemas significativos de autoestima.

Propiedades psicométricas: La escala ha sido traducida y validada en castellano. La consistencia interna de las escalas se encuentra entre 0.76 y 0.87. La fiabilidad es de 0.80

ESCALA DE AUTOESTIMA DE ROSEMBERG

Este test tiene por objeto evaluar el sentimiento de satisfacción que la persona tiene de sí misma. Por favor, conteste las siguientes frases con la respuesta que considere más apropiada.

- A. Muy de acuerdo
- B. De acuerdo
- C. En desacuerdo
- D. Muy en desacuerdo

	A	B	C	D
1. Siento que soy una persona digna de aprecio, al menos en igual medida que los demás				
2. Estoy convencido de que tengo cualidades buenas				
3. Soy capaz de hacer las cosas tan bien como la mayoría de la gente				
4. Tengo una actitud positiva hacia mí mismo/a				
5. En general estoy satisfecho/a de mí mismo/a				
6. Siento que no tengo mucho de lo que estar orgulloso/a				
7. En general, me inclino a pensar que soy un fracasado/a				
8. Me gustaría poder sentir más respeto por mí mismo				
9. Hay veces que realmente pienso que soy un inútil				
10. A veces creo que no soy una buena persona				