



**FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA ACADÉMICA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**EFFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA TARGA EN
LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL EN PVVS EN EL HOSPITAL
REFERENCIAL DE FERREÑAFE, 2018**

**PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADA DE ENFERMERÍA**

Autor:

Bach. Caramutti Falla, María Fernanda

Asesor:

Dra. Rivera Castañeda Patricia Margarita

Línea de Investigación:

Enfermería, Interculturalidad y Sociedad

Pimentel – Perú

2018

TITULO: EFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA TARGA EN LA ADHERENCIA
AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PVVS EN EL HOSPITAL
REFERENCIAL DE FERREÑAFE, 2018

AUTORA: CARAMUTTI FALLA MARÍA FERNANDA

Aprobación de Tesis

Presidente de Jurado

Mg. Reyes Flores Dalia Yaneht

Secretaria de Jurado

Mg. Chiquinta Mesia Gretty

Vocal de Jurado

Dra. Rivera Castañeda Patricia Margarita

DEDICATORIA

El esfuerzo y dedicación plasmada en la siguiente investigación va dedicado a quienes apostaron en mí. A mi madre Patricia Victoria Falla Mesones y mi hermana Mariajosé Muñoz Falla, que en todo momento mostraron su apoyo y preocupación a lo largo de mi carrera profesional. A mis abuelos quienes me motivaron a seguir adelante, ya que se enorgullecen al pensar en mi futuro como profesional.

AGRADECIMIENTO

A mis docentes, quienes desde inicio a fin, observaron y destacaron mis fortalezas y virtudes, lográndolas potenciarlas a lo largo de la carrera profesional. A mis asesores, por sus aportes y guías. A la Mg. Úrsula Elías Bravo, quien en todo momento me apoyó en desarrollo de la investigación. A quienes participaron en la aplicación de las encuestas, porque con sus historias de vida me motivaron a investigar sobre este tema y profundizar en el.

RESUMEN

Objetivo: Determinar el nivel de efectividad de la consejería TARGA en la adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVS del Hospital Referencial de Ferreñafe. **Material y métodos:** Investigación cuantitativa, descriptiva de corte transversal; con muestra de 50 pacientes, obtenida mediante el cálculo de muestra finita, con nivel de confianza de 95%. Se usaron los instrumentos: Encuesta sobre la relación de ayuda de la enfermera, y el Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida. Se utilizó SPSS versión 25 para procesar la información. Se firmó un consentimiento informado. **Resultados:** Se encontró que el nivel de efectividad de la consejería TARGA en la adherencia del tratamiento antirretroviral en PVVS es que y 33 (66%) *pacientes son estrictamente adherentes al tratamiento antirretroviral, siendo 25 (50%) de ellos quienes tienen buena consejería TARGA por parte de la enfermera; el nivel de efectividad de la consejería TARGA en PVVS es de 1 paciente (2%) mala, 3 pacientes (6%) algo mala, 6 pacientes (12%) regular, 15 pacientes (30%) mejorable y 25 pacientes (50%) buena., y el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVS es de 4 pacientes (8%) tienen una adherencia baja, 13 pacientes (26%) son insuficientemente adherentes, y 33 pacientes (66%) son adherentes estrictos.* **Conclusiones:** El Hospital Referencial de Ferreñafe, a pesar de diversas limitaciones de área geográfica, implementación de recursos humanos y materiales, se logra mejores niveles de adherencia que Hospitales de mayor nivel a nivel del Departamento de Lambayeque; además existe relación directa entre la consejería TARGA y la adherencia al tratamiento en las personas viviendo con el virus del Sida.

Palabras claves: Terapia antirretroviral de gran actividad, adherencia, efectividad, consejería.

ABSTRACT:

Objective: To determine the level of effectiveness of HAART counseling in the adherence to antiretroviral treatment in PLWHA of the Referential Hospital of Ferreñafe.

Material and methods: Quantitative, descriptive cross-sectional investigation; with sample of 50 patients, with a confidence level of 95%. The following instruments are listed: Survey on the nurse's help relationship, and the Questionnaire for the Evaluation of the Adherence to Antiretroviral Treatment in Persons with HIV and AIDS. SPSS version 25 is used to process the information. An informed consent was signed. **Results:**

It was found that the level of effectiveness of HAART counseling is the adherence of antiretroviral treatment in PLWHA is that and 33 (66%). Patients are strictly adherent to antiretroviral treatment, with 25 (50%) of them having good HAART counseling from the nurse; the level of effectiveness of HAART counseling in PLWHA is 1 patient (2%) poor, 3 patients (6%) somewhat poor, 6 patients (12%) regular, 15 patients (30%) improvable and 25 patients (50%) good., and the level of adherence to antiretroviral treatment in PLWHA is 4 patients (8%). They have low adherence, 13 patients (26%) are insufficiently adherent, and 33 patients (66%) are strict adherents. **Conclusions:** The Referential Hospital of Ferreñafe, in spite of the limitations of geographical area, implementation of human and material resources, the best levels of adherence than the higher level Hospitals at the level of the Department of Lambayeque; In addition, there is a direct relationship between HAART counseling and adherence to treatment in people living with the AIDS virus.

Key words: Highly active antiretroviral therapy, adherence, effectiveness, counseling.

ÍNDICE

RESUMEN	5
ABSTRACT	6
I. INTRODUCCIÓN.....	8
1.1. Realidad Problemática.	9
1.2. Trabajos Previos.....	12
1.3. Teorías relacionadas al tema.	16
1.4. Formulación del Problema.	31
1.5. Justificación e importancia del estudio.	31
1.6. Hipótesis.....	32
1.7. Objetivos.	32
II. MÉTODO	32
2.1. Tipo de Diseño de Investigación.....	32
2.2. Variables, Operacionalización.	33
2.3. Población y muestra.	36
2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.	36
2.5. Procedimientos de análisis de datos.	39
2.6. Criterios éticos.	39
2.7. Criterios de rigor Científico.	40
III. RESULTADOS	42
3.1. Resultados en figuras y tablas.....	42
3.2. Discusión	45
IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	47
4.1. Conclusiones.....	47
4.2. Recomendaciones	47
REFERENCIAS	48
ANEXOS.....	54

I. INTRODUCCIÓN

Actualmente, alrededor de 36,7 millones de personas alrededor del mundo viven con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). (4) (5) Perú es uno de los países con mayores cambios en la lucha contra el VIH/SIDA, teniendo hasta la actualidad 111 558 casos de Infección VIH. (9) La disminución de adherencia al TARGA aún se mantiene, desconociéndose su progresión en los últimos años, convirtiéndose en un problema de salud pública. (15) A pesar de ello, nuestro país está trabajando intensamente para que un mayor número de personas conozca su diagnóstico de VIH y acceda al tratamiento tempranamente. (12) La consejería en TARGA como busca la adherencia al tratamiento, lo cual implica, además del cumplimiento del tratamiento, una actitud del (la) consultante que refleje su compromiso con respecto a la medicación prescrita, con una participación activa en el mantenimiento del régimen terapéutico. (41)

La presente investigación tiene como objetivo determinar el nivel de efectividad de la consejería TARGA en la adherencia del tratamiento antirretroviral en PVVS del Referencial de Ferreñafe. Además tiene como justificación el conocer si la consejería TARGA realizada por las licenciadas de enfermería de dicho hospital, es efectiva, y si con esta se logra que los pacientes sean o no adherentes al tratamiento, ya que actualmente la disminución de adherencia origina que la lucha contra esta enfermedad no cese, buscando reducir la progresión de la infección por VIH e incrementar la supervivencia del paciente.

Para la realización de esta investigación se usará la Teoría de Hildegard E. Peplau “Relación Enfermera-Paciente”, la cual se relaciona porque así la enfermera encargada de la consejería TARGA, logra reconocer de manera eficaz la problemática de su paciente por la cual no es adherente a su tratamiento, y así identificar las causas, trabajar en ellas, hasta eliminarlas en su mayoría para lograr la efectividad del mismo y la total adherencia mejorando la salud y calidad de vida de su paciente. Para lograr esto, la enfermera debe usar múltiples métodos y habilidades para cumplir el objetivo de la consejería, siendo empática y asertiva en todo momento, creando un vínculo estrecho con el paciente.

La hipótesis planteada en esta investigación es si existe o no relación en la efectividad de la consejería TARGA en la adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVS en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

1.1. Realidad Problemática.

El VIH, continúa siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, y se ha cobrado ya más de 35 millones de vidas. En 2016, un millón de personas fallecieron en el mundo por causas relacionadas con este virus. (1) Gracias a los adelantos recientes en el acceso al tratamiento con antirretrovíricos, las personas seropositivas pueden ahora vivir más tiempo y en mejor estado de salud. Además, se ha confirmado que el tratamiento con antirretrovíricos evita la transmisión del VIH. (2)

La infección causada por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se ha extendido ampliamente por el mundo en las 2 últimas décadas, con proporción de pandemia. (3) Según las Naciones Unidas contra el Sida (ONU-Sida), señala que en 2017, alrededor de 36,7 millones de personas alrededor del mundo vivían con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH). (4) (5) Conforme a los datos del Plan Multisectorial 2008-2012 del Ministerio de Sanidad y Consumo de España, en ese país existen entre 120 000 y 150 000 habitantes con este virus, aunque probablemente más de 30 % de ellos todavía no han sido diagnosticados. En los EE.UU. se han registrado más de 500 000 nuevos afectados y 300 000 muertes por dicha causa. África es el continente con mayor número de contagios, que se incrementó en 67 % durante el período 2001-2008, con relevancia en Zimbabwe, donde 80 % de su población (1,3 millones) tiene la entidad clínica. (3)

El cumplimiento del plan terapéutico de dicha enfermedad no es un objetivo en sí mismo, pues su importancia está dada en la efectividad del medicamento. Se considera que una mala realización del tratamiento, produce una subóptima concentración en sangre y ofrece el medio más idóneo para que proliferen cepas más resistentes al fármaco empleado, por lo que se ha demostrado que es necesario más de 95 % de una adecuada medicación, para controlar correctamente la enfermedad. (3)

En España, alrededor de 145.000 personas viven infectadas por el VIH, de las que aproximadamente una de cada cinco (18 %) no está diagnosticada, además, desde que comenzó la epidemia del sida se han notificado un total de 86.663 casos. (6) En México, aproximadamente cada año 12 mil personas se infectan, de las cuales 4,500 mueren por esta enfermedad. Además, se han detectado 260,000 casos de VIH-Sida, y hasta el momento, sólo 144,000 personas que lo padecen se mantienen vivas. (7) En los Estados Unidos, más de 1.2 millones de personas tienen el VIH; en el 2015, se diagnosticaron la

infección de 39 513 personas. El número de diagnósticos nuevos bajó el 19 % desde el 2005 hasta el 2014; esta reducción puede deberse a los esfuerzos de prevención del VIH dirigidos a poblaciones específicas. Sin embargo, el progreso no ha sido parejo y en algunos grupos la cantidad de diagnósticos ha aumentado, siendo Los hombres gays y bisexuales son la población más afectada por el VIH. (8)

Mientras que en América Latina se ha confirmado que 146 000 pobladores más padecen la enfermedad y 67 000 han fallecido por esta. (3) Siendo Argentina, el país con más casos nuevos de contagio, los cuales aumentaron un 7,8% al año entre 2005 y 2015. El siguiente país, después de Argentina, con más casos nuevos de VIH es Paraguay (4,9%), seguido por Bolivia (4,8%), Colombia (4,6%) y Ecuador (3,9%). (5)

Por su parte, Perú es uno de los países con mayores cambios en la lucha contra el VIH/SIDA. El último boletín mensual de estadística compartido por Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades, del mes de Diciembre del 2017, informa que durante el periodo de enero de 1983 a Diciembre del 2017 se reportaron 111 558 casos de Infección VIH, de los cuales 40 912 son casos de Sida. De los casos de Sida, el 65% de ellos se diagnosticaron entre los 20 a 39 años de edad, con mayor prevalencia en el sexo masculino. La vía de transmisión en los casos de VIH acumulados, es la vía heterosexual, con 49%, seguida de la vía homosexual/bisexual con 45%. (9)

Con respecto a los departamentos con mayores casos de VIH y SIDA, Lima tiene el mayor número de casos registrados, siendo que existen 1471 casos de VIH en el año 2017, y 327 casos de Sida registrados en el mismo año; el segundo departamento es Loreto el cual tiene 319 casos de VIH, seguido del Callao con 3013 casos y Ucayali con 282 casos de VIH. Los departamentos con más casos de VIH son el Callao, Lambayeque e Ica, los cuales registran 49, 35 y 30 casos de Sida respectivamente. (9)

Lima u Callao concentra el 63% de los casos de VIH y el 68% de casos de Sida notificados. El 52% de los casos de infección por VIH de Lima y Callao preceden de 10 distritos los cuales son Cercado de Lima Callao Cercado, San Juan de Lurigancho, San Martín de Porres, Comas Ate, Chorrillos, Villa El Salvador, Los Olivos y Rímac. (9)

El Ministerio de Salud señaló, de acuerdo a los reportes de la Dirección General de Epidemiología (DGE) (10), que el primer caso de VIH se detectó en el país en 1983 y que

desde 2004 se implementó el tratamiento antirretroviral gratuito, lo que permitió reducir los casos y las muertes por Sida. (11)

El Perú está trabajando intensamente para que un mayor número de personas conozca su diagnóstico de VIH y acceda al tratamiento tempranamente. Aproximadamente el 40% de personas diagnosticadas con VIH abandona el tratamiento, aunque 40,314 personas ya reciben el tratamiento gratuito que ofrece el Estado, otras 25,000 aún no acceden al mismo. El objetivo es que en el año 2020 el 90% de las personas con el VIH sepan que tienen la enfermedad, reciban tratamiento y controlen el mal. Sin embargo, la meta aún está lejana. (12)

El tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), se viene brindando gratuitamente por el MINSA a toda persona con VIH/SIDA desde hace aproximadamente 8 años; a pesar que su adherencia no es tan alta, ha contribuido a la disminución de la morbi - mortalidad de esta enfermedad, 3 convirtiéndola en una enfermedad crónica y tratable . El uso muy activo del TARGA, ha ido fundamentalmente alterando el curso de la enfermedad, reduciendo la progresión de la infección por VIH e incrementando la supervivencia del paciente. Sin embargo, pese a los beneficios y gratuidad de la terapia, muchos pacientes lo abandonan y experimentan falla virológica, lo que determina el aumento de los costos en el sistema de salud debido al deterioro clínico y cambio de esquema terapéutico. (13)

En el Perú, se evaluó la adherencia de los pacientes con TARGA a los 4 años de entregada la terapia y se encontró menor adherencia y más abandono en Lima, que en 6 provincias. (14) La disminución de adherencia al TARGA aún se mantiene, desconociéndose su progresión en los últimos años, convirtiéndose en un problema de salud pública. A pesar de contar con la efectividad clínica y recursos para su tratamiento; en la actualidad, no se logra aumentar significativamente el porcentaje de su adherencia. Por tanto, es indispensable mantener una buena adherencia al TARGA prescrito para garantizar la efectividad de los fármacos; de lo contrario, habrá un aumento de ingresos hospitalarios y un fracaso terapéutico, generando resistencia a estos medicamentos. (15)

Lambayeque es el cuarto departamento con mayor número de casos de VIH (16), donde los distritos de Chiclayo, José Leonardo Ortiz y La Victoria suman la mayoría con 12 personas afectadas. También, se han encontrado casos en los distritos de Cayaltí, Eten,

Ferreñafe, Pucalá y San José. La población más afectada son adolescentes y adultos, quienes por desconocimientos mantienen relaciones sexuales sin protección, que luego de adquirir la enfermedad, siguen contagiando sin saber que son portadores y se dan cuenta cuando pasan a la etapa de Sida. (17)

En el Hospital Referencial de Ferreñafe, durante la visita hospitalaria, se evidenció la importancia de la consejería de enfermería en la adherencia al tratamiento antirretroviral en personas viviendo con el virus del Sida del Programa de VIH/Sida, ya que cada día esta población en dicha provincia va en aumento generando mayor relevancia en el programa de dicho hospital; ya que muchos pacientes aun recibiendo la consejería TARGA, de ser adherentes poco a poco van dejando el tratamiento hasta convertirse en pacientes no adherentes, generando una gran problemática en nuestra localidad ya que aumenta el riesgo de contagio. Además, que este Hospital no solo recibe pacientes naturales del lugar, sino de todo el departamento, los cuales generan la necesidad de que esta consejería se lleve a cabo de la manera más eficiente, para que su adherencia al tratamiento antirretroviral sea efectiva.

1.2. Trabajos Previos.

Antecedentes Internacionales

Varela y Hoyos (18) (2015) en su investigación “La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales” realizada en Cali, Colombia, concluyen que la adherencia al tratamiento no-farmacológica es baja y parece ser un problema generalizado en la población con VIH/Sida, si bien es más grave en menores de 40 años. Sólo el 37 % de las personas son adherentes al tratamiento no farmacológico. El análisis de los factores socio-demográficos relacionados con la adherencia, muestra que tienen menor oportunidad de estar adheridos los menores de 40 años. Los resultados muestran que es necesario realizar intervenciones que mejoren la adherencia no-farmacológica para contribuir al control de la infección, y que éstas deben implementarse en todas las personas diagnosticadas, con especial énfasis en la población joven.

Sánchez (19) (2010) en su investigación “Adherencia a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias” realizada en Madrid, concluye que la simplificación de los tratamientos antirretrovirales mediante pautas de administración única diaria mejora, pero no proporciona una adherencia perfecta, ya que la misma está

también relacionada con otros factores, como el número de comprimidos diarios o las prácticas de riesgo para la infección por VIH.

Antecedentes Nacionales

Torres (20) (2017) en su investigación ““La problemática respecto a la gestión para lograr la adherencia al Tratamiento de Antirretrovirales de Gran Actividad (TARGA) brindado por el Ministerio de Salud para varones entre 25 y 40 años en los hospitales públicos de la ciudad de Lima entre los años 2004 a 2015” concluye que existen factores de organización y abastecimiento que muchas veces generan carencias y falta de entrega oportuna de los antirretrovirales a los usuarios, razón por la cual muchos de ellos no están en las condiciones de acudir con mayor frecuencia a los centros de salud, por lo que ello es un factor que pudiera estar relacionado a los procesos de falta de adherencia.

Rojas (21) (2017) en su investigación “Abandono de la terapia antirretroviral en pacientes VIH positivos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2013- 2015”, concluye que la proporción de abandono a la terapia antirretroviral en el Hospital María Auxiliadora es inferior a la comparación de otras investigaciones, la población de estudio tiene características sociodemográficas y farmacológicas específicas, las cuales permitirán establecer estrategias que permitan reducir el abandono y mejorar la adherencia a la terapia antirretroviral.

Bartra (22) (2017) en su investigación “Factores asociados con las reacciones adversas al tratamiento antirretroviral inicial en personas mayores de 18 años viviendo con VIH-sida en el Hospital II-2 Tarapoto, Agosto 2014- Agosto 2016”, concluye que existe una elevada incidencia de RAMA, siendo la anemia la más frecuente. La fase de enfermedad en estadio no SIDA y el Recuento de Células CD4 >200 son factores de riesgo para presentar RAMA, y la coinfección se comportó como un factor protector.

Rosas (23) (2017) en su investigación “Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH”, concluye que se encuentra asociación entre la depresión y la adherencia al tratamiento antirretroviral en los pacientes con VIH del Hospital de Apoyo II – Bagua, año 2016. Haciendo que los pacientes con depresión tengan 5.94 veces más riesgo de tener una mala adherencia respecto de los pacientes sin depresión, pudiendo variar con un 95% de confianza entre 2.08 y 16.91 veces más.

Orellana (24) (2017) en su investigación “Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/sida en el Hospital central PNP “Luis N. Sáenz” en los meses de octubre a diciembre del 2015”; concluye que en la población estudiado tiene una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral. Y los 5 factores que mide el cuestionario: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción médico-paciente, creencias del paciente y estrategia para la toma de medicamentos; tienen muy buena influencia en la adherencia al TARGA.

Leiva (25) (2016) en su investigación “Factores asociados a la no Adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Lazarte”, Trujillo; concluye que el tener menor edad, mayor tiempo de enfermedad, grado de instrucción analfabeta o primaria y tener conducta homosexual es factor asociado a la no adherencia al TARGA en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

Matute (26) (2016) en su investigación “Factores predictores de la adherencia no adecuada al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes que viven con VIH/Sida”, realizada en Trujillo; concluye que las reacciones adversas, los síntomas depresivos y el consumo de alcohol son factores predictores de la adherencia no adecuada en pacientes que viven con VIH/Sida y que reciben TARGA.

Pacífico y Gutiérrez (27) (2015) en su investigación “Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/sida de un hospital de Lima, Perú”, concluye que la satisfacción con la información recibida sobre el TARGA se incrementa con la edad y es menor en mujeres y el grado de instrucción superior. Hay deseos de mayor información sobre las potenciales reacciones adversas al TARGA.

Ramírez y Valdiviezo (28) (2015) en su investigación “Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto en el tratamiento antirretroviral Hospital Regional Docente de Trujillo 2015”, concluyen que el nivel de relación de ayuda de la enfermera, en el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en el Hospital Regional Docente de Trujillo, muestra el 69% un nivel de relación de ayuda buena, y el 31% una relación regular, además que a mejor nivel de relación de ayuda se obtendrá mayor adherencia.

Apaza y Ortega (29) (2014) en su investigación “Factores de tratamiento, entorno y adherencia al Tratamiento antirretroviral de gran actividad en Personas con VIH/Sida, Hospital Goyeneche Arequipa – 2014”; concluye que la población de estudio estuvo conformada por 143 personas que reciben TARGA, la mayoría del sexo masculino con 73.4%, con edades de 26 a 40 años con 60.1%, la mayoría solteros con 67.1%, con grado de instrucción superior con 50.3% y la mayoría de ocupación independiente con 51.7%. Además, que con respecto a la variable adherencia, la mayoría resulto no tener una buena adherencia con 63.6%, seguido de los adherentes con el 36.4%.

Alvis *et al*^x (15) (2009) en su investigación “Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-Sida”, Lima; concluye que la prevalencia de no adherencia fue mayor a la reportada previamente en este mismo hospital, pero similar a la encontrada en diferentes estudios, pese a la heterogeneidad de los mismos. Los factores de tipo psicosocial fueron los que influyeron de forma más importante en la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. Siendo como resultado que, de las 456 personas encuestadas, el 35.9 % resulto no ser adherente.

Rivas (30) (2008) en su investigación “Adherencia Terapéutica al Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo y Soporte Social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA”; realizada en Lima; concluye que la muestra presenta las mismas características sociodemográficas observadas en anteriores estudios epidemiológicos. En este sentido, la infección por VIH/SIDA se ha centrado en hombres entre 25 y 35 años (58%), siendo la sexual la principal vía de contagio. En relación la adherencia terapéutica, los resultados obtenidos también, coinciden con los hallazgos de estudios realizados a nivel internacional. Y entre los principales factores asociados a la adhesión terapéutica los vinculados al tratamiento mismo tales como olvido de dosis y retrasos en los horarios, son reportados con mayor frecuencia y podrían explicar el porqué de los bajos niveles observados. No obstante, dicha complejidad parece no ser percibida por los propios pacientes en la medida que reportan tantos niveles medios y bajos de dificultad para seguir el tratamiento como poca preocupación por dichas omisiones.

Antecedentes Regionales y Locales

Alarcón (31) (2016) en su investigación “Percepciones de los usuarios del servicio de ITS/VIH-Sida del Hospital Regional Docente Las Mercedes sobre la calidad de atención relacionadas con tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en

el 2010”, concluye que la mayoría de los usuarios que reciben TARGA tiene un nivel de satisfacción media y bajo respecto a la calidad de atención que brinda el servicio de ITS-VIH/SIDA del Hospital Regional Docente las Mercedes.

Muro y Ramírez (32) (2013) en su investigación “Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011”, concluyen que existe relación, entre adherencia al TARGA y calidad de vida en los pacientes del HRDLM, predominando el grado de adherencia adecuado, y buena calidad de vida, tanto en su dimensión mental como física. La adherencia al TARGA fue estricta en 30 % e insuficiente en 25 %; la calidad de vida predominantemente fue buena, en la dimensión física y mental, 80% y 77,5 % respectivamente.

1.3. Teorías relacionadas al tema.

La vida de los seres humanos se manifiesta a través de relaciones entre semejantes, estas se desarrollan en el seno de grupos e instituciones. El hombre como ser social está sujeto a relaciones interpersonales que se promueven entre personas que se conocen o no. Estas van a jugar un rol importante en la actividad humana y están mediadas por la comunicación. En enfermería, se establecen relaciones con el paciente y familiares, de modo que le permita a la enfermera favorecer la relación terapéutica, satisfacer las necesidades del paciente y brindar cuidados de enfermería. (33)

Teoría de Hildegard E. Peplau “Relación Enfermera-Paciente”

Para Peplau la enfermería es un proceso significativo, terapéutico e interpersonal que actúa de forma conjunta con otros procesos humanos que posibilitan la salud. Es una relación humana entre un individuo que está enfermo o que siente una necesidad y una enfermera que está preparada para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. La enfermera consigue sus metas mediante la promoción del desarrollo de las habilidades del paciente para afrontar los problemas y conseguir un estado saludable; es un proceso mutuo y de cooperación que intenta resolver el problema. (34)

Su teoría se centró en el desarrollo de la relación terapéutica como proceso básico y buscó proporcionar una relación que pudiera hacer que la persona permaneciese sana. Utilizando la relación de este modo, colaborando, educando y siendo una terapeuta, la

enfermera será capaz de empatizar con los problemas del paciente. Como consecuencia de todo ello, tanto la enfermera como el paciente aprenden y maduran. (34)

Esta teoría se relaciona con este proyecto porque así la enfermera encargada de la consejería TARGA, logra reconocer de manera eficaz la problemática de su paciente por la cual no es adherente a su tratamiento antirretroviral, y así identificar las causas, trabajar en ellas, hasta eliminarlas en su mayoría para lograr la efectividad del tratamiento y la total adherencia mejorando la salud y calidad de vida de su paciente. Para lograr esto, la enfermera debe usar múltiples métodos y habilidades para cumplir el objetivo de la consejería, siendo empática y asertiva en todo momento, creando un vínculo estrecho con el paciente.

1.3.1. Marco Teórico.

- VIH/Sida

Los científicos identificaron un tipo de chimpancé en el África Occidental como la fuente de la infección VIH en los humanos. Ellos creen que la versión de la inmunodeficiencia del virus del chimpancé seguramente se transmitió a los humanos y ocurrió la mutación al VIH cuando los humanos cazaban estos chimpancés por su carne poniéndose en contacto con la sangre infectada. Los estudios demuestran que el VIH pudo haber saltado de los simios a los humanos tan temprano como a fines del siglo 18. El virus se regó lentamente a través de África y más tarde a otras partes del mundo. El VIH ha existido en los Estados Unidos por lo menos desde la mitad hasta finales de los años 1970. (35)

No importa dónde se haya originado ni cómo llegó a ser una infección propia de los seres humanos, el VIH ha logrado convertirse en una pandemia global afectando a casi todos los países, niveles sociales, razas, etnias, y preferencias sexuales. (35)

La sigla VIH significa virus de la inmunodeficiencia humana. Es el virus que puede causar el síndrome de inmunodeficiencia adquirida o SIDA, si no se trata. A diferencia de otros virus, el cuerpo humano no puede eliminarlo completamente, ni siquiera con tratamiento. Por lo tanto, si contrae el VIH, lo tendrá de por vida. (21)

El VIH ataca el sistema inmunitario del cuerpo, específicamente las células CD4 (células T), que lo ayudan a luchar contra las infecciones. Si no se trata, el VIH reduce la cantidad de células CD4 (células T) del cuerpo, lo cual hace que la persona tenga más

probabilidades de contraer otras infecciones o de tener cánceres relacionados con infecciones. Con el tiempo, el VIH puede destruir tantas de estas células que el cuerpo pierde su capacidad de luchar contra las infecciones y las enfermedades. Las infecciones oportunistas o cánceres se aprovechan del sistema inmunitario muy débil y son señal de que la persona tiene SIDA, que es la última etapa de la infección por el VIH. (35)

El VIH es un virus perteneciente a la familia Retroviridae, subfamilia Lentivirinae. Se han identificado dos formas genéticamente diferentes: VIH-1 y VIH-2, pero compartiendo algunos antígenos que son diferenciados por técnicas específicas. (36)

Desde el punto de vista morfológico es un virión esférico de 100 – 200 nm de diámetro, con una nucleocápside electrondensa en forma de cono, rodeada de una bicapa lipídica que proviene de la membrana de la célula huésped, donde se insertan proteínas virales constituidas por moléculas de glicoproteína 120 (gp 120) unida no covalentemente a una proteína que integra la membrana, la glicoproteína 41(gp 41). (36)

La nucleocápside encierra dos copias de ARN y tres enzimas virales (proteasa, transcriptasa reversa e integrasa) fundamentales para el ciclo biológico del virus. Este ARN está constituido por 3 genes estructurales (gag, pol y env) y por otros genes (tat, rev, vif, nef, vpr y vpu) encargados de la regulación de la síntesis y replicación viral. (36)

Los genes gag, pol y env codifican proteínas precursoras que serán divididas por la acción de la proteasa formando proteínas estructurales. Sobre esta proteasa actúan fármacos muy efectivos, que inhiben la acción de esta enzima impidiendo formar las proteínas estructurales virales (inhibidores de proteasa). (36)

La infección se inicia cuando una partícula viral completa toma contacto con una célula con receptor CD4, uniéndose fuertemente a éste a través de la gp 120. Actualmente se sabe que es necesaria la presencia de otros correceptores, receptores para quemoquinas (CXCR-4, CCR-5), para mediar la fusión del virus a las células. Dentro de los nuevos fármacos antirretrovirales, se encuentran los inhibidores de fusión y los inhibidores de unión a los receptores de quemoquinas. (36)

Durante el ciclo viral, en el citoplasma celular, la enzima transcriptasa reversa convierte el ARN viral en ADN copia para que luego se pueda integrar al genoma de la célula

huésped. También sobre esta enzima actúan varios fármacos inhibiendo la función de retrotranscripción (inhibidores de la transcriptasa reversa). (36)

Según la “Guía de Estudio VIH/Sida: 101” (35) el VIH presenta cuatro etapas:

a) Etapa 1: Infección Aguda

En esta etapa grandes cantidades del VIH se producen en el cuerpo. El virus usa células importantes del sistema inmunológico llamadas CD4 para hacer copias de sí mismo. Durante este proceso destruye las células CD4, causando una pérdida rápida de las células CD4 en el cuerpo. Eventualmente, la respuesta inmunológica traerá la cantidad del virus en el cuerpo de nuevo a su nivel estable. En este punto, el conteo CD4 entonces comenzará a subir, pero podría no llegar a los niveles de antes de la infección.

Dentro de las 2 a 4 semanas después de la infección con el VIH, usted se podría sentir enfermo/a con síntomas parecidos a la influenza. Otros síntomas podrían incluir sudores nocturnos, dolores musculares, dolor de garganta, fatiga o erupciones. Esto se conoce como el síndrome retroviral agudo (ARS –Acute retroviral syndrome), o infección primaria del VIH y es la respuesta natural del cuerpo a la infección del VIH. (Sin embargo, no todo el mundo desarrolla ARS—algunas personas puede que no tengan síntomas).

a) Etapa 2: Latencia Clínica (Inactividad o Letargo)

Durante esta fase, el VIH todavía está activo, pero se reproduce a niveles muy bajos. Hacia la mitad o finales de este periodo, su carga viral empieza a subir y su conteo de las células CD4 empieza a bajar. Mientras esto sucede, usted podría empezar a tener síntomas de la infección del VIH a medida que su sistema inmunológico se pone muy débil para protegerlo (a usted).

Este periodo se conoce a veces como infección asintomática del VIH o infección crónica del VIH. Usted podría no tener síntomas o sentirse enfermo durante este tiempo. Las personas que están bajo terapia antiretroviral (ART) podrían vivir con latencia clínica por varias décadas. Para personas que no estén bajo ART, este periodo podría durar hasta una década, pero algunos podrían progresar por la fase más rápidamente. Es importante recordar que usted todavía puede transmitir el VIH a otros, aunque esté bajo el tratamiento ART y aunque ART reduzca el riesgo grandemente.

b) Etapa 3: VIH Sintomático/SIDA

Esta es la etapa de infección que ocurre cuando su sistema inmunológico está muy deteriorado y usted se vuelve vulnerable a infecciones y cánceres relacionados con infecciones llamadas enfermedades oportunistas.

Más de 25 infecciones y padecimientos oportunistas están asociados con el SIDA. El tratamiento apropiado puede prevenir muchas de estas infecciones, sin embargo, las infecciones pueden ocurrir en cualquier momento.

c) Etapa 4: SIDA

Cuando el número de sus células CD4 cae por debajo de 200 células por milímetro cúbico de sangre (200 células/mm³), se considera que usted ha progresado al SIDA (el conteo normal de las CD4 está entre 500 a 1,600 células/mm³). También se le diagnostica el SIDA si usted desarrolla una o más enfermedades oportunistas, a pesar del conteo de sus CD4.

Sin tratamiento, las personas diagnosticadas con el SIDA típicamente sobreviven alrededor de 3 años. Una vez que una persona tiene una enfermedad oportunista peligrosa, la expectativa de vida sin tratamiento desciende a alrededor de un año. Las personas con SIDA necesitan tratamiento médico para evitar la muerte.

Para diagnosticar esta enfermedad la prueba del VIH, al igual que el resto de las pruebas médicas, se basa en los principios de voluntariedad y confidencialidad. Además, antes de realizar la prueba del VIH a un paciente se le debe dar la información necesaria para garantizar que esta se hace con, al menos, su consentimiento verbal que debe quedar registrado en la historia clínica. La prueba debe realizarse en un entorno que respete la intimidad de la persona. (37)

La confidencialidad de los resultados de las pruebas para el diagnóstico de infección por VIH es obligatoria. El diagnóstico, para efectos de iniciar la atención integral del paciente, deberá realizarse de acuerdo a uno de los siguientes criterios. (37)

El diagnóstico, para efectos de iniciar la atención integral del paciente, deberá realizarse de acuerdo a uno de los siguientes criterios:

Diagnóstico de infección VIH para inicio de atención (38)

Prueba rápida 1 reactiva MAS	Prueba de tamizaje reactiva MAS	Prueba de tamizaje reactiva MAS
Prueba rápida 2 reactiva	Prueba confirmatoria positiva	Síntomas de enfermedad avanzada (SIDA)

Tabla 1

La notificación de todos los casos de infección por VIH es obligatoria en el Perú. La definición de caso de infección por VIH y casos de SIDA para efectos de notificación, se realizará de acuerdo a lo establecido por la Dirección General de Epidemiología, según normatividad vigente. (38)

a) Técnica de cribado

Actualmente en las diferentes guías europeas se recomienda preferentemente la utilización de las técnicas de Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay (ELISA) de cuarta generación, que incluyen la determinación simultánea de anticuerpos (anti-VIH-1 y anti-VIH-2) y de antígeno p24 del VIH-1.(4;31;32) Tienen la ventaja con respecto a los ELISA de tercera generación (que sólo detectan anticuerpos) de reducir a dos-cuatro semanas el tiempo entre la adquisición de la infección y la detección de un resultado positivo al VIH. Diferentes estudios han demostrado que estas técnicas presentan una excelente sensibilidad (99,78-100%). (37)

Un resultado negativo en un análisis de cribado excluye la infección por VIH, salvo exposición reciente a la infección y/o primo infección. Teniendo en cuenta las características de las técnicas de cribado, se considera que no existe infección por VIH tras una exposición de riesgo si el ELISA es negativo a las 6 semanas (en el caso de pruebas de cuarta generación) o a los 3 meses (en el caso de pruebas de tercera generación o de haber realizado profilaxis post-exposición). (37)

Como alternativa a los métodos de ELISA convencionales, en determinadas circunstancias o contextos es posible el uso de pruebas rápidas. Se definen como pruebas de fácil realización, de interpretación subjetiva (ya que la lectura no está automatizada) y capaces de proporcionar un resultado en un corto periodo de tiempo (generalmente en

menos de 30 minutos). La mayoría de las pruebas rápidas disponibles son de tercera generación, aunque actualmente existen en el mercado también pruebas rápidas de cuarta generación. Se pueden realizar a partir de diferentes fluidos corporales, como sangre, suero, plasma y fluido oral. Todos los resultados positivos, al igual que los obtenidos mediante ELISA convencionales, requieren una confirmación posterior. En entornos sanitarios el método de elección será, generalmente, la técnica ELISA, aunque en determinadas circunstancias en las que se necesite un resultado en poco tiempo, o cuando el paciente rehúse la extracción de sangre, se puede recurrir a la utilización de las pruebas rápidas. (37)

b) Técnica de confirmación

Los resultados positivos obtenidos en las pruebas de cribado deben ser confirmados siempre. Las técnicas de confirmación más utilizadas son el Western Blot (WB) y el Inmunoblot Recombinante (LIA). Estas técnicas permiten la detección de anticuerpos específicos frente a las diferentes proteínas del virus. Es recomendable que permitan la discriminación entre las infecciones producidas por VIH-1 y VIH-2, debido a las diferencias en la patogenicidad y el tratamiento de ambos virus. Los criterios de interpretación de WB o LIA no han variado y existen recomendaciones de diferentes organismos, aunque las más utilizadas son las de la OMS y las de la Cruz Roja Americana. Solo se considera que una persona tiene infección por VIH cuando el resultado de la prueba de confirmación es positivo. Las pruebas de detección directa de componentes del virus (antígeno p24 o genoma viral), están indicadas en los casos de un resultado de laboratorio de infección del VIH no concluyente. No se recomienda la utilización de estas técnicas como métodos de cribado, ya que no se ha demostrado que presenten ventajas sobre los métodos de cuarta generación y pueden dar lugar a resultados falsamente positivos. Una persona con diagnóstico positivo debe ser derivada siempre para seguimiento y valoración del tratamiento. (37)

La clasificación clínica de la infección por VIH según la clasificación vigente de la Organización Mundial de la Salud (OMS) (38) es:

Clasificación clínica en inmunológica de la infección por el VIH OMS 2007 (38)

Síntomas asociados a la infección por el VIH	Estadio Clínico
Asintomático	1
Síntomas leves	2
Síntomas graves	3
Síntomas avanzados	4

Tabla 2

Clasificación clínica de la infección por el VIH en adultos y adolescente con infección por el VIH confirmada OMS 2007 (38)

Estadio clínico 1
<ul style="list-style-type: none">• Asintomático• Linfadenopatía generalizada persistente
Estadio clínico 2
<ul style="list-style-type: none">• Pérdida moderada de peso idiopática* (menos de 10% del peso corporal presumido o medido)• Infecciones recurrentes de las vías respiratorias (sinusitis, amigdalitis, faringitis, otitis media).• Herpes zóster.• Queilitis angular.• Úlceras orales recurrentes.• Erupciones papulares pruriginosas.• Dermatitis seborreica.• Onicomicosis.

Estadio clínico 3

- Pérdida grave de peso idiopática (más de 10% del peso corporal presumido o medido)
- Diarrea crónica idiopática durante más de un mes
- Fiebre persistente idiopática (mayor de 37,5° C, intermitente o constante, durante más de un mes).
- Candidiasis oral persistente.
- Leucoplasia oral vellosa.
- Tuberculosis pulmonar.
- Infecciones bacterianas graves (como neumonía, empiema, piomiositis, osteomielitis, artritis, meningitis, bacteriemia).
- Estomatitis, gingivitis o periodontitis ulcerativa necrotizante aguda.
- Anemia (< 8 g/dl), neutropenia (< 0,5 x 10⁹/l) y/o trombocitopenia crónica (< 50 x 10⁹/l) idiopática.

Estadio clínico 4

- Síndrome de consunción por VIH.
- Neumonía por Pneumocystis.
- Neumonía bacteriana grave recurrente.
- Infección crónica por herpes simple (orolabial, genital o anorrectal de más de un mes de duración, o visceral de cualquier duración).
- Candidiasis esofágica (o candidiasis de la tráquea, los bronquios o los pulmones).
- Tuberculosis extrapulmonar.
- Sarcoma de Kaposi.
- Infección por citomegalovirus (retinitis o infección de otros órganos).
- Toxoplasmosis del sistema nervioso central.
- Encefalopatía por VIH.
- Criptococosis extrapulmonar (incluyendo meningitis).
- Infección diseminada por micobacterias no tuberculosas.
- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

- Criptosporidiasis crónica.
- Isosporiasis crónica.
- Micosis sistémica (histoplasmosis extrapulmonar, coccidioidomicosis).
- Septicemia recurrente (incluyendo por Salmonella no tifoidea).
- Linfoma (cerebral o de células B, no Hodgkin).
- Carcinoma cervical invasivo.
- Leishmaniosis atípica diseminada.
- Nefropatía sintomática asociada al VIH o miocardiopatía asociada al VIH.

Tabla 3

Como tratamiento del VIH, se aplica el Tratamiento AntiRetroviral de Gran Actividad es la combinación de tres tipos de medicamentos antiretrovirales que controla la cantidad de virus en la sangre y mejora el sistema de defensas del organismo. (38) (39)

Para iniciar este tratamiento, se debe conocer la carga viral la cual nos indica que punto de nuestro sistema inmunológico controla el virus. Cuanta más alta es la carga viral más bajas son nuestras defensas y menor es la posibilidad de controlar otras enfermedades. Los Linfocitos CD4 son un tipo de glóbulos blancos que forman parte de nuestro sistema de defensa y que luchan contra las infecciones causadas por el VIH. Un recuento de la cantidad de linfocitos CD4 en nuestro organismo nos indica en qué grado nuestro sistema inmunológico ha sido dañado por el VIH. (39)

Sistema de clasificación de la CDC para infección de VIH en adultos y adolescentes mayores de 13 años de edad (40)

Categorías de laboratorio	Categorías clínicas		
	A	B	C
Linfocitos T CD4	Asintomáticos, infección aguda por VIH	Sintomático, sin condiciones Categoría C	Condiciones indicadoras de SIDA
1. 500 cel/ml o más	A1	B1	C1

2. 200 a 499 cel/ml	A2	B2	C2
3. <200 cel/ml	A3	B3	C3

Tabla 4

El TARGA tiene múltiples beneficios, uno de ellos es que incrementa la cantidad de linfocitos CD4 y reduce la carga viral en la mayoría de las personas viviendo con VIH (entre la semana 16 y 20 de tratamiento). Además mejora nuestro sistema inmunológico, aumentando las defensas contra enfermedades oportunistas como la TBC, Neumonías, diarreas, etc. (39)

Según la “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del adulto con Infección el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)” (38) :

- Toda persona con diagnóstico de infección por VIH será evaluada por el equipo multidisciplinario previo a su ingreso al TARGA.
- El ingreso al TARGA es voluntario, y se realiza previo consentimiento informado. Este proceso consiste en la explicación detallada de los riesgos y beneficios del tratamiento, así como de los derechos y obligaciones como paciente. Debe documentarse a través de la Hoja de Consentimiento Informado, la cual será firmada por el médico tratante y el paciente.
- Todo paciente con criterio de inicio de TARGA debe contar con la hoja de evaluación clínica para ingreso al TARGA
- Previo al inicio de TARGA todos los pacientes deberán contar con las siguientes evaluaciones básicas, con una antigüedad no mayor a tres meses.
- Los esquemas de tratamiento antirretroviral para pacientes nuevos, están basados en la combinación de dos medicamentos inhibidores nucleósidos /nucleótidos de la transcriptasa reversa (INTR) más un medicamento inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR).

Esquemas de tratamiento antirretroviral en adultos con infección por VIH (38)

Esquema de elección	Dosificación	Observaciones
Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz (TDF/FTC/EFV)	1 tableta de Tenofovir 300 mg / Emtricitabina 200 mg / Efavirenz 600 mg, en dosis fija combinada (DFC), cada 24 horas (al acostarse).	
Esquemas alternativos	Dosificación	Observaciones
Tenofovir / Emtricitabina + Efavirenz (TDF/FTC+EFV)	1 tableta de Tenofovir 300 mg / Emtricitabina 200 mg (DFC), MAS 1 tableta de Efavirenz 600	Se utilizará este esquema, cuando no se cuente con la presentación en dosis fija combinada
Tenofovir + Lamivudina + Efavirenz (TDF+3TC+EFV)	1 tableta de Tenofovir 300 mg MAS 2 tabletas de Lamivudina 150 mg MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg juntas cada 24 horas (al acostarse).	Se utilizará este esquema, cuando no se cuente con la presentación en dosis fija combinada.
Abacavir / Lamivudina + Efavirenz (ABC/3TC+EFV)	1 tableta de Abacavir 600 mg / Lamivudina 300 mg (DFC) cada 24 horas MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse).	Solamente en pacientes con CV < 100 000 copias/mL, con examen de HLA B*5701 negativo y que tengan contraindicación para el uso del esquema de elección.
Abacavir + Lamivudina + Efavirenz (ABC+3TC+EFV)	1 tableta de Abacavir 300 mg cada 12 horas MAS 1 tableta de Lamivudina 150 mg cada 12 horas MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse).	Solamente en pacientes con CV < 100 000 copias/mL, con examen de HLA B*5701 negativo, que tengan contraindicación para el uso del esquema de elección y en ausencia de dosis fija combinada ABC/3TC.
Zidovudina / Lamivudina + Efavirenz (AZT/3TC+EFV)	1 tableta de Zidovudina 300 mg / Lamivudina 150 mg (DFC) cada 12 horas MAS 1 tableta de Efavirenz 600 mg cada 24 horas (al acostarse).	Para pacientes que tienen alguna contraindicación para el uso de Tenofovir o Abacavir.

Tabla 5

Para que el tratamiento antirretroviral sea efectivo el paciente debe ser adherente, el cual es el compromiso del paciente de cumplir en la toma de la combinación de medicamentos indicados en su tratamiento, para evitar complicaciones a futuro como la resistencia. (39)

La “Norma Técnica de Salud de Atención Integral del adulto con Infección el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)” (40) indica que:

- El equipo multidisciplinario evaluará la adherencia cada vez que el paciente acuda al establecimiento de salud.
- El equipo multidisciplinario identificará los pacientes con factores de riesgo para una mala adherencia para realizar un trabajo preventivo a través de consejería de soporte y evaluación psicológica.
- Las líneas de acción de la adherencia al TARGA son la consejería, educación para el tratamiento y participación social.
- La intervención de los consejeros debe ser permanente en la educación del paciente y la familia.

- **Consejería TARGA**

La consejería es un proceso de diálogo e interacción, dinámico y confidencial, entre el (la) consejero(a) y el (la) consultante. Es un tipo especial de acercamiento humano, empatía y confianza mutua, orientada a ofrecer soporte emocional, información y educación sobre el cuidado de la salud. (41)

Tiene como objetivo dar información sobre un tema específico y ayudar a la persona a clarificar sus pensamientos y/o emociones para lograr una posible solución al problema planteado. No consiste en dar consejos, ni en manipular a la persona para que haga lo que consideramos tiene que hacer, tampoco debe confundirse con una entrevista en donde únicamente se proporciona información. (42)

Según el Manual sobre Consejería en VIH/Sida e ITS (42), la consejería se caracteriza:

- Requiere estar focalizada. Se trabaja un solo tema con el fin de identificar la problemática.
- Se ofrece cara a cara. Debe realizarse en persona para facilitar la interacción.
- Proporciona información veraz y suficiente. De acuerdo a la necesidad y conocimientos del usuario.
- Requiere de un espacio físico que permita la confidencialidad. Para que el usuario pueda expresar sus emociones.

- Tiempo de duración acotado. La consejería no debe exceder de 45 minutos y de 10 sesiones como máximo.
- No directiva. El consejero debe dirigir la sesión de forma sutil, buscando conocer la demanda real del usuario, favoreciendo un ambiente que facilite el diálogo entre ambos.
- El consejero no juzga. Es necesario evitar enjuiciar, etiquetar y regañar a la persona, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto.
- Conserva la confidencialidad. Es necesario evitar enjuiciar, etiquetar y regañar a la persona, lo que permitirá crear una atmósfera de cordialidad, entendimiento y respeto.

El Manual sobre Consejería en VIH/Sida e ITS (42), indica que debe existir tiempo, frecuencia y espacio para la consejería, el cual nos dice que:

- Se recomienda un tiempo promedio de 30 a 45 minutos por sesión.
- La frecuencia dependerá de las necesidades del (la) consultante y de cómo asimile las indicaciones. Lo ideal es tener más de una sesión para facilitar el trabajo de orientación y apoyo. Es conveniente desarrollar la sesión considerando que existe la posibilidad de que el (la) consultante no regrese.
- En cuanto al espacio, la consejería debe desarrollarse en un lugar donde se garantice la privacidad y la confidencialidad. En un ambiente tranquilo, sin ruidos, ventilado e iluminado.
- El consejero(a) debe garantizar y mantener estas condiciones de trabajo. En todo caso, buscar el apoyo de las autoridades respectivas para obtenerlas.

La consejería en TARGA como busca la adherencia al tratamiento, lo cual implica, además del cumplimiento del tratamiento, una actitud del (la) consultante que refleje su compromiso con respecto a la medicación prescrita, con una participación activa en el mantenimiento del régimen terapéutico. (41)

En donde los temas a tratar según la Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH y el SIDA (41) son:

- Informar sobre el TARGA: brindar contenidos sencillos, explicaciones claras y precisas, que sean de fácil comprensión para el paciente. Analizar el costo/ beneficio de iniciar y continuar la terapia. El (la) consejero(a) deberá estar actualizado respecto a las terapias, combinaciones, formas de administración y efectos adversos. Preparado para despejar las dudas del (la) consultante, sin embargo, es necesario motivarlo para que busque esta información con su médico tratante.
- Identificar conductas o limitaciones personales que se presenten para la adherencia al TARGA: el (la) consejero(a) deberá identificar cualquier manifestación de tipo conductual o emocional que dificulte el proceso de adherencia, y evaluar la posibilidad de trabajarlo en la consejería o referirlo al especialista.
- Informar sobre la resistencia al tratamiento antirretroviral: enfatizar que ello puede deberse a la falta de adherencia y/o por reinfección (sexo sin condón con otra persona con VIH), además de otras razones, tales como: la replicación y mutación del virus y la disminución de la acción terapéutica porque el virus aprende a reconocer y defenderse de las drogas.
- Facilitar el proceso de la adherencia: antes de iniciar el TARGA, se pueden utilizar simulacros de toma de medicamentos en el domicilio y realizar un monitoreo detallado del cumplimiento.

Cuando empieza el tratamiento, se recomienda:

- Tomar los medicamentos a la misma hora, todos los días, según la prescripción médica.
- Usar despertadores o alarmas que recuerde tomar los medicamentos.
- Hacer una lista de los nombres de los medicamentos que se deben tomar todos los días e ir marcando cada uno a medida que se tome.
- Hacer un recuento de los medicamentos que se tiene.
- Recomendar el uso de otros envases o pastilleros, frente al temor del (la) consultante de ser identificado a través de los medicamentos que usa.

- Ofrecer soporte emocional: tanto al inicio como durante el tratamiento se presentan una serie de temores, preocupaciones y miedos, muchos de ellos generados por las creencias, mitos y por los efectos colaterales y secundarios, lo que puede interferir en la adherencia. Para ello el (la) consejero(a) debe informar, aclarar dudas y motivar al (la) consultante a expresar sus emociones y sentimientos. Es necesario facilitar la adaptación a las situaciones cambiantes respecto a su salud y fomentar actitudes positivas.

- Facilitar la identificación del agente de soporte personal: iniciar esta identificación dentro del grupo familiar; si ello no es posible, buscarlo en los actores de la comunidad y su red social. Estos agentes deberán ser evaluados, seleccionados y capacitados porque apoyarán en el cumplimiento del tratamiento antirretroviral y en el cuidado integral, así como en la identificación de comportamientos y manifestaciones emocionales que puedan interferir con el proceso de adherencia.

- El papel de la familia y/o red social en este proceso es muy importante y está demostrado el beneficio de su participación en la adherencia al tratamiento.

1.4. Formulación del Problema.

¿Cuál fue el nivel de efectividad de la consejería TARGA en la adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVS en el Hospital Referencial de Ferreñafe. 2018?

1.5. Justificación e importancia del estudio.

Este estudio pretendió mostrar la efectividad de la consejería TARGA en la adherencia del tratamiento antirretroviral en las personas viviendo con el Virus del Sida en el Hospital Referencial de Ferreñafe. El Virus del Sida es uno de los mayores problemas de salud pública a nivel mundial, el cual cobra miles de vidas anualmente, siendo su tratamiento uno de los aspectos más difíciles de cumplir por los pacientes, por lo que la consejería TARGA cumple un papel importante en su adherencia. En Perú actualmente la disminución de adherencia al tratamiento aún se mantiene, lo cual origina que la lucha contra esta enfermedad no cese, buscando reducir la progresión de la infección por VIH e incrementar la supervivencia del paciente.

Además, este proyecto se realiza para determinar si la consejería TARGA realizada por las licenciadas de enfermería del Hospital Referencial de Ferreñafe es efectiva, y si con esta se logra que los pacientes sean o no adherentes al tratamiento antirretroviral. También servirá como fuente bibliográfica para otros proyectos de investigación.

1.6. Hipótesis.

- H1: Existió relación en la efectividad de la consejería TARGA en la adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVS en el Hospital Referencial de Ferreñafe.
- H0: No existió relación en la efectividad de la consejería TARGA en la adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVS en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

1.7. Objetivos.

1.7.1. Objetivo General

- Determinar el nivel de efectividad de la consejería TARGA en la adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVS del Hospital Referencial de Ferreñafe, 2018.

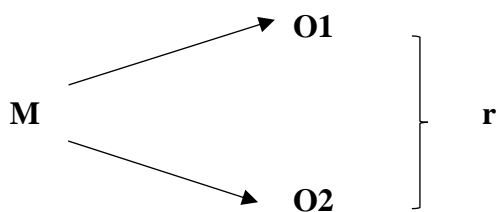
1.7.2. Objetivos Específicos

- Identificar el nivel de efectividad de la consejería TARGA en las personas viviendo con el virus del Sida del Hospital Referencial de Ferreñafe, 2018.
- Identificar el nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral de las personas viviendo con el virus del Sida del Hospital Referencial de Ferreñafe, 2018.

II. MÉTODO

2.1. Tipo de Diseño de Investigación.

El tipo de investigación fue cuantitativa porque se basó en el uso de técnicas estadísticas para conocer ciertos aspectos de interés de la población que se está estudiando. Además, este estudio fue de tipo descriptivo de corte transversal debido a que se estableció relación entre dos variables para así determinar si hay o no relación entre ellas. (43)



Dónde:

M: Muestra 228 personas viviendo con el virus del Sida

O1= variable 1. Adherencia al tratamiento antirretroviral

O2 = variable2. Efectividad de la consejería TARGA

r = relación de la variable de estudio

2.2. Variables, Operacionalización.

- **Variable dependiente:** Adherencia al tratamiento antirretroviral
Es el compromiso del paciente de cumplir en la toma de la combinación de medicamentos indicados en su tratamiento, para evitar complicaciones a futuro como la resistencia. (39)
- **Variable independiente:** Efectividad de la consejería TARGA
La consejería en TARGA busca la adherencia al tratamiento, lo cual implica, además del cumplimiento del tratamiento, una actitud del (la) consultante que refleje su compromiso con respecto a la medicación prescrita, con una participación activa en el mantenimiento del régimen terapéutico. (41)

Variables	Dimensiones	Indicadores	Técnica e instrumento de recolección de datos
Efectividad de la consejería TARGA	Relación enfermera-paciente	<p>La enfermera siempre lo llama por su nombre.</p> <p>La enfermera le escucha con atención.</p> <p>La enfermera lo saluda atentamente.</p> <p>La enfermera le mira a los ojos y le presta atención cuando conversa con usted.</p> <p>El tono de voz de la enfermera es suave cuando conversa con usted</p> <p>La enfermera conversa con usted con actitud receptiva y con tranquilidad.</p> <p>La actitud de la enfermera le hace sentirse más seguro(a).</p> <p>La enfermera es amable con usted.</p> <p>La enfermera le brinda confianza y seguridad.</p> <p>La enfermera utiliza lenguaje sencillo cuando le da educación.</p> <p>Las palabras de la enfermera lo tranquilizan cuando usted se siente nerviosa(o) o preocupada(o).</p> <p>La enfermera se interesa por su salud.</p> <p>La enfermera siempre mantiene su privacidad y confidencialidad.</p> <p>La enfermera le proporciona consejería a cerca de su diagnóstico.</p> <p>La enfermera le proporciona información sobre medidas de autocuidado.</p> <p>La enfermera le explica cuántas pastillas debe consumir diariamente, cuáles son sus posibles efectos colaterales y como consumirlas.</p> <p>La enfermera cuando no puede solucionar sus problemas de salud, le deriva con otro especialista.</p> <p>La enfermera acepta sus opiniones y sugerencias en el cuidado de su salud.</p> <p>Cuando usted no llega a la hora indicada a su cita, la enfermera le atiende.</p> <p>Considera usted que la enfermera es amable con los demás pacientes.</p> <p>La enfermera lo apoya emocionalmente cuando usted lo necesita.</p> <p>La enfermera le incentiva a que tenga fe en Dios</p> <p>La enfermera respeta su creencia religiosa</p>	Encuesta sobre la relación de ayuda de la enfermera

Adherencia al tratamiento antirretroviral	Frecuencia	<p>¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión? Si en alguna ocasión se ha sentido mejor. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos? Si en alguna ocasión después de tomar su medicamento se ha encontrado peor, ¿Ha dejado de tomarlos? Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido. ¿Ha dejado de tomar los medicamentos? ¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta? ¿Cuándo los resultados en los análisis son buenos suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?</p>	Cuestionario para a la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida
	Percepción	<p>¿Cómo calificaría la relación que tiene con su enfermera? ¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento? ¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antirretrovirales? ¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de antirretrovirales? ¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales? ¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento? ¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales? ¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales? ¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos? ¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales? ¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?</p>	

2.3. Población y muestra.

La población estuvo conformada por 228 pacientes que reciben TARGA en el Hospital Referencial de Ferreñafe.

La muestra estuvo conformada por 50 pacientes que reciben TARGA en el Hospital Referencial de Ferreñafe, que se obtuvo mediante muestreo aleatorio.

FORMULA FINITA

$$n = \frac{N * Z_{\alpha}^2 * p * q}{e^2 * (N - 1) + Z_{\alpha}^2 * p * q}$$

Donde:

n: Tamaño de la muestra buscada

z: Parámetro estadístico que depende el Nivel de Confianza (NC)

e: Error de estimación máximo aceptado

p: Probabilidad que ocurra el evento estudiado (éxito)

q: Probabilidad de que no ocurra el evento estudiado

2.4. Técnicas e instrumentos de recolección de datos, validez y confiabilidad.

Las técnicas de recolección de datos se dieron a través de dos encuestas que tuvieron como objetivo recoger información que permita el logro del propósito de la investigación.

- **Instrumento 01:** Encuesta sobre la relación de ayuda de la enfermera
Para la medición de la variable Relación de ayuda de la enfermera se tuvo como base la encuesta de las autoras Morillo Chamorro Shirley y Vértiz Almengor Ana, modificado por Ramírez Rodríguez Sarita y Valdiviezo Espinoza Vanessa. (28)

- **Validez**

La validez del instrumento se obtuvo a través del juicio de expertos en el tema de investigación, contándose con la participación de 5 enfermeras, que trabajan en áreas similares al estudio.

- **Confiabilidad**

La confiabilidad se determinó mediante la prueba de Alpha de Cronbach, los cuales fueron aplicados a la prueba piloto, cuyos valores obtenidos fueron los siguientes:

Cuestionario	Nº de ítems	Alfa de Cronbach
Nivel de relación de ayuda de la enfermera	23	0.89

Donde cada ítem tiene tres alternativas como posibles respuestas, asignándoles puntajes de acuerdo a la frecuencia elegida, de la siguiente manera:

- Siempre: 3 puntos
 - A veces: 2 puntos
 - Nunca: 1 punto
- **Instrumento 02:** Cuestionario para a la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida (44)

- **Validez y Confiabilidad**

La validación del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH©) (44) desarrollado y validado por Remor en España, fue realizada previa coordinación y autorización por el autor. *La puntuación total obtenida de la suma de los ítems da 89 como valor máximo, y 17 como mínimo. El cuestionario contiene 20 ítems que evalúan:*

- El cumplimiento del tratamiento en la última semana.
- Adherencia general desde el inicio del tratamiento.
- Adherencia al horario en la toma de la medicación.

- Valoración del paciente de su grado de adherencia.
- Recuerdo del nombre de los fármacos incluidos en su tratamiento.

El cuestionario también evalúa los factores moduladores de la adherencia al tratamiento, como los:

- Antecedentes de la falta de adherencia
- La relación enfermera-paciente, creencias del paciente
- El uso de estrategias para recordar la toma de fármacos.

Los estudios de confiabilidad realizados con población española arrojaron un índice de .73 mientras que para la validez se empleó como criterio externo las mediciones de carga viral de una línea base con una línea de seguimiento de 6 meses obteniéndose una correlación inversa significativa ($r = -0.243$; $p < 0.05$ con la línea base y $r = -0.273$; $p < 0.01$). (30)

En el Perú, el trabajo fue realizado por el Instituto Nacional de Salud (INS), con 40 pacientes con VIH y Sida en tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) por más de tres meses, arrojó un índice de confiabilidad (alfa de Cronbach) de 0.706.

La validez de criterio externo fue medida por dos criterios:

- Correlación positiva significativa ($r = 0,439$, $p < 0,005$) entre el nivel de adherencia y recuento de CD4.
- Correlación negativa significativa ($r = - 0,548$, $p < 0,005$) entre la puntuación total del CEAT – VIH y la carga viral.

El Cuestionario de Evaluación de la Adherencia Terapéutica (CEAT-VIH) posee una hoja de codificación de respuestas a partir del cual se le asigna un puntaje a cada uno de las posibles respuestas. Del total de 20 ítems, 17 de ellos se responden con una escala de Likert que evalúa frecuencia (ítems del 1 al 4, 12 y 13) y percepción (ítems del 6 al 11 y del 14 al 18). Dos ítems (19 y 20) son evaluados con escalas dicotómicas (Si/No) y el restante es codificado en un rango de 3 opciones (ítem 5). (30)

Cada una de las puntuaciones de los 20 ítems del CEAT-VIH también fue analizada estadísticamente. Se determinaron los percentiles de la puntuación del CEAT-VIH para clasificar a la población en 4 niveles de adherencia: baja adherencia, adherencia insuficiente, adherencia adecuada, adherencia estricta. Se analizó la puntuación del CEAT-VIH por tipo de esquema de tratamiento antirretroviral. Se realizó el análisis de varianza de un factor (ANOVA) entre el grado de adherencia y la carga viral. Los datos fueron tabulados y los análisis estadísticos realizados en el paquete estadístico SPSS v15 para Windows Xp. (44)

ADHESION GLOBAL	
Baja adhesión (Inadecuada)	0-50
Adhesión insuficiente	51-85
Adhesión estricta (Adecuada)	86-100

2.5. Procedimientos de análisis de datos.

Se realizó haciendo uso del SPSS versión 25

2.6. Criterios éticos.

- No Maleficencia

El término "beneficencia" se refiere a menudo a actos de bondad o caridad que van más allá de la estricta obligación. En esta declaración, la beneficencia se entiende en un sentido más amplio, como una obligación. La máxima hipocrática "no perjudicar" ha sido un principio fundamental de la ética médica. En el caso de la investigación científica en general, los miembros de la sociedad están obligados a reconocer los beneficios y los riesgos a largo plazo que puedan resultar del aumento de conocimientos y del desarrollo de procedimientos médicos, psicoterapéuticos y sociales novedosos.

- Justicia

Esta es una cuestión de justicia, en el sentido de "Justa distribución" o de "Lo que se merece". Una injusticia ocurre cuando se niega cierto beneficio

al que la persona tiene derecho o se impone un castigo sin justificación. Otra manera de concebir el principio de justicia es el de comprender que personas iguales deben ser tratadas de la misma manera.

- **Autonomía**

Este respeto incorpora al menos dos convicciones éticas; primera: que los individuos deben ser tratados como agentes autónomos; segunda: que las personas con autonomía disminuida tienen derecho a protección. El principio del respeto por las personas se divide entonces en dos requerimientos Morales separados: el de reconocer la autonomía y el de proteger a quienes la tienen disminuida.

2.7. Criterios de rigor Científico.

- **Validez**

Concierne a la interpretación correcta de los resultados y se convierte en un soporte fundamental de las investigaciones cualitativas. La validez da cuenta del grado de fidelidad con que se muestra el fenómeno investigado y puede obtenerse a través de diferentes métodos. En definitiva, debe ser reconocida como una construcción social de los datos y una retórica organizada de las teorías que soportan un estudio cualitativo. Por tanto, se dice que existe validez cuando hay un cuidado exhaustivo del proceso metodológico, de modo que la investigación se hace creíble. (45)

- **Credibilidad**

Permite evidenciar los fenómenos y las experiencias humanas, tal y como son percibidos por los sujetos. Se refiere a la aproximación que los resultados de una investigación deben tener en relación con el fenómeno observado. (45) La credibilidad se reconoce cuando los hallazgos son “reales” o “verdaderos”, tanto por las personas que participaron en el estudio, como por las que han experimentado el fenómeno estudiado. (46)

- **Fiabilidad**

La fiabilidad se refiere a la posibilidad de replicar estudios, esto es, que un investigador emplee los mismos métodos o estrategias de

recolección de datos que otro, y obtenga resultados similares. Este criterio asegura que los resultados representan algo verdadero e inequívoco, y que las respuestas que dan los participantes son independientes de las circunstancias de la investigación. (45)

III. RESULTADOS

3.1. Resultados en figuras y tablas

Fueron encuestados 50 pacientes en ambos instrumentos, de los cuales los resultados fueron los siguientes.

Tabla N° 01

Nivel de efectividad de la consejería TARGA en la adherencia del tratamiento antirretroviral en PVVS del Hospital Referencial de Ferreñafe

		Consejería TARGA					Total
		Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena	
Nivel de adherión	Baja adherión	1	3	0	0	0	4
	Adherión insuficiente	0	0	5	8	0	13
	Adherión estricta	0	0	1	7	25	33
Total		1	3	6	15	25	50

Fuente: Elaboración propia

De los 50 pacientes encuestados, 4 pacientes se encuentran en baja adherión al tratamiento antirretroviral, de los cuales 1 respondió que recibe una mala consejería y 3, una algo mala; 13 pacientes son insuficientemente adherentes, de los cuales 1 tiene una consejería regular por parte de su enfermera y, 8 pacientes tienen una mejorable; y 33 pacientes son estrictamente adherentes al tratamiento antirretroviral, siendo 25 de ellos quienes tienen buena consejería TARGA por parte de la enfermera.

Tabla N° 02**Nivel de efectividad de la consejería TARGA en PVVS del Hospital Referencial de Ferreñafe.**

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Mala	1	2	2,0
	Algo mala	3	6	8,0
	Regular	6	12	20,0
	Mejorable	15	30	50,0
	Buena	25	50	100,0
	Total	50	100	
Total		50		

Fuente: Elaboración propia

De los 50 pacientes encuestados (100%), 1 paciente (2%) respondió que la consejería es mala, 3 pacientes (6%) la consideran algo mala, 6 pacientes (12%) regular, 15 pacientes (30%) consideran que se podría mejorar la consejería y 25 pacientes (50%) respondieron que la consejería es buena.

Tabla N° 03**Nivel de adherencia al tratamiento antirretroviral en PVVS del Hospital Referencial de Ferreñafe**

		Frecuencia	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válido	Baja adhesión	4	8	34
	Adhesión insuficiente	13	26	66

Adhesión estricta	33	66	100
Total	50	100	

Fuente: Elaboración propia

De los 50 pacientes encuestados (100%), 4 pacientes (8%) tienen una adherencia baja, 13 pacientes (26%) son insuficientemente adherentes, y 33 pacientes (66%) son adherentes de manera estricta.

3.2.Discusión

La población de estudio estuvo constituida por 50 pacientes con VIH-Sida pertenecientes al Programa TARGA del Hospital Referencial de Ferreñafe, los cuales para cumplir con el objetivo TARGA, de evitar la replicación viral, contribuyendo de manera activa a la calidad de vida de cada persona viviendo con el Virus del Sida, requieren una adherencia rigurosa; definida por la Norma Técnica del MINSA como aquella en la que el paciente ha logrado consumir más del 95 % de las dosis (14); en el siguiente estudio, y a cerca de la adherencia al tratamiento antirretroviral frente a la consejería TARGA, mostrada en la Tabla N° 01, se encontró que 33 (66%) pacientes, son estrictamente adherentes, cumpliendo con el tratamiento, ya sea en horario y esquema, siendo que 25 (50%) de ellos respondieron que reciben una adecuada consejería sobre el tratamiento, diagnóstico y de todos los aspectos que se involucran mientras se brinda la consejería, además que mantienen una buena relación con la enfermera encargada del programa.

Esto nos ayuda a apreciar la gran importancia del rol de la licenciada en Enfermería en el programa de VIH/Sida, el cual se encuentra a su cargo, ya que mediante la relación que llegue a crear con su paciente y el énfasis que se le dé a la consejería, se logran mejores resultados en el objetivo principal del tratamiento, el cual es la adherencia estricta al mismo; tal cual lo muestra la investigación realizada por Ramírez y Valdiviezo (2015) “Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto en el tratamiento antirretroviral Hospital Regional Docente de Trujillo 2015”, en donde concluyen que a mejor nivel de relación de ayuda se obtendrá mayor adherencia.

Con respecto al primer objetivo específico, se encontró en la Tabla N° 02, que el 50% de pacientes consideran que reciben una buena consejería, evidenciándose que esta relación mediante trabajo en conjunto podría mejorar, ayudando a mejorar los niveles de adherencia al tratamiento, sin embargo, en el estudio titulado “Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto en el tratamiento antirretroviral Hospital Regional Docente de Trujillo” (10) se encontró que la relación enfermera-paciente durante la consejería TARGA es de 69%, evidenciándose la buena consejería brindada por parte de la licenciada encargada del programa en dicho Hospital.

Finalmente, y en relación al segundo objetivo específico, mostrado en la Tabla N° 03, el 66% de pacientes mostraron adherencia estricta al tratamiento antirretroviral a diferencia del estudio “Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo” (5) en donde se encontró que solo el 30% de pacientes tienen adherencia al TARGA.

Con esto determino que a pesar de que el Hospital en estudio es de menor nivel de atención, accesibilidad de pacientes y recursos en comparación de otros centros hospitalarios, se logra una mayor adherencia al tratamiento y mejores resultados, siendo que más de la mitad de las pacientes logran con el objetivo de la adherencia. Sin embargo, también se aprecia que aun con el apoyo del MINSA, el cual mediante de una serie de estrategias, no logra en su totalidad la adherencia al programa.

IV. CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

4.1. Conclusiones

- Se concluye que el objetivo del tratamiento TARGA es que los pacientes logren la adherencia estricta al mismo.
- El Hospital Referencial de Ferreñafe, a pesar de diversas limitaciones de área geográfica, implementación de recursos humanos y materiales, se logra mejores niveles de adherencia que Hospitales de mayor nivel del Departamento de Lambayeque.
- Existe relación directa entre la consejería TARGA y la adherencia al tratamiento en las personas viviendo con el virus del Sida.
- La consejería brindada por la Licenciada en Enfermería del Hospital Referencial de Ferreñafe es buena, sin embargo, aún hay porcentaje de pacientes que refieren que podría mejorar con mucho trabajo por parte del personal encargado del programa.

4.2. Recomendaciones

- Se recomienda al recurso humano del área, poner mayor énfasis en la consejería brindada, ya que los pacientes refirieron su necesidad por mayor información sobre todo en aspectos como el diagnóstico y el tratamiento antirretroviral de la enfermedad.
- Se recomienda a la Licenciada de Enfermería encargada del área, mejorar su relación con los pacientes, ya que refieren que la mayor parte de consejería es brindada por los promotores de salud y no por el personal enfermero.
- Así mismo, se recomienda implementar el área con material didáctico que brinde mayor información simple y precisa, el cual permita responder las dudas de los pacientes.
- Finalmente se recomienda, mejorar la relación del servicio con el resto del equipo de salud (Psicología), ya que muchos pacientes manifestaron su incomodidad y temor al ser referidos al servicio ya mencionado.

REFERENCIAS

1. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud Sitio Web. [Online].; 2018 [cited 2018 Abril 24. Available from: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
2. Salud OMD. Organización Mundial de la Salud Sitio Web. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 24. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>.
3. Rodríguez Alfaro M, Gross Fernández C, Casas Gross S. Efectividad del tratamiento antirretroviral en pacientes con virus de inmunodeficiencia humana/sida en un hospital de Zimbabwe. SciELO. 2011 Abril; 15(4).
4. VIHDA F. Fundación VIHDA Sitio Web. [Online].; 2015 [cited 2018 Abril 24. Available from: <http://www.vihda.org.ec/noticias/471-el-sida-en-el-mundo>.
5. ONUSIDA. Estadísticas Mundiales sobre el VIH. ONU; 2017.
6. Las cifras del VIH y el sida en España. Información. 2017 Diciembre.
7. Huffpost. [Online].; 2017 [cited 2018 Abril 24. Available from: https://www.huffingtonpost.com.mx/2017/12/01/en-mexico-mueren-4-500-personas-cada-ano-por-vih-sida-y-se-infectan-33-personas-al-dia_a_23294055/.
8. CDC. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades. [Online].; 2016 [cited 2018 Abril 24. Available from: <https://www.cdc.gov/hiv/spanish/pdf/statistics/cdc-hiv-statistics-ataglance-spanish.pdf>.
9. Minsa. Situación epidemiológica del VIH-Sida en el Perú. Boletín Mensual. Lima: Minsa, Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades; 2017.
10. Ministerio de Salud. [Online].; 2014 [cited 2018 Mayo 16. Available from: <http://www.minsa.gob.pe/portada/Especiales/2014/sanitosvih/index.html>.

11. Minsa: Más de 28.000 personas con VIH reciben tratamiento gratuito. RPP Noticias. 2014 Septiembre.
12. El 40% de personas diagnosticadas con el VIH abandona el tratamiento. Perú 21. 2016 Diciembre.
13. Bazan Ruiz S, Chanamé Pinedo L, Maguiña Vargas C. Adherencia al TARGA en VIH /SIDA. Un Problema de Salud Pública. Scielo. 2013 Junio; 30(2).
14. Andrade Forero L. Revision de la adherencia al tratamiento antirretroviral - TARGA y Directrices para su mejoramiento tras 4 años de tratamiento ARV en Perú. Lima: Minsa, Estrategia Sanitaria Nacional de Prevencion y Control de ITS, VIH y SIDA; 2008.
15. Alvis O, De Coli L, Chumbimune L, Díaz C, Diaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos infectados con el VIH-sida. Revista de Investigación UNMSM. 2009; 70(4).
16. RPP Noticias. Lambayeque es el cuarto departamento con mayor número de casos de VIH. RPP Noticias. 2017 Diciembre.
17. Geres. Gerencia REgional de Salud Lambayeque. [Online].; 2018 [cited 2018 Mayo 2]. Available from: <https://www.regionlambayeque.gob.pe/web/noticia/detalle/24057?pass=NA==>.
18. Varela Arévalo M, Hoyos Hernandez P. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. Cali : Pontificia Universidad Javeriana, Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida; 2015.
19. Sanchez Cuervo M. Adherencia a tratamiento antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias. Tesis doctoral. Madrid: Universidad Complutense de Madrid, Facultad de Farmacia; 2010.
20. Alonzo Torres R. La problemática respecto a la gestión para lograr la adherencia al TARGA brindado por el Ministerio de Salud para varones entre 25 y 40 años en los

hospitales públicos de la ciudad de Lima entre los años 2004 a 2015. Tesis de Magister. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Escuela de Posgrado; 2017.

21. Rojas Sanchez SS. Abandono de la terapia antirretroviral en pacientes VIH positivos en el Hospital María Auxiliadora durante el periodo 2013-2015. Tesis. Lima: Universidad Privada San Juan Bautista, Escuela Profesional de Medicina Humana; 2017.
22. Bartra Reategui A. Factores asociados con las reacciones adversas al tratamiento antirretroviral inicial en personas mayores de 18 años viviendo con VIH-sida en el Hospital II-2 Tarapoto, agosto 2014- agosto 2016. Tesis pregrado. Tarapoto: Universidad Nacional de San Martín ; 2017.
23. Rosas Contreras JA. Influencia de la depresión sobre la adherencia al tratamiento en pacientes con VIH. Tesis pregrado. Lima: Facultad de Medicina Humana, Universidad Privada Antenor Orrego; 2017.
24. Orellana Zanabria GE. Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/Sida en el Hospital Central PNP "Luis N. Saenz" en los meses de Octubre a Diciembre del 2015. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Facultad de Medicina Humana; 2017.
25. Leiva Salina P. Factores asociados a la no Adherencia del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en adultos con Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida Hospital Lazart. Tesis. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Facultad de Medicina Humana; 2016.
26. Matute Salazar NI. Factores predictores de la adherencia no adecuada al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en pacientes que viven con VIH/Sida. Tesis pregrado. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, Facultad de Medicina Humana; 2016.

27. Pacifico J, Gutierrez C. Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH/SIDA en un hospital de Lima, Perú. *Perú Med.* 2015 Enero/Marzo; 32(1).
28. Ramírez Rodríguez SY, Valdiviezo Espinoza MV. Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto en el tratamiento antirretroviral Hospital Regional Docente de Trujillo 2015. Tesis pregrado. Trujillo: Universidad Privada Antenor Orrego, Escuela Profesional de Enfermería; 2015.
29. Apaza Condori K, Ortega Sntuyo C. Factores de tratamiento, entorno y adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en personas con VIH/Sida, Hospital Goyeneche Arequipa 2014. Tesis. Arequipa: Universidad Nacional de San Agustín, Escuela Profesional de Enfermería; 2014.
30. Rivas Rivas JE. Adherencia Terapéutica al Tratamiento Antirretroviral Altamente Activo y Soporte Social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA. Tesis. Lima: Pontificia Universidad Católica del Perú, Facultad de Letras y Ciencias Humanas; 2008.
31. Alarcon Julca LL. Percepciones de los usuarios del servicio de ITS/VIH-Sida del Hospital Regional Docente las Mercedes sobre la calidad de atención relacionadas con tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el 2010. Tesis de Magister. Lambayeque: Universidad Pedro Ruiz Gallo, Escuela de Posgrado; 2016.
32. Rivas Muro JM, Cavero Ramírez M. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad y Calidad de Vida de Pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes de Chiclayo – Perú, 2011. Tesis. Chiclayo: Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo, Facultad de Medicina; 2013.
33. Elers Mastrapa Y, Gibert Lamadrid MdP. Relación enfermera-paciente: una perspectiva desde las teorías de las relaciones interpersonales. *Revista Cubana de Enfermería.* 2016 Enero; 32(4).

34. Congreso de historia en enfermería. [Online].; 2015 [cited 2018 Mayo 18. Available from: <https://www.congresohistoriaenfermeria2015.com/>.
35. Guia de Estudio VIH/Sida: 101. Módulo. Florida: Departamento de Salud de Florida. Report No.: 2.
36. Braselli A, Chiparelli H, Dutra A, Gonzalez A, Mansilla M, Marchese A, et al. Infección por Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH-Sida)- Para el diagnostico, tratamiento antirretroviral y monitorizacion adultos y embarazadas. Guia. Uruguay: Ministerio de Salud Pública; 2006.
37. Castillo Soria O, Rivero Montesdeoca Y. Guia de recomendaciones para el diagnostico precoz del VIH en el ámbito sanitario. Guía. Madrid: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación; 2014.
38. Minsa. Norma técnica de salud N°997-MINSA/DGSP-V.02 "Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)". Norma Técnica. Lima: Ministerio de Salud; 2014.
39. Minsa. Tratamiento antirretroviral de gran actividad. Folleto. Lima: Ministerio de Salud, Coordinadora Nacional Multisectorial en Salud; 2007.
40. Minsa. Norma técnica de salud N°097-MINSA/DGSP-V.01 "Norma técnica de salud de atención del adulto/a con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)". Norma Técnica. Lima: Ministerio de Salud; 2012.
41. Dirección General de Salud de las Personas – Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA y el Proyecto Vigía. Guía Nacional de Consejería en ITS/VIH y el SIDA. Guia Nacional. Lima: Ministerio de Salud, Dirección General de Salud de las Personas Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA; 2006.

42. Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA. Manual sobre Consejería en VIH/Sida e ITS. Manual. Ciudad de México: Secretaría de Salud, Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA; 2006.
43. Ferrer J. Tipos de investigación y diseño de investigación. [Online].; 2010 [cited 2018 Abril 5. Available from: <http://metodologia02.blogspot.com/p/operacionalizacion-de-variables.html>.
44. Tafur Valderrama E, Ortiz C, García Jiménez E, Faus M. Adaptación del "Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral" (CEAT-VIH) para su uso en Perú. Artículos de Revisión. 2008; 49(3).
45. Noreña AL, Alcazar-Moreno N, Rojas JG, Rebolledo-Malpica D. Aplicabilidad de los criterios de rigor y éticos en la investigación cualitativa. 2012 Diciembre; 12(3).
46. Arias Valencia MM, Giraldo Mora CV. El rigor científico en la investigación cualitativa. Revisión Temática. 2011 Agosto; 29(3).

ANEXOS

ANEXO 01

CONSENTIMIENTO INFORMADO

YO.....identificado con el DNI.....después de haber recibido orientación acerca de la investigación a realizada por la estudiante CARAMUTTI FALLA MARÍA FERNANDA, acepto ser encuestado(a) con el propósito de contribuir a la realización del proyecto de investigación titulado: “EFECTIVIDAD DE LA CONSEJERÍA TARGA EN LA ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PVVS EN EL HOSPITAL REFERENCIAL DE FERREÑAFE 2018”.

Entiendo que mi identidad se mantendrá en el anonimato y los datos que yo proporcione serán confidencialmente guardados y que no tendrán ninguna repercusión de mi persona, familia y que me será posible saber los resultados del proyecto de investigación, doy el consentimiento de colaboración para que así conste por mi propia voluntad.

.....
Caramutti Falla María Fernanda
DNI 73809667

.....
Usuario

ANEXO 02

ENCUESTA SOBRE LA RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA

Autoras: Morillo Chamorro Shirley

Vértiz Almengor Ana

Modificado por: Bach. Ramírez Rodríguez, Sarita

Bach. Valdiviezo Espinoza, Martha

Instrucciones:

Estimado(a) usuario a continuación presentamos los siguientes ítems que, agradeceríamos contestar con sinceridad indicando con un aspa (X) la respuesta que considere conveniente.

INDICADORES	SIEMPRE	A VECES	NUNCA
1. La enfermera siempre lo llama por su nombre.			
2. La enfermera le escucha con atención.			
3. La enfermera lo saluda atentamente.			
4. La enfermera le mira a los ojos y le presta atención cuando conversa con usted.			
5. El tono de voz de la enfermera es suave cuando conversa con usted.			
6. La enfermera conversa con usted con actitud receptiva y con tranquilidad.			
7. La actitud de la enfermera le hace sentirse más seguro(a).			
8. La enfermera es amable con usted.			
9. La enfermera le brinda confianza y seguridad.			
10. La enfermera utiliza lenguaje sencillo cuando le da educación.			
11. Las palabras de la enfermera lo tranquilizan cuando usted se siente nerviosa(o) o preocupada(o).			

12. La enfermera se interesa por su salud.			
13. La enfermera siempre mantiene su privacidad y confidencialidad.			
14. La enfermera le proporciona consejería a cerca de su diagnóstico.			
15. La enfermera le proporciona información sobre medidas de autocuidado.			
16. La enfermera le explica cuántas pastillas debe consumir diariamente, cuáles son sus posibles efectos colaterales y como consumirlas.			
17. La enfermera cuando no puede solucionar sus problemas de salud, le deriva con otro especialista.			
18. La enfermera acepta sus opiniones y sugerencias en el cuidado de su salud.			
19. Cuando usted no llega a la hora indicada a su cita, la enfermera le atiende.			
20. Considera usted que la enfermera es amable con los demás pacientes.			
21. La enfermera lo apoya emocionalmente cuando usted lo necesita.			
22. La enfermera le incentiva a que tenga fe en Dios.			
23. La enfermera respeta su creencia religiosa			

ANEXO 03

Cuestionario para a la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida

Instrucciones: La información que proporcione será estrictamente confidencial. Responda a todas las preguntas personalmente. Marque la opción que mejor se adecue a su caso y recuerde que no hay respuesta “correctas” ni “incorrectas”

Código:		Año de diagnóstico:		Tiempo de tratamiento:	
Edad:		Fecha:			
Durante la última semana		Siempre	Aproximadamente la mitad de las veces	Alguna vez	En ninguna ocasión
1	¿Ha dejado de tomar sus medicamentos en alguna ocasión?				
2	Si en alguna ocasión se ha sentido mejor. ¿Ha dejado de tomar sus medicamentos?				
3	Si en alguna ocasión después de tomar su medicamento se ha encontrado peor, ¿Ha dejado de tomarlos?				
4	Si en alguna ocasión se ha encontrado triste o deprimido. ¿Ha dejado de tomar los medicamentos?				

5. ¿Recuerda que medicamentos está tomando en este momento? _____

6. ¿Cómo calificaría la relación que tiene con su enfermera?

Mala	Algo mala	Regular	Mejorable	Buena
------	-----------	---------	-----------	-------

Durante la última semana		Nada	Poco	Regular	Bastante	Mucho
7	¿Cuánto esfuerzo le cuesta seguir con el tratamiento?					
8	¿Cómo evalúa la información que tiene sobre los antiretrovirales?					
9	¿Cómo evalúa los beneficios que le pueden traer el uso de antirretrovirales?					
10	¿Considera que su salud ha mejorado desde que empezó a tomar los antirretrovirales?					
11	¿Hasta qué punto se siente capaz de seguir con el tratamiento?					
		Nunca	Alguna vez	Aproximadamente la mitad de las veces	Bastantes veces	Siempre
12	¿Suele tomar los medicamentos a la hora correcta?					
13	¿Cuándo los resultados en los análisis son buenos suele su médico utilizarlos para darle ánimos y seguir adelante?					

14	¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar antirretrovirales?	Muy satisfecho	Insatisfecho	Indiferente	Satisfecho	Muy satisfecho
15	¿Cómo valoraría la intensidad de los efectos secundarios relacionada con la toma de antirretrovirales?	Muy intensos	Intensos	Medianamente intensos	Poco intensos	Nada intensos
16	¿Cuánto tiempo cree que pierde ocupándose de tomar sus medicamentos?	Mucho tiempo	Bastante tiempo	Regular	Poco tiempo	Nada de tiempo
17	¿Qué evaluación hace de sí mismo respecto de la toma de los antirretrovirales?	Nada cumplidor	Poco cumplidor	Regular	Bastante	Muy cumplidor
18	¿Qué dificultad percibe al tomar los medicamentos?	Mucha dificultad	Bastante dificultad	Regular	Poca dificultad	Nada de dificultad

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