

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



**RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y NIVEL DE ADHERENCIA
DEL ADULTO EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. HOSPITAL
REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO 2015**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORAS: Bach. RAMÍREZ RODRÍGUEZ, SARITA YULIANA

Bach. VALDIVIEZO ESPINOZA, MARTHA VANESSA

ASESORA: MS. ENF. BARRANTES CRUZ, LUCY

TRUJILLO – PERÚ

2015

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



**RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y NIVEL DE
ADHERENCIA DEL ADULTO EN EL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL. HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO 2015**

**TESIS
PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE
LICENCIADO EN ENFERMERÍA**

AUTORAS: Bach. RAMÍREZ RODRÍGUEZ, SARITA YULIANA
Bach. VALDIVIEZO ESPINOZA, MARTHA VANESSA
ASESORA: MS. ENF. BARRANTES CRUZ, LUCY

TRUJILLO – PERÚ

2015

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Sabina y Jaime, pilares fundamentales en mi vida, quienes me brindan su amor y apoyo incondicional.

A MI HERMANO:

Jhoel, que me apoyo siempre, por acompañarme en los buenos y malos momentos, y gracias por darme la fuerza para seguir adelante.

A mí esposo MANUEL y a mi hija LUANA, que son fuente de inspiración y motivación a seguir adelante. Por su apoyo, cariño, amor y fortaleza que me brindan a diario... ¡Los Amo!

SARITA

DEDICATORIA

A MIS PADRES:

Rosario y Gonzalo, por ser un digno ejemplo de optimismo y trabajo, por darme la oportunidad de alcanzar una meta más en mi vida, “Ser Profesional”. Ustedes son las personas más valiosas en mi vida, por ello este trabajo se los dedico, como una pequeña recompensa al amor que día a día me brindan.

A MIS QUERIDAS HERMANAS:

Milagros y Consuelo, por estar siempre a mi lado apoyándome en todo momento y motivándome a alcanzar nuevas metas.

VANESSA

AGRADECIMIENTO

A Dios, quien nos dio la vida y nos ha llenado de bendiciones, fortaleza para continuar; y permitirnos llegar hasta este momento tan importante de nuestra formación, asimismo culminar nuestra carrera profesional.

A nuestra docente, amiga y asesora: Ms. Enf. Lucy Barrantes Cruz, una excelente profesional, por sembrar en nosotros la amistad y el amor a nuestra profesión, por confiar en nuestras capacidades y por acompañarnos y guiarnos durante todo el proceso de este trabajo de investigación.

A todas nuestras docentes que nos han acompañado durante el proceso de nuestra formación profesional, por sus conocimientos impartidos en las aulas y prácticas de nuestra Alma Mater.

SARITA Y VANESSA

TABLA DE CONTENIDOS

DEDICATORIA.....	i
AGRADECIMIENTO.....	ii
TABLA DE CONTENIDOS.....	iii
LISTA DE TABLAS.....	v
LISTA DE GRÁFICOS.....	vi
RESUMEN.....	vii
ABSTRAC.....	viii
I.INTRODUCCIÓN.....	9
II. MATERIAL Y MÉTODOS.....	41
III. RESULTADOS.....	49
IV. DISCUSIÓN DE RESULTADOS.....	56
V. CONCLUSIONES.....	61
VI. RECOMENDACIONES.....	62
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	63
VIII. ANEXOS.....	70

LISTA DE TABLAS

Tabla Nº 1

Nivel de relación de ayuda de la enfermera en el Tratamiento Antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.....Pag. 47

Tabla Nº 2

Nivel de adherencia del adulto al Tratamiento Antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.....Pag. 49

Tabla Nº 3

Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto al Tratamiento Antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.....Pag. 51

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico N° 1

Nivel de relación de ayuda de la enfermera en el Tratamiento Antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.....Pag. 48

Gráfico N° 2

Nivel de adherencia del adulto al Tratamiento Antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.....Pag. 50

Gráfico N° 3

Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto al Tratamiento Antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.....Pag. 52

RESUMEN

La presente investigación es de tipo descriptiva-correlacional, de corte transversal, se realizó con el propósito de determinar la reciprocidad que existe entre la “Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto en el tratamiento antirretroviral”; la muestra estuvo constituida por 198 adultos que cumplieron con los criterios establecidos. Los datos fueron recogidos a través de dos instrumentos, una encuesta para medir el Nivel de Relación de Ayuda de la enfermera elaborado por Morillo Chamorro Shirley y Vértiz Almengor Ana, modificado por las investigadoras; y el Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski-Green-Levine para valorar el nivel de adherencia. Los resultados fueron que el 69% de los pacientes tienen una buena relación de ayuda de la enfermera, y el 31% una relación de ayuda regular. El 84% de los pacientes son adherentes y el 16% no son adherentes; se utilizó la prueba Chi cuadrado dando como resultado una relación significativa con un $p < 0.05$ entre la relación de ayuda de la enfermera y el nivel de adherencia del adulto en el Tratamiento Antirretroviral.

Palabras claves: Relación de Ayuda de la enfermera, Adherencia al tratamiento antirretroviral.

ABSTRAC

This research is correlational descriptive, cross-sectional type, was performed in order to determine the correlation between the "ratio and support patient adherence level of adult antiretroviral treatment"; the sample consisted of 198 adults who met the criteria. Data were collected through two instruments, a survey to measure the level ratio nurse helping Chamorro Morillo prepared by Shirley and Ana Almengor Vertiz, as amended by the researchers; and Compliance Test Autocomunicado of Morinski-Green-Levine to assess the level of adherence. The results were that 69% of patients have a good relationship helps nurse, and 31% ratio of regular contributions. 84% of patients are adherent and 16% are non-adherent; chi square test resulting in a significant association with $p < 0.05$ between the relationship of help from the nurse and the level of adherence in adult antiretroviral treatment was used.

Keywords: List of support patient, adherence to antiretroviral treatment.

INTRODUCCION

La epidemia de la infección por el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH/SIDA), hizo su ingreso de la mano con el siglo XXI; en su tercera década de existencia continúa avanzando día a día, incrementando el número de casos, sin hacer distinción de sexo, religión, raza, ocupación, edad o nivel académico. (9)

El VIH/SIDA es un importante problema de salud pública a nivel mundial, con una epidemiología compleja y dinámica. Según el Informe mundial de ONUSIDA (2013) se estima que a finales del 2012 existieron 35,3 millones de personas que vivían con VIH en todo el mundo; de los cuales 32,1 millones eran adultos; 17,7 millones eran mujeres y 3,3 millones eran menores de 15 años; también se produjeron 2,3 millones de nuevas infecciones, lo que representa una disminución de 33% en comparación con los 3,4 millones en el 2001. Los fallecimientos por SIDA también disminuyeron de 2,3 millones en 2005 a 1,6 millones en el 2012. (25)

El número de nuevas infecciones por VIH está disminuyendo de manera global, sin embargo el progreso ha sido marcadamente desigual por regiones y poblaciones claves o vulnerables. Las regiones más afectadas hasta el 2012 siguen siendo África subsahariana con 25 millones

de personas que viven con VIH, seguida por el Caribe y Europa oriental – Asia Central, donde el 1% y el 0,7% de los adultos respectivamente vivían con el VIH.(18)

En América Latina el VIH/SIDA hasta el año 2012, se reportó que 1,5 millones de personas viven con VIH, 86 mil personas adquirieron la infección en ese año, y 52 mil personas fallecieron debido al SIDA. El mayor número de personas que viven con VIH en esta región, es Brasil con 570 mil personas infectadas, seguido de México 170 mil, Colombia con 150 mil, Venezuela 110 mil, y Argentina 98 mil personas infectadas. (25)

En el Perú, desde que se reportó el primer caso de SIDA en el año 1983 en el Hospital Cayetano Heredia; hasta el 30 de noviembre del 2014 se han reportado 55 672 de casos de infección por VIH y 32 491 casos de SIDA según la Dirección General de Epidemiología del Ministerio de Salud; notificándose 3,346 casos de nuevas infecciones por VIH y 968 nuevos casos de SIDA. El departamento de Lima presenta el mayor número de infecciones por VIH/SIDA seguido del Callao y Loreto; notificándose 1524 nuevos casos de VIH y 380 casos de SIDA. El Departamento de La Libertad ocupa el sexto lugar en el país, respecto al número de casos de VIH/SIDA, notificándose 124 nuevos casos de VIH y 77 casos de SIDA, en el mismo periodo. (17)

Según el Análisis de la Situación Epidemiológica de VIH/SIDA en el Perú del año 2013, en la Región de La Libertad, los casos de SIDA el 68.8%

proceden de la provincia de Trujillo, el 9.3% de Ascope y el 5.6% de Pacasmayo y respecto a los casos de VIH, el 75.4% procede de Trujillo, 7.7% de Ascope y el 6.6% de Pacasmayo. (19)

Desde la aparición del VIH/SIDA en 1981, se le ha considerado como una enfermedad mortal. Los científicos desde entonces buscaron drogas para tratar esta infección, y así implementar terapias antirretrovirales, las cuales mejoraron considerablemente desde 1987 con la aprobación del uso de la Zidovudina como monoterapia. En el año 1996 aparece una terapia para VIH denominado Tratamiento Antirretroviral De Gran Actividad (TARGA) el que consigue controlar la replicación viral, por medio de su combinación de drogas, como inhibidores nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa reversa (INTR), inhibidores no nucleósidos de la transcriptasa reversa (INNTR), inhibidores de proteasa (IP) e inhibidores de fusión (IF). Los cuales retrasan la progresión clínica de la infección, incrementando de forma significativa la supervivencia y calidad de vida del paciente. (30)

En la actualidad aún se están aprobando nuevas drogas para su uso dentro de la terapia antirretroviral basadas en la efectividad, efectos adversos, adherencia por parte del paciente. De esta forma las personas infectadas por VIH han podido experimentar mejoras en su salud en general y también han mejorado notablemente su calidad de vida. Con este tratamiento también ha mejorado la esperanza de vida para los pacientes que padecen SIDA, aumentado considerablemente; en América del Norte

y Europa Occidental y Central, el uso de este tratamiento ha mantenido un nivel bajo, el número de muertes por SIDA.(21)

El Grupo de Estudio de Sida (GESIDA), define a la adherencia como la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TARGA; lo que permitira mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. (11)

El nivel de adherencia del paciente al tratamiento es un determinante fundamental, para el grado y duración de la carga viral, que se logre con el TARGA; la adherencia completa es difícil y un elevado porcentaje de pacientes no la alcanzan a pesar de su importancia; ya que se requiere que el paciente tome el 95% de la dosis, para mantener el virus suprimido a largo plazo, y así obtener una adherencia adecuada; una cifra menor se considera adherencia inadecuada; la cual tendrá como consecuencia, para el paciente el avance de la infección y la dificultad para encontrar posteriores tratamientos de la misma eficacia, lo cual se traduce en una mayor morbilidad y mortalidad. (23)

Entre los múltiples factores asociados a la adherencia al TARGA, uno de ellos tiene que ver con la relación que tenga el usuario con el equipo multidisciplinario de salud; entre ellos el personal de enfermería, el cual es una pieza clave como lo detalla la Guía Nacional de Atención Integral de la

Persona Viviendo con el VIH/SIDA (PVVIH/S) del Ministerio de Salud del Perú, que tiene los siguientes objetivos: conocer la importancia de la intervención de enfermería para mejorar la adherencia al TARGA; y brindar un servicio de calidad y calidez de acuerdo a las necesidades individuales de cada persona viviendo con VIH/SIDA. Por lo cual el grado de influencia que tiene la enfermera con el usuario ayudara en la adherencia al tratamiento. (20)

La relación de ayuda es una de las funciones principales de los cuidados de enfermería, tanto en situaciones de salud, crisis, prueba de vida y/o enfermedad; tiene como objetivo ayudar al paciente a constatar y ver diferentes maneras de hacer frente a una situación o problema; es también la creación de relaciones humanas que potencian actitudes facilitadoras para la intervención, esto va permitir ayudar al paciente a movilizar sus recursos y crear condiciones favorables para el desarrollo de esta, de la familia o del grupo. (3)

Jaques Chalifour, en su Modelo de Relación de Ayuda, nos dice que su finalidad de esta relación; es ayudar al paciente a desarrollar estrategias que le permitan vivir armoniosamente; este modelo se basa en una perspectiva holístico-humanista caracterizada por la calidad del encuentro entre el paciente y la enfermera; esto presupone que la persona que ayuda en este caso la enfermera, adopte una forma de estar y de comunicación en función de los objetivos perseguidos; debiendo estar capacitada, para

atender a este tipo de pacientes, viéndolos holísticamente, pues su rol consiste en facilitar el afrontamiento de la situación que vive actualmente, mediante el uso de sus propios recursos, participando activamente en la recuperación y/o mantenimiento de su estado de salud. (8) (15)

La relación de ayuda, es una herramienta, que utilizándola en forma eficaz, permitirá al profesional de enfermería obtener un mejor desempeño en el trabajo, en las relaciones con los pacientes y las familias de los mismos; con la finalidad de que el profesional de enfermería pueda ayudar al paciente a desarrollar estrategias que le permitan vivir armoniosamente desde la perspectiva holística, con el fin de dar apoyo en el proceso de adaptación, para lograr la adherencia terapéutica, de los pacientes del programa de Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad. (8)

La fundamentación de nuestra investigación nos basamos en los siguientes supuestos y bases teóricas: el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), daña al sistema inmunológico, el cual defiende al cuerpo de las infecciones; tiene como célula blanco de infección a todas aquellas que presenten receptores CD4, entre ellos todos los linfocitos T del linaje CD4, y algunos macrófagos, implantando sus propios genes en el ADN de dichas células y para fabricar más partículas del virus, infectando al mismo tiempo otras células. La capacidad del cuerpo para combatir las enfermedades disminuye a medida que el número de CD4 se reduce, hasta llegar a un

punto crítico en el que la persona se encuentra en etapa de Síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). (6)

El VIH es un tipo especial de virus llamado retrovirus aún más sencillos que los virus ordinarios, los retrovirus tienden a ser más difíciles de combatir implantando sus genes en el ADN de la célula que también contienen el virus. Los retrovirus hacen réplicas de sus genes en la célula atacada con un alto nivel de errores; la velocidad a la que se reproduce el VIH resulta en un acelerado ritmo de mutación del virus a medida que se disemina, más aun el revestimiento envuelve la partícula del VIH y está compuesto del mismo material que algunas células humanas, lo que dificulta que el sistema inmunológico pueda distinguir entre las partículas virales y las células saludables. (16)

La mitad de las personas que contraen el VIH padecen de síntomas similares al de un resfriado entre las primeras cuatro semanas de ser infectadas; los síntomas incluyen fiebre, fatiga, erupciones cutáneas, dolor en las articulaciones, cefalea y nódulos linfáticos inflamados. En un sistema inmunológico saludable tiene entre 600 y 1200 células CD4 por milímetro cúbico de sangre; si se reduce a 200, se considera que el paciente tiene SIDA; algunas personas con VIH pueden vivir durante varios años sin desarrollar el SIDA, sintiéndose saludable y sin señales obvias del virus, otras pueden padecer de síntomas como la pérdida de peso, sudores

frecuentes, infecciones fúngicas, erupciones cutáneas, y pérdida de la memoria. (6)

El VIH se encuentra en todos los fluidos corporales, pero solo en concentración suficiente para su transmisión en la sangre, semen, secreciones vaginales, líquido amniótico y la leche materna de una persona infectada por el virus. Por consecuencia se conoce tres vías de transmisión: vía sexual, sanguínea y perinatal o vertical. (6)

Esta enfermedad se caracteriza por estadios o fases, las cuales son cuatro, en el Estadio I o fase de infección aguda, comprende desde el ingreso del virus al organismo hasta cuando el sujeto infectado comienza a producir anticuerpo contra el virus (usualmente entre 6 a 10 semanas); al final de esto el individuo se ha convertido, es decir que el individuo está infectado con el VIH y por lo tanto lo puede transmitir a otras personas; esta fase puede ser asintomática o presentarse con una serie de síntomas pseudogripales como: fiebre, cefalea, eritema, linfadenopatias y sensación de malestar; los cuales desaparecen al cabo de una o dos semanas. En esta fase, el virus (VIH) se multiplica a gran velocidad sufriendo diversas mutaciones genéticas, en un primer momento se produce un descenso de la cifra de linfocitos TCD4, pero al poco tiempo alcanzan unas cifras normales en respuesta a una activación del sistema Inmunológico, siendo los individuos altamente contagiosos durante esta fase. (1)

El Estadio II o Fase Asintomática, es un periodo en el que el individuo luce sano, no tiene manifestaciones clínicas (síntomas), puede durar diez años a más; durante este periodo el virus continua replicándose causando destrucción progresiva del Sistema inmunológico. El recuento de linfocitos TCD4 suele ser normal, en esta fase las personas sufren una disminución del 20% de su peso corporal, manifestaciones cutáneas menores e infección en las vías aéreas superiores. (1)

En el Estadio III o Fase Linfadenopática o Sintomática leve, el individuo infectado empieza a tener manifestación relacionada a un deterioro de la inmunidad, caracterizado por el crecimiento de ganglios linfáticos en diferentes regiones del cuerpo, también se observa mayor frecuencia de episodios de Herpes Zoster, Candidiasis Oral o Vaginal, episodio de fiebre o diarrea (Síntomas constitucionales). En base a estudios extranjeros, se conoce que el curso natural de la infección hasta este punto puede tomar entre 8 y 10 años en promedio. (1)

En el Estadio IV o SIDA, hay una caída significativa de los linfocitos TCD4 (<200 cel/mm³) y el virus se reproduce muy activamente; el sujeto comienza a presentar una serie de problemas relacionados a la infección por el VIH y múltiples infecciones que atacan al sistema inmunológico (infecciones oportunistas o algunas variedades de cáncer que en condiciones normales no se producirían). Durante esta fase, se produce el Síndrome Caquético de VIH, Neumonía por *Pneumocystis Carinii*,

Toxoplasmosis Cerebral, Criptosporidiasis, con diarreas mayores de un mes, TBC extra pulmonares, Candidiasis de esófago, tráquea, bronquios o pulmones, Encefalopatías por VIH, Linfoma de Sarcoma de Kaposi. (1)

Las pruebas de laboratorio para VIH tienen como finalidad detectar la presencia de anticuerpos en la sangre para determinar la infección; la técnica de laboratorio utilizada habitualmente para detectar anticuerpos para el VIH se denomina Técnica ELISA (acrónimo del inglés Enzyme-Linked ImmunoSorbent Assay: 'Ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas'), procedimiento que debe realizarse dos veces en un periodo de seis meses por que la infección puede encontrarse en el periodo de ventana inmunológica en situaciones especiales se utiliza una técnica de laboratorio llamada Western Blot, este método es muy específico y su resultado es definitivo. (6)

El tratamiento consiste en medicamentos para enfermedades secundarias a la enfermedad y específicos como medicamento que controlan la replicación, mutación viral y la disminución de la carga viral; previniendo el retraso en la progresión del SIDA, prolongación de la vida, disminución del riesgo de la resistencia y transmisión viral. (6)

En el Perú el Ministerio de Salud (MINSA) brinda el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad conocido como TARGA, el cual consta de una combinación de tres tipos de medicamentos antiretrovirales que

controlan la cantidad de virus en la sangre y mejora el sistema de defensas del organismo, se ofrecen gratuitamente en los establecimientos de salud. La eficacia del TARGA se halla limitada por dos circunstancias interrelacionadas entre sí las resistencias del VIH y la falta de adherencia al tratamiento. Con los fármacos existentes en la actualidad la erradicación del VIH no es posible, y con el paso del tiempo el virus desarrolla mutaciones que le confieren resistencia; por otro lado la falta de adherencia al TARGA disminuye la presión contra el virus y favorece claramente el desarrollo de resistencia y la progresión de la infección. (2) (23)

La adherencia es la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento que permita mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral; la adherencia es un compromiso voluntario del paciente y una participación activa responsable del mismo. El modo de alcanzar niveles plasmáticos eficaces para controlar la replicación viral supone el cumplimiento de la toma, en sus dosis, horarios, y su complementación dietética. Por el contrario, la no adherencia supone una disminución de los niveles plasmáticos y un aumento de la replicación viral, conllevando a un problema clínico y de salud pública. Un promedio del 50% de los pacientes en tratamiento antirretroviral, no son plenamente adherentes, al igual que sucede con otros tratamientos de larga duración; además en el caso del tratamiento antirretroviral es necesario que

el paciente sea cumplidor del tratamiento, como mínimo al 95%, para obtener resultados satisfactorios. (5) (29)

Para esto se ejecutan tres fases para la adherencia al tratamiento: Primera fase previa desde el diagnóstico hasta el inicio del tratamiento: representa el primer encuentro del paciente con el equipo multidisciplinario (médico(a), enfermero(a), psicólogo(a), trabajador(a) social, promotor(a) de salud), la identificación del “agente de soporte personal” (familiar o allegado que actúa como agente sanitario en la supervisión del tratamiento), la aceptación del “Grupo de Ayuda Mutua”(GAM) del establecimiento (pares organizados para soporte de grupo), selección del esquema terapéutico y del esquema de supervisión para la adherencia. (14)

Segunda fase de formación de conducta de adherencia: aplicación intensiva de las líneas de acción por parte del equipo multidisciplinario, momento de máxima interacción entre el servicio, los pacientes y sus acompañantes en la aplicación del esquema de supervisión para la adherencia, el GAM acoge al nuevo integrante en sus actividades. La duración de esta fase puede variar de acuerdo a la evaluación del paciente por el equipo multidisciplinario y por la demanda de nuevos pacientes (puede ser aproximadamente de tres meses). (27)

Tercera fase de sostenibilidad para la adherencia: es la fase de por vida, la supervisión de tratamiento es realizado por el “agente de soporte

personal” en coordinación con el equipo de salud, se tomará en cuenta la evaluación mensual del paciente para dar sostenibilidad a la adherencia. Se debe considerar el “Desgaste” o “Agotamiento” de la adherencia con el transcurrir del tiempo para dar refuerzo a las actividades de soporte. (27)

Existen factores favorecedores y desfavorecedores de la adherencia al TARGA, entre estos están los factores relacionados con el tipo de paciente como son las características sociodemográficas variables como la edad, el sexo, el estado económico o el nivel de instrucción, que influyen en la adherencia al tratamiento. También hay características psicológicas como tener una red de soporte, estados de ánimo, estados depresivos, ansiedad o stress, pueden condicionar la adherencia. Así como la presencia de estados de adicción a drogas o alcohol; son un factor predictivo de mala adherencia. Además la capacidad del paciente para entender la relación entre adherencia y resistencia a la medicación, predice una mejor adherencia. (1)

Factores relacionados con la Enfermedad, sostienen que los pacientes con grado avanzado de la enfermedad son más adherentes ante la esperanza de recuperación, mientras que el temor y la marginación social, influyen negativamente en la adherencia al tratamiento. Factores relacionados con el régimen terapéutico, el cual demuestra que la adherencia al tratamiento antirretroviral disminuye cuando aumenta la complejidad del mismo, ya que los esquemas terapéuticos interfieren con los hábitos de vida previos como los horarios de toma de medicamentos de

difícil cumplimiento, las restricciones dietéticas o hábitos alimentarios que requieren algunos antirretrovirales, y por otro lado, los esquemas con antirretrovirales con efectos indeseables o reacciones adversas severas, predisponen altamente a la no adherencia. (31)

Otro factor tiene que ver con el equipo asistencial y sistema sanitario, dado que la relación que se establece entre el equipo asistencial y el paciente es de suma importancia en la influencia al tratamiento, caracterizada por la satisfacción del mismo , puesto que al dar confianza para expresar dudas desde una percepción positiva, mostrándole al paciente ser competente, con sentimientos positivos, amabilidad en el trato, empatía, brindando información adecuada por medio de un canal de comunicación efectivo con confidencialidad y retroalimentación al paciente ,el cual favorece una buena adherencia al TARGA. (31)

En el Hospital Regional Docente de Trujillo, se brinda TARGA. Según la Norma Técnica de Salud N° 097 -MINSA/DGSP-V.02 "Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)", la enfermera brinda educación sanitaria y orientación al paciente, familia y agente de soporte, da consejería; aplica el proceso de atención de enfermería; inscribe al paciente en el Libro de Registros y Seguimiento de Pacientes; monitorea la administración de antirretrovirales y cumplimiento de la terapia preventiva; coordina con la Estrategia de Inmunizaciones la administración de las

vacunas indicadas en las personas que viven con VIH/SIDA; identifica oportunamente signos y síntomas de reacciones adversas; llena los Protocolos de Entrevista de Enfermería y seguimiento de la adherencia al TARGA; realiza el reporte mensual de pacientes de TARGA en coordinación con el equipo multidisciplinario; coordina las referencias y contra referencias de los paciente; participa en la elaboración de la programación. (18)

Por tal motivo la relación del profesional de enfermería ante el paciente con VIH (+) o SIDA, debe de cubrir las necesidades que el paciente no puede satisfacer por sí solo, brindándole el soporte holístico que necesita, evitando postura de rechazo o sobre protección hacia estos pacientes, se debe buscar una proximidad al paciente, familia y un intento por establecer una relación con el paciente.(22)

Por ello el profesional de enfermería, hoy en día se encuentra en la capacidad de establecer protocolos de relación de ayuda a los pacientes, esto señalado por Boykinoykin – Schoenhofer (1993), como “el acto de fomentar el cuidado en beneficio de otro (persona, grupo o institución) fuera de ser considerado como un beneficio personal”. (10)

Minayo, T y Barragán, T (2004), indican que “el objeto formal de la relación de ayuda en la profesión de enfermería es la persona y el objetivo material, si es ceñido estrictamente a cada actividad este debe centrarse

como disciplina en todo cuidado que percibe ayuda”. De acuerdo a la referencia, ésta considera que la relación de ayuda debe estar centrada en problemas, concretamente en su valoración y solución, o en la persona, en todo su ser y su sentir. (10)

Bajo el orden de estos principios, al hablar de relación de ayuda entre los profesionales de enfermería y pacientes debe considerarse por naturaleza el aspecto cultural, expectativas, creencias y valores, que determinen el tipo de ayuda, así como forma y manera de aportar esa relación, más aun en el programa de TARGA . Al respecto Leddy, S y Pepper, M. (1992), destaca que “parte de la responsabilidad de enfermería es fomentar el apoyo ambiental y el clima que impere en el ambiente en el que se desenvuelve el cliente o paciente”. (10)

Esto vislumbra a la relación de ayuda como un acto que no se limita a la acción de una actividad sino también a la cercanía y contacto que debe ser aprovechados para animar, educar, infundir valor, espíritu de lucha o sencillamente recurrir al sentido del humor el cual hoy día según la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (2005), es “una magnifica terapia (humor)”. (10)

La enfermera ocupa un lugar muy definido y excepcionalmente importante en la relación de ayuda, debido a que los otros profesionales de salud no suelen disponer de mucho tiempo para hablar con el paciente ni

con la familia; en cambio la enfermera gira en torno suyo durante todo el día y de una manera más intensa, asumiendo toda la responsabilidad por la vida que ha sido puesta en sus manos. (3)

La palabra “Ayuda” deriva del latín adiuuare que significa “provocar alivio”; ayudar es auxiliar, socorrer, hacer un esfuerzo, prestar, cooperar, poner los medios para el logro de algo; entonces ayudar es ofrecer recursos a una persona, con el fin de que pueda superar una situación o hacer frente a la misma y vivirla del modo más sano posible. (7)

Según Hurtado, Relación de ayuda en el quehacer de enfermería, entiende que desde el saludo inicial se pone en juego toda la relación y por lo tanto para él, la ayuda es un intercambio humano y personal entre dos seres en el que uno de ellos (la enfermera) captara las necesidades del otro (paciente), con el fin de ayudar a descubrir otras posibilidades de percibir, aceptar y hacer frente a su situación actual. (3)

Bermejo, define como “Relación de ayuda” al modo en el que quien ayuda usa especialmente recursos relacionales para acompañar a otro a salir de una situación problemática, a vivirla lo más sanamente posible si no tiene salida, o a recorrer un camino de crecimiento, a su vez Hurtado manifiesta que la relación de ayuda es una de las funciones principales de los cuidados de enfermería en todos los ámbitos a nivel de atención

primaria, hospitalaria, socio sanitaria; tanto en situaciones de salud, crisis, proyecto de vida y/o enfermedad. (3)

Carl Rogers (1989) en su teoría define la relación de ayuda diciendo que es aquella en la que uno de los participantes intenta hacer surgir, de una o ambas partes, una mejor apreciación y expresión de los recursos latentes del individuo, y un uso más funcional de estos. Para la relación de ayuda, el terapeuta debe tener los siguientes elementos o actitudes básicas como: autenticidad, consideración positiva incondicional y empatía. (4)

En su elemento central Autenticidad en términos de congruencia, transparencia, sinceridad, espontaneidad; significando ser genuinos, honesto con el paciente; favoreciendo a un dialogo libre y provechoso. Consideración positiva siendo la aceptación y preocupación positiva por el cliente; sentir aprecio sincero (implicación afectiva), postura equilibrada (ni indiferencia ni excesiva expresión de afecto); promueve la aceptación de sí mismo del paciente y su autonomía. Empatía, es un modo especial de comprender a una persona, ver el mundo como lo ve él, ponerse verdaderamente en el lugar del otro, entrar en el mundo personal del otro; implica ser sensibles a los cambios de los significados experimentados, como la capacidad de comprender con exactitud los sentimientos que mueven el comportamiento del cliente, sin recurrir al método interpretativo; y ponerse en la piel del otro sin caer en la identificación. (4)

Rogers afirma que un contexto de relaciones humanas positivas y favorables, carentes de amenazas a la comprensión que tiene de si mismo, desde el enfoque centrado en la persona, es necesario crear un tipo de relación de ayuda no directiva, donde el paciente se sienta recibido, aceptado y comprendido tal como es y donde las actitudes (autenticidad, aceptación positiva y empatía) priman por encima de los conocimientos técnicos como las condiciones necesarias y suficientes del cambio terapéutico. Siendo importante que el terapeuta tenga una relación de ayuda consigo mismo (acepta y conoce sus sentimientos propios y los del paciente), y sea capaz de transmitir las actitudes de un modo explícito en la comunicación con el cliente. (7)

El Modelo de Relación de Ayuda de Chalifour, se basa en una perspectiva holístico-humanista caracterizada por la calidad del encuentro entre el paciente y la enfermera; consiste en una interacción particular entre dos personas, la persona que ayuda y la persona ayudada, contribuyendo cada una a la búsqueda y satisfacción de la necesidad de ayuda que requiere ella; esto presupone que la persona que ayuda (la enfermera), adopte una forma de estar y de comunicación en función de los objetivos perseguidos. Los componentes de la relación de ayuda según Chalifour son la persona que necesita ayuda, la persona que ayuda y los procesos que aparecen a lo largo de una intervención. (8)

La Persona que Ayuda o la Enfermera, ayuda al individuo a identificar problemas que evitan su desarrollo y actualización, haciendo que el paciente reconozca temores, miedos y la vergüenza que le impide manifestar sus emociones para satisfacer sus necesidades; así mismo le ayuda a reconocer y aceptar sus limitaciones físicas temporales o permanentes que alteran su desarrollo físico. (3)

Según Chalifour, la enfermera que brinda ayuda debe tener definido su rol por medio de su formación, experiencia, valores, y noción de cuidado; conoce fundamentos teóricos útiles para sus intervenciones como corrientes de pensamiento, concepción de persona, salud, enfermedad y ayuda; así como del funcionamiento de los procesos. Estos aspectos la hacen poseedora de conocimientos, habilidades y actitudes a su rol profesional; las habilidades que posee la enfermera deben estar asociadas al contacto con el paciente mediante los sentidos para reconocer sus mensajes a través de la comunicación verbal y no verbal, identificando lo que el paciente conoce y lo que no. (8)

Según Chalifour, el contacto no solo se realiza a través de los cinco sentidos, también se añaden el habla y moverse; estos siete procesos constituyen las funciones de contacto para relacionarse con el entorno y así construir o manifestar los procesos psicológicos internos; de esta manera es como la enfermera capta la información y ello determina la calidad del

contacto con su paciente, que desde un inicio marcará la relación terapéutica ya que de ello dependerán las siguientes intervenciones. (3)

De todos los sentidos, el tacto es el modo de contacto más directo para transmitir información que manifiesta sentimientos de ternura hasta agresividad, por ello la enfermera debe identificar a través de este sentido el bienestar o malestar de su paciente, sus prohibiciones, sus fantasías, sus temores y desconfianza; por lo tanto la enfermera aplicará técnicas de comunicación asociadas a este modo de contacto identificando la necesidad de atención, dependencia, autonomía o rechazo que tiene su paciente; teniendo en cuenta si solicita el cuidado enfermo o si prefiere satisfacer sus propias necesidades.(3)

Este modelo menciona las tres características que definen la calidad de las intervenciones, las distancias, las posiciones físicas y el tiempo. Con respecto a las distancias las califica en cuatro: distancia íntima, donde el otro se impone el contacto físico entre la enfermera y el paciente, se da a 45 cm como promedio. La distancia personal, este tipo de distancia sucede cuando la enfermera cuida a un paciente en cama, siendo la distancia entre 45 cm a 125 cm. La distancia social considerada entre 120 cm a 210 cm, permite una buena visión general de la persona, pero no permite una conversación íntima. La distancia pública considerada entre 360 cm a 750 cm a más, el intercambio es posible si las personas se expresan en voz alta. (8)

Las posiciones físicas son otras características del encuentro siendo las más adoptadas como son: enfermera de pie cerca de un paciente encama, enfermera de pie cerca de paciente sentado, enfermera y paciente sentado, enfermera y paciente de pie, por último la enfermera sentada con niño en brazos. Para todas estas posiciones es necesario el contacto visual entre ambos individuos, también es necesario y fundamental la mirada como medio de contacto para establecer la relación. (8)

La enfermera debe oír y comprender a su paciente para ello debe colocarse en condiciones físicas adecuadas para entender lo que se dice, es importante considerar la tonalidad de la voz, la disposición intelectual y afectiva para entender lo que expresa el paciente, evitando ser selectiva solo en lo que interesa. Al comunicarse deberá hacer uso de diferentes formas o medios de comunicación, ya sea verbal al preguntar, al realizar el feed back, manifestarse, informar, o comunicación no verbal como el silencio que constituye un espacio, donde las emociones emergen y se intensifican, la invitación a continuar, el movimiento, la mímica, las posiciones distintas, la voz.(8)

Para enriquecer la relación son importantes las actitudes que muestre la enfermera y según Chalifour son específicamente seis las necesidades, tres de ellas son receptivas o facilitadoras como la empatía, la autenticidad y el respeto cálido, y las otras tres denominadas activas

como la especificidad, la cercanía y la confrontación. El conjunto de todas estas características presentes en la enfermera le permite desempeñar el rol de experta y facilitadora a lo largo de la relación de ayuda. (3)

La intervención de enfermería ayuda a la persona a reconocer, utilizar y mejorar su potencial interno, a comprender que necesita ayuda y que debe participar activamente en el cambio; este cambio consiste en que a partir de sus experiencias vividas la enfermera ayudara a considerar otras posibilidades, otros caminos, otros puntos de vista para afrontar la situación de crisis y disminuir así la ansiedad que se pueda producir en la persona que sufre, ayudar a comunicarse, con el mismo como persona necesitada de ayuda y como los demás de tal manera que puedan evidenciar sus necesidades y expresar todo lo que le preocupa, acompañar en el sufrimiento y apoyo al paciente en la medida que este se comprometa a participar en las experiencias de vida y aceptar su condición humana, con el fin de encontrar un sentido a su situación de crisis.(3)

También es objetivo importante para la enfermera, el entorno físico donde se desenvuelve la persona para modificarlo, ayudando así responder a sus necesidades involucrando a la familia. En estos dos elementos persona y entorno existe una relación reciproca en donde la enfermera busca su objetivo final, la interacción de la persona consigo misma y con su entorno. (3)

La intervención de la enfermera en la ayuda que se le pueda procurar al paciente está limitada en relación a sus conocimientos sobre el cuidado, competencias, contexto, entorno donde se procuran los cuidados, tiempo del que disponga la enfermera, y el número de encuentros entre las personas. La clase de cuidados que el paciente necesita está basado en sus necesidades y de ello dependerá el tipo de ayuda. (3)

La Persona Ayudada es definida por Chalifour como un sistema abierto, como un todo organizado, como un ser en interacción con su entorno que comparte con sus semejantes características biológicas, cognitivas, sociales y espirituales, que necesita relacionarse consigo mismo y con el medio que lo rodea para intercambiar información, valores, recursos con la finalidad de satisfacer sus necesidades y responder a las exigencias del entorno a través de emociones, amenazas, conflictos y frustraciones; entonces debemos reconocer que todo organismo tiene la tendencia a desarrollar sus potencialidades y hacerlo de manera que favorezca su conservación y su enriquecimiento. Es fuente y receptor de energía, información, materia que recoge y transmite a las otras dimensiones del organismo; por lo tanto esto está ligado a la herencia y a las experiencias que la persona ha vivido. (8)

Brindar cuidado en la relación de ayuda desde el plano holístico, es acompañar y considerar a la persona en todas sus dimensiones física, intelectual, social, emocional, espiritual y religiosa; para ayudarla a vivir su

situación de angustia, crisis, culpabilidad, sufrimiento y que sea capaz de desarrollar sus potencialidades para encontrar un modo nuevo de vivir la situación.(3)

Chalifour considera los cuidados de enfermería en cinco dimensiones la biológica, intelectual, afectiva, social y espiritual. La dimensión biológica comprende la integridad estructural y fisiológica de cada subsistema para mantener en buen funcionamiento general al organismo en mención de aquellos cuidados, van a satisfacer necesidades prioritarias evitando mayores daños en búsqueda de la estabilización y mantenimiento de la homeostasia e integridad, previniendo y detectando complicaciones al brindar atención inmediata al paciente, supervisando la continuidad de satisfacción de necesidades e interactuando con otros profesionales para agilizar la atención. En esta dimensión se da la relación de ayuda de la enfermera en TARGA, ya que ella ve la evolución de la enfermedad del paciente y reacciones adversas al medicamento; mediante la valoración física y análisis clínicos. (3)

La dimensión intelectual, agrupa las funciones intelectuales en perceptivas, referidas a adquirir, clasificar e integrar la información, memoria y aprendizaje para almacenar y recordar la información. La enfermera en TARGA al fomentar el proceso de relación de ayuda contribuye con el paciente para que encuentre respuestas a sus preguntas, recuerda al paciente tomar sus medicamentos (memoria), lo ayuda a utilizar

su juicio, criterio y a solucionar sus problemas estando orientado en tiempo, espacio y con las otras personas. (3) (8)

La dimensión afectiva, como su nombre lo indica, referida a todas las emociones y sentimientos que experimentamos; se clasifica en cinco categorías a) las emociones fundamentales o primarias, entre las que se encuentran la cólera, el miedo, la tristeza, y la alegría, b) las emociones asociadas a los estímulos sensoriales como el dolor, el asco y el placer; c) las emociones en relación con la autoestima como son los “sentimientos de éxito y de fracaso, de vergüenza, de orgullo, culpabilidad y remordimientos, son emociones en las que el factor determinante, es la percepción de sí mismo de un individuo, en relación con diversas formas de comportamiento”; d) las emociones asociadas a las relaciones entre los individuos, como el amor y el odio; y e) las emociones ligadas a la observación de lo que nos rodea como formas, colores, sonidos, palabras, etc. En TARGA la enfermera brinda apoyo emocional, trabajando con los Grupos de Ayuda Mutua y soporte psicosocial, muchas veces asumido por algún familiar.(8)

La dimensión social para sobrevivir, crecer y actualizarse, la persona necesita establecer relaciones armoniosas con el entorno físico, humano y cultural en el cual intercambia información, energía y materia. La calidad de esos intercambios tendrá una influencia determinada en el desarrollo, en el cual la socialización es el proceso donde el individuo se integra a una

sociedad, adquiriendo sus reglas que rige su medio como ejercicio de roles sociales, gustos, valores, creencias, pensamientos, costumbres y tradiciones. En TARGA la enfermera debe tener mucho juicio con estos pacientes ya que ellos se sienten rechazados por la sociedad, por ello la enfermera cuida mucho de su privacidad. (8)

Y por último la dimensión espiritual, contiene los principios religiosos, morales o éticos que guían la existencia, las respuestas esenciales que damos, el sentido a la vida, muerte, y soledad a nuestro fin y a nuestro deseo de asumir de forma responsable nuestra libertad, lo que conlleva al respeto por la persona y la vida. La enfermera de TARGA en la relación de ayuda, garantiza un entorno de apoyo espiritual, aspecto importante para que encuentre sentido a la vida, a utilizar potencialidades, a tener fe y esperanza, considerando sus creencias religiosas, valores de amor a la vida y sentirse útil. (3) (8)

En la línea de nuestra investigación hallamos estudios similares o relacionados a nuestras variables de estudio tales como las siguientes:

ORBEGOSO D. y SALDAÑA M. En su estudio “Ayuda de la enfermera sobre el nivel de estrés del familiar cuidador del paciente oncológico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray (HVLE) 2013”. Trujillo - Perú; en una muestra que estuvo conformada por 60 familiares cuidadores de pacientes oncológicos del HVLE. El 55% de familiares cuidadores

manifestaron que recibieron Ayuda adecuada de la enfermera, 45% Ayuda inadecuada. Por otro lado, el 70% de familiares cuidadores presentaron alto nivel de estrés, el 28% mediano y el 2% presentó bajo nivel de estrés. Se llegó a establecer que existe relación estadística significativa entre la Ayuda que brinda la Enfermera sobre el nivel de estrés del Familiar Cuidador del Paciente Oncológico del HVLE. (24)

RIVAS J. y CAVERO R. Investigaron sobre “Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) de Chiclayo-Perú, 2011”; la muestra fue de 80 pacientes encontrándose una adherencia al TARGA estricta en el 75% de su población muestra, e insuficiente en el 25%. En conclusión 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. (26)

SANCHEZ J y Col. Investigaron “Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH” 2008. Sonora- México. La muestra estuvo constituida por 68 personas con VIH, de las cuales el 85.3% respondieron que se habían administrado sus medicamentos todos los días de la última semana y el 14.7% lo habían hecho con inconsistencia, llegando a la conclusión que las personas con VIH 100% adherentes son aquellas que se encuentran claramente

motivadas y que en general experimentan bajos niveles de estrés relacionados con la toma de decisiones y tolerancia a la frustración. (28)

ALCÁNTARA D. Investigó “Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Únanue: 2004-2007, Lima-Perú”. 2008. La muestra fue de 91 pacientes del programa TARGA, con respecto a los factores por parte del equipo asistencial, se llegó a la conclusión que la confianza con el personal de salud que los atienden y con el cumplimiento de los cuidados a seguir en casa luego de recibir la educación al respecto, influyen como factor de soporte asociados a la Adherencia al TARGA. (1)

HERRERA C y Col. Investigaron sobre “Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida” 2003. México. La muestra fue de 40 personas viviendo con VIH/SIDA y 5 líderes de grupos de auto apoyo, los resultados obtenidos fueron problemas de información; falta de capacitación, paternalismo por parte de los médicos, y estigma social de las personas viviendo con VIH/SIDA asociado a la epidemia. (13)

Esta investigación se desarrollara con el proposito de reconocer el proceso interactivo del profesional de enfermería con el adulto que recibe tratamiento antirretroviral de gran actividad, fomentando una relación de ayuda humanizada en el alcance de respuestas a las necesidades

planteadas; ya que ellas, son las encargadas del cuidado del paciente, puesto que en algunas oportunidades se presentan deficiencia o dificultad durante el desarrollo de la atención directa, por sus mitos, creencias y religión, los cuales pueden expresarlo con rechazo social y discriminación del cual son objeto las personas afectadas con el VIH/SIDA. Los otros beneficiarios serán los paciente que viven con VIH/SIDA, pues serán atendidos con mayor calidez humana, también será de interés para otros profesionales que dedican tiempo y esfuerzos a la atención de estos casos y los comprometerá a brindar una atención adecuada. (21)

A nivel institucional, se espera que los resultados de esta investigación sirvan para tomar acciones de tipo educativo y asistenciales dirigidas a los profesionales de enfermería que laboran en el programa de TARGA, para enriquecer los conocimientos sobre el aspecto educativo y comunicación terapéutica. Finalmente, se espera que este estudio proporcione un marco de referencia a futuras investigaciones que tengan relación con el tema para mejorar la relación de ayuda desde un orden humanístico y laboral en la asistencia directa del profesional de enfermería. Visto así, se justifica el desarrollo de la investigación que busca dar beneficio a usuarios y familia, institución y comunidad. (21)

Por tal motivo, surgió el interés de realizar la presente investigación y se planteó el siguiente problema de estudio:

¿CÓMO INFLUYE LA RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y NIVEL DE ADHERENCIA DEL ADULTO EN EL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2015?

OBJETIVOS

OBJETIVO GENERAL:

Determinar el nivel de relación de ayuda de la enfermera y la adherencia del adulto en el Tratamiento antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS:

- Identificar el nivel de relación de ayuda de la enfermera con el adulto en el Tratamiento antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Identificar el nivel de adherencia del adulto en el Tratamiento antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo.

HIPÓTESIS

HI: Existe relación significativa entre la relación de ayuda de la enfermera y el nivel de adherencia del adulto en el Tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.

H0: No existe relación significativa entre la relación de ayuda de la enfermera y el nivel de adherencia del adulto en el Tratamiento antirretroviral en el Hospital Regional Docente de Trujillo 2015.

MATERIALES Y METODO

1. MATERIAL

1.1. POBLACION:

La población estuvo conformada por 500 pacientes que reciben TARGA en el Hospital Regional Docente de Trujillo.

1.2. MUESTRA:

La muestra estuvo constituida por 198 pacientes que reciben TARGA en el Hospital Regional Docente de Trujillo, que se obtuvo mediante muestreo aleatorio simple con un nivel de significancia del 5% y un error de muestreo del 5%.

1.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN:

- Adulto con diagnóstico de VIH, con más de 20 años de edad, que reciben TARGA en el Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Adulto con más de seis meses en TARGA.

1.4. CRITERIOS DE EXCLUSION

- Adulto con diagnóstico de SIDA que recibe TARGA en el Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Adulto con menos de seis meses que recibe TARGA en el Hospital Regional Docente de Trujillo.
- Adulto que se niegue a participar de la encuesta.

1.5. UNIDAD DE ANALISIS:

La unidad de análisis estuvo constituida por cada uno de los pacientes que reciben TARGA en el Hospital Regional Docente de Trujillo y que cumplieron con los criterios de inclusión correspondiente.

2. METODO

2.1. TIPO DE ESTUDIO:

Este estudio es de tipo descriptivo correlacional, de corte transversal.

2.2. DISEÑO DE INVESTIGACION:

El diseño es de corte transversal descriptivo, correlacionar, donde:
(Hernández S. y Fernández). (31)

$$M: X_1 \longrightarrow X_2$$

M = Muestra.

X₁ = Relación de ayuda de la enfermera.

X₂ = Nivel de adherencia del adulto en TARGA.

2.3. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

Variable X₁: Relación de Ayuda de la Enfermera.

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Interacción particular entre dos personas, la enfermera y la persona ayudada; atribuyendo cada una búsqueda y satisfacción de la necesidad de ayuda que requiere ella.
(8)

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Se considerará la siguiente clasificación sobre el nivel de relación de ayuda de la enfermera, en base al puntaje total obtenido:

- Buena : 55 - 69
- Regular: 39 - 54
- Mala : 23 - 38

Variable X₂: Adherencia TARGA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL: Capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del TARGA; lo que permitiera mantener el cumplimiento riguroso del mismo con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. Grupo de Estudio de Sida (GESIDA). (11)

DEFINICIÓN OPERACIONAL: Para evaluar se considerará la siguiente clasificación sobre el nivel de adherencia del paciente , en base al puntaje total obtenido:

- Adherente: Se considera adherente a la persona que responde “NO” a las cuatro preguntas del Test Morisky-GreenLevine. –
- No-adherente: Si contesta “SI” en al menos una de las preguntas del Test Morisky-GreenLevine.

2.4. PROCEDIMIENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Instrumentos a utilizar

Inicialmente se solicitò la autorización del Director del Hospital Regional Docente de Trujillo, y el Departamento de Enfermería, con el propósito de obtener la información y autorización respectiva, para la recolección de datos; se informó a la enfermera jefe del programa

de TARGA, la autorización para la ejecución del trabajo de investigación.

Se aplicó los cuestionarios a los pacientes que reciben TARGA en el Hospital Regional Docente de Trujillo, que cumplieron los criterios de inclusión y exclusión, solicitando su participación voluntaria previa identificación del personal encuestador; así como la orientación y el fundamento de la importancia del estudio; la recolección de los datos se realizó a 198 pacientes los cuales recibieron las debidas instrucciones de los cuestionarios, empleando un tiempo de 15 minutos en promedio. Concluida la aplicación de los instrumentos se procedió a verificar que todas las preguntas hayan sido marcadas correctamente y en su totalidad.

- **Escala de valoración:**

El procedimiento de recolección de información en la presente investigación utilizó los siguientes instrumentos.

1. Instrumento: 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 Ramirez Rodriguez Sarita y Valdiviezo Espinoza Vanessa.

VALIDACIÓN Y CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO

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 Alfa 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 elijida, de la siguiente manera:

- Siempre: 3 puntos
- A veces: 2 puntos
- Nunca: 1 punto

2. Instrumento: Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski-Green-Levine: Este instrumento elaborado por Morisky DE, Green LW, Levine DM cuestionario utilizado en numerosos estudios de adherencia de fármacos antihipertensivos y antirretrovirales para VIH/SIDA y en otros, se denomina Test de Cumplimiento Autocomunicado de Morinski-Green-Levine, el cual es un método indirecto de medición basado en la entrevista voluntaria, consta de un pequeño cuestionario de cuatro preguntas, que orientan a la adherencia o no adherencia al tratamiento.

2.5. PROCEDIMIENTO PARA GARANTIZAR ASPECTOS ÉTICOS EN LA INVESTIGACIÓN CON SUJETOS HUMANOS

Para garantizar los aspectos éticos de la población en estudio se mantuvo el anonimato de los usuarios al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad, a quienes se les explicó el tipo de investigación a realizar y se les respetó su derecho a retirarse de la misma si el caso lo amerita. Así mismo se les aseguró la confidencialidad de la información proporcionada para la investigación, garantizándoles que no se dará a conocer a otras personas su identidad como participantes aplicando así el principio de anonimato (Anexo 1). Para el recojo de la información se proporcionó un ambiente de privacidad, como tiempo promedio para aplicar los cuestionarios de unos 15 minutos aproximadamente.

PROCEDIMIENTOS Y ANÁLISIS ESTADÍSTICOS DE LOS DATOS

La información recolectada fue ingresada y procesada en el programa estadístico SPSS por Windows Versión 19. Los resultados se presentaron en tablas de una y doble entrada, de forma numérica y porcentual. Para determinar si existe relación entre variables se hizo uso de la prueba de independencia de criterios “Chi - cuadrado” que mide la relación entre dos variables; considerando que existen evidencias suficientes de significación estadística si la probabilidad de equivocarse es menor al 5 por ciento ($p < 0.05$), así mismo se utilizará la correlación de Pearson para medir el grado de asociación entre las variables consideradas. (11)

RESULTADOS

Tabla N° 1

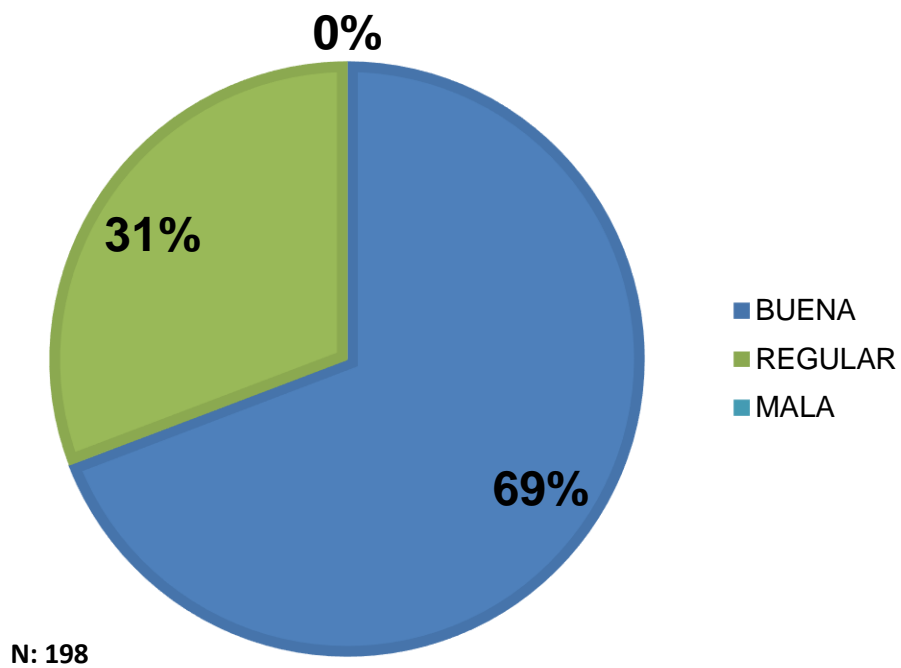
**NIVEL DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA EN EL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO 2015.**

RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA	N°	%
BUENA	137	69%
REGULAR	61	31%
MALA	0	0%
TOTAL	198	100%

Fuente: Aplicación de instrumento N° 1

Gráfico N° 1

**NIVEL DE RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA EN EL
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEL HOSPITAL REGIONAL
DOCENTE DE TRUJILLO 2015.**



Fuente: Tabla N°1

Tabla N° 2

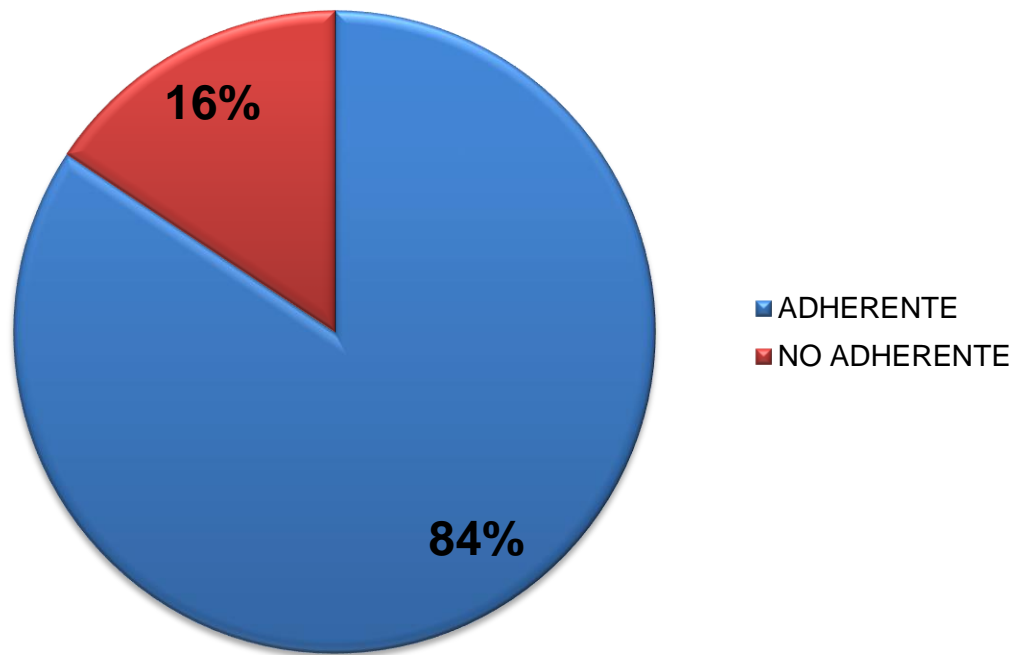
**NIVEL DE ADHERENCIA DEL ADULTO AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
TRUJILLO 2015.**

ADHERENCIA TARGA	Nº	%
ADHERENTE	167	84%
NO ADHERENTE	31	16%
TOTAL	198	100%

Fuente: Aplicación de instrumento N° 2

Gráfico N° 2

**NIVEL DE ADHERENCIA DEL ADULTO AL TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE
TRUJILLO 2015.**



N: 198

Fuente: Tabla N°2

Tabla N° 3

**RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y NIVEL DE
ADHERENCIA DEL ADULTO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2015.**

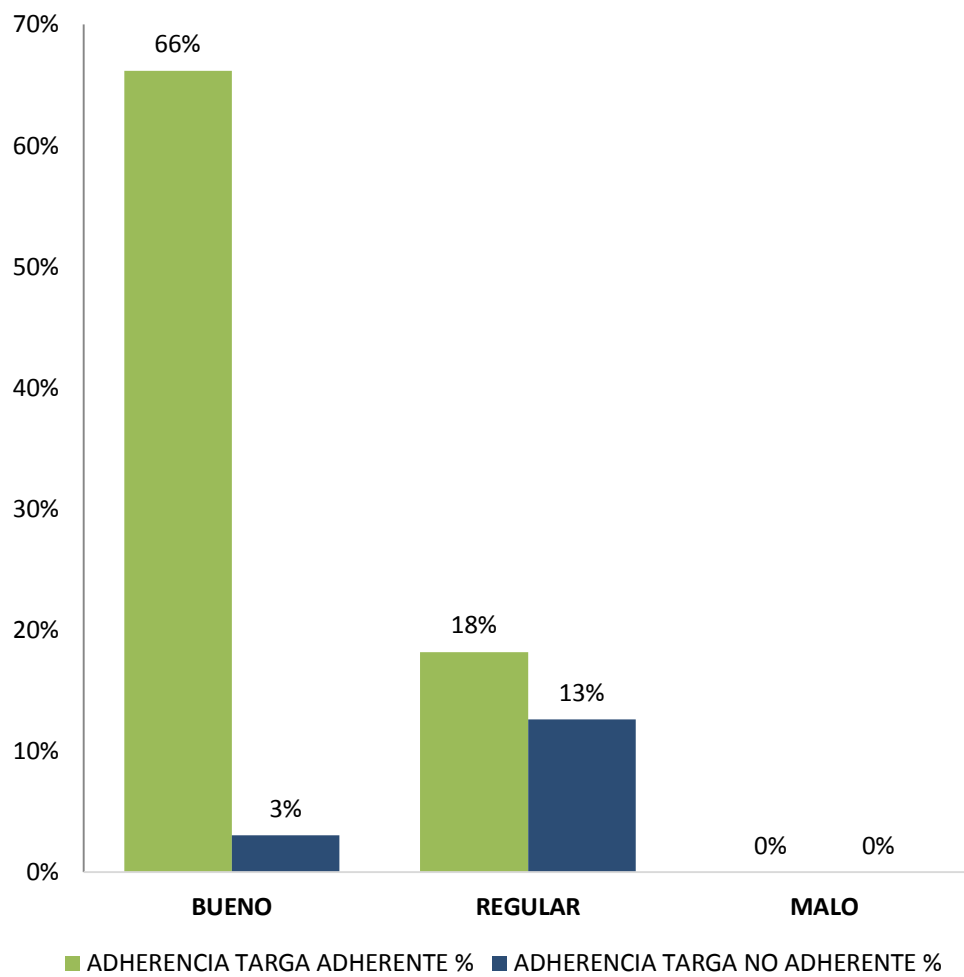
NIVEL DE AYUDA	ADHERENCIA TARGA				TOTAL	
	ADHERENTE		NO ADHERENTE		N°	%
	N°	%	N°	%		
BUENO	131	66%	6	3%	137	69%
REGULAR	36	18%	25	13%	61	31%
MALO	0	0%	0	0%	0	0%
TOTAL	167	84%	31	16%	198	100%

Fuente: Aplicación de instrumento N° 1 y 2

p= 0.03

Gráfico N° 3

RELACIÓN DE AYUDA DE LA ENFERMERA Y NIVEL DE ADHERENCIA DEL ADULTO AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DEL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO 2015.



Fuente: Tabla N°3

DISCUSIÓN

En la presente investigación sobre relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto en el tratamiento antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015, se encontró:

En la Tabla N° 1, referente al Nivel de relación de ayuda de la enfermera en el Tratamiento Antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015. Se encontró el 69% muestra un nivel de relación de ayuda bueno, y el 31% regular.

Los resultados encontrados se asemejan con lo encontrado por Orbegoso D. y Saldaña M., en su estudio Ayuda de la enfermera sobre el nivel de estrés del familiar cuidador del paciente oncológico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray (HVLE) 2013. Trujillo - Perú; el 55% de familiares cuidadores manifestaron que recibieron Ayuda adecuada de la enfermera, y el 45% Ayuda inadecuada. (24)

En ese sentido se precisa que la relación de ayuda de la enfermera, según Chalifour considera actitudes específicas en dos grandes grupos, tres de ellas son receptivas o facilitadoras como la empatía, la autenticidad y el respeto cálido, y las otras tres denominadas activas como la especificidad, la cercanía y la confrontación. El conjunto de todas estas características presentes en la relación de ayuda de la enfermera le permite desempeñar el rol de experta y facilitadora a lo largo de la misma. (3)

Los resultados encontrados se dan porque las enfermeras son profesionales que tiene una formación científica y humanística, además se encuentran capacitadas y sensibilizadas para el abordaje integral del

usuario de TARGA; así mismo por el tiempo que comparten con los usuarios y la educación que les brindan.

En la Tabla Nº 2, referente al Nivel de adherencia del adulto al Tratamiento Antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo 2015, tenemos que el 84% de los pacientes son adherentes al tratamiento, y 16% no son adherentes.

Los resultados encontrados se asemejan con lo encontrado por Rivas J. y Cavero R., los cuales investigaron sobre “Adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad y calidad de vida de pacientes con VIH/SIDA del Hospital Regional Docente Las Mercedes (HRDLM) de Chiclayo-Perú, 2011”; encontrándose una adherencia al TARGA estricta en el 75%, e insuficiente en el 25%. (26)

La adherencia al TARGA, se da por la capacidad del paciente de implicarse correctamente en la elección, inicio y control del tratamiento; lo que permitirá mantener el cumplimiento riguroso del mismo, con el objetivo de conseguir una adecuada supresión de la replicación viral. (11)

Los resultados encontrados se dan ya que los usuarios están concientizados con su diagnóstico y tratamiento, también porque el ser humano se aferra a la vida, ya que teme a la muerte y siendo un instinto

innato; además la familia de los usuarios de TARGA son una ayuda para su adherencia.

En la Tabla N° 3, referente a la Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto al Tratamiento Antirretroviral del Hospital Regional 2015. Se encontró que del 69% que obtuvo una relación de ayuda buena; 66% son adherentes y no adherentes el 3%. Del 31% con relación de ayuda regular; el 18% son adherentes y no adherentes el 13%.

No se ha encontrado trabajos de investigación que proyecten en sus resultados la relación entre ambas variables, como es el caso de la presente investigación; sin embargo, al estudiar cada variable por separado, éstas se sustentan correspondientemente entre sí, reconociendo como la relación de ayuda de la enfermera está directamente relacionado a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Sin embargo podemos citar a los siguientes:

Alcántara D., que investigó sobre Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Únanue: 2004-2007, Lima-Perú". 2008.; respecto al factor equipo asistencial, se llegó a la conclusión que la confianza con el personal de salud, que los atienden y con el cumplimiento de los cuidados a seguir en casa luego de recibir la educación al respecto, influyen como factor de soporte asociados a la Adherencia al TARGA. (1)

Herrera C y Col., en su investigación sobre “Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida” 2003. México. Los resultados obtenidos fueron problemas de información; falta de capacitación, paternalismo por parte de los médicos, y estigma social de las personas viviendo con VIH/SIDA asociado a la epidemia. (13)

Entre los múltiples factores asociados a la adherencia al TARGA, uno de ellos tiene que ver con la relación que tenga el usuario con el equipo multidisciplinario de salud; entre ellos el personal de enfermería, el cual es una pieza clave como lo detalla la Guía Nacional de Atención Integral de la Persona Viviendo con el VIH/SIDA (PVVIH/S) del Ministerio de Salud del Perú, que tiene los siguientes objetivos: conocer la importancia de la intervención de enfermería para mejorar la adherencia al TARGA; y brindar un servicio de calidad y calidez de acuerdo a las necesidades individuales de cada persona viviendo con VIH/SIDA; por lo cual el grado de influencia que tiene la enfermera con el usuario ayudara en la adherencia al tratamiento. (20)

Se encontró relación significativa entre el nivel de relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto al Tratamiento Antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo con $p= 0.03$, es decir a mejor nivel de relación de ayuda, se obtendrá mayor adherencia.

CONCLUSIONES

- 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.

- El nivel de adherencia en el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) en el Hospital Regional Docente de Trujillo, fue adherente 84%, y el 16% no adherente.
- Se encontró relación significativa entre el nivel de relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto al Tratamiento Antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo con $p= 0.03$, es decir a mejor nivel de relación de ayuda, se obtendrá mayor adherencia.

RECOMENDACIONES

- Impulsar la formación de grupos de apoyo para los pacientes en TARGA incorporando a los familiares y/o apoyos de soporte para mantener el cumplimiento de su régimen terapéutico.

- Realizar estudios de investigación que profundicen la relación de ayuda de la enfermera, en la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, por ser la profesional directamente involucrada en el cumplimiento del TARGA.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Alcántara D. (2008). Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue: Lima-Perú, 2004 - 2007. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Nacional Mayor de San Marcos.

Disponible:

http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/483/1/alcantara_gd.pdf. Accesado el 12 del Enero del 2015

2. Andrade L. (2008). Revisión de la adherencia al TARGA y directrices para su mejoramiento tras 4 años de tratamiento ARV en Perú. Disponible:<http://bvs.per.paho.org/SCT/SCT2008084/SCT2008084.pdf> Accesado el 11 del Enero del 2015
3. Arribasplata S y Esparza C. (2006). Relación de ayuda de la enfermera en el afrontamiento del cuidador familiar del paciente hospitalizado. Hospital Regional Docente de Trujillo, 2006 [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Nacional de Trujillo.
4. Barceló T. (2012). Las actitudes básicas rogerianas en la entrevista de relación de ayuda. Miscelánea Comillas. Madrid. Disponible: <http://revistas.upcomillas.es/index.php/miscelaneacomillas/article/view/722/598>. Accesado el 11 del Enero del 2015
5. Berenguer J. (2014). Documento de consenso de GESIDA/ Plan Nacional sobre el SIDA respecto al tratamiento en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. Madrid - España. (Pag. 36)
Recuperado:<http://www.gesidaseimc.org/contenidos/guiasclinicas/2014/gesida-guiasclinicas-2014-tar.pdf>.
6. Bernal V. (2009). Guía de tratamiento antirretroviral en adulto. Ministerio de salud y deporte. Bolivia. (Pag. 18-20). Recuperado:

<http://apps.who.int/medicinedocs/documents/s18030es/s18030es.pdf>

7. Canovas M. (2008). La relación de ayuda en Enfermería. Una lectura antropológica sobre la competencia relacional en el ejercicio de la profesión. Murcia- España. Disponible: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/11073/CanovasTomas.pdf;jsessionid=0EF028A6596EB422B9E0CC4B33A252F7.tdx1?sequence=1>. Accesado el 12 del Enero del 2015
8. Chalifour J. (1994). Relación de ayuda en enfermería. Una perspectiva holística y humanística. Edit.SG. Ed.S.A Barcelona – España.
9. Chumpitaz D. (2004). Aplicación del análisis factorial de correspondencias a mapas perceptuales de los pacientes infectados por enfermedades de transmisión sexual. Lima- Perú. Disponible:http://sisbib.unmsm.edu.pe/bibvirtualdata/tesis/basic/chumpitaz_rd/T_completo.PDF. Accesado el 12 del Enero del 2015
10. Goitte M y Pantoja M. (2009). Relación de ayuda que brinda el profesional de enfermería a padres de niños con diagnóstico clínico de Leucemia Hospitalizados en el servicio de Medicina Pediátrica, Hospital Dr. Domingo Luciani, Primer Trimestre 2009”. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Central de Venezuela.
Disponible:<http://saber.ucv.ve/jspui/bitstream/123456789/1163/1/TE>

SIS%20GRADOMarvelis%20Pantoja%20y%20Milagros%20Goitte.
pdf. Accesado el 11 del Enero del 2015

11. Grupo de Estudio de Sida – SEIMC. (2014). Documento de consenso de GeSIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (Actualización enero 2014). Panel de expertos de GeSIDA y Plan Nacional sobre el Sida. Disponible:<http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2014/gesida-guiasclinicas-2014-tar.pdf>. Accesado el 11 del Enero del 2015
12. Hernández S y Fernandez C. (2010) .Metodología de la investigación 5ta ed. México. Edit. Mac Graw Hill.
13. Herrera C; Campero L; y Caballero M. Relación entre médicos y pacientes con VIH: influencia en apego terapéutico y calidad de vida. México. 2003.
14. Disponible:<http://www.scielo.br/pdf/rsp/v42n2/6277.pdf>. Accesado el 26 del Enero del 2015
15. Knobel H. (2002). Cómo y por qué debe monitorizarse la adherencia al tratamiento antirretroviral en la actualidad. España. Disponible: http://apps.elsevier.es/watermark/ctl_servlet?_f=10&pident_articulo=13039656&pident_usuario=0&pcontactid=&pident_revista=28&ty=51&accion=L&origen=elsevier&web=www.elsevier.es&lan=es&fichero=28v20n10a13039656pdf001.pdf. Accesado el 12 del Enero del 2015

16. Lopez A. (2011). Relación de ayuda. Enfermería Básica I. Callao-Perú.
Disponible:http://www.unac.edu.pe/documentos/organizacion/vri/cd_citra/Informes_Finales_Investigacion/Abril_2011/IF_LOPEZYROJA_S_FCS.PDF. Accesado el 16 del Enero del 2015
17. Magis C y Barrientos H. (2009). VIH/SIDA y Salud Pública. Manual para personal de Salud. México.
Disponible:URL:http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/normatividad/manual_personal_salud.pdf.
Accesado el 26 del Enero del 2015
18. Ministerio de Salud. (2014). Dirección General de Epidemiología. Situación del VIH/SIDA en el Perú. Boletín Epidemiológico Mensual Noviembre 2014. Disponible: http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/vih/Boletin_2014/noviembre.pdf. Accesado el 16 del Enero del 2015
19. Ministerio de Salud. (2014). Norma Técnica de Salud N° 097 - MINSA/DGSP-V.02. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Perú. Disponible:
ftp://ftp2.minsa.gob.pe/normaslegales/2014/RM_962.PDF.
Accesado el 16 del Enero del 2015
20. Ministerio de Salud. (2013). Análisis de situación epidemiológica del VIH/SIDA en el Perú - 2013.

Disponible:<http://www.dge.gob.pe/portal/docs/ASISVIH2013.pdf>.

Accesado el 16 del Enero del 2015

21. Ministerio de Salud. (2005) .Norma Técnica de Atención Integral de la Persona Viviendo con el VIH-SIDA (PVVIH/S). Lima: Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH-SIDA. Perú.

Disponible:[http://www.vialibre.org.pe/vl/publicaciones/vihsaludsexual/Guia%20de%20atenci%C3](http://www.vialibre.org.pe/vl/publicaciones/vihsaludsexual/Guia%20de%20atenci%C3%B3n%20integral%20VIH.pdf)

[B3n%20integral%20VIH.pdf](http://www.vialibre.org.pe/vl/publicaciones/vihsaludsexual/Guia%20de%20atenci%C3%B3n%20integral%20VIH.pdf). Accesado el 16 del Enero del 2015

%B3n%20integral%20VIH.pdf. Accesado el 16 del Enero del 2015

22. Morillo S y Vertiz A. (2013). Relación de ayuda de la enfermera y nivel de estrés de la madre del prematuro en el hospital belén de Trujillo, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Privada Antenor Orrego.

23. Morisky D; Green L; y Levine D. (1986). Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. Medical Care. Estados Unidos.

24. Mulanovich V y Gutiérrez R. (2010). Resistencia al TARGA. Falla terapéutica y Adherencia. Perú. Disponible:<http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/REVISION%20DE%20TEMAS/Resistencia%20y%20adherencia.pdf>. Accesado el 14 del Enero del 2015

25. Orbegoso D y Saldaña M. (2013). Ayuda de la enfermera sobre el nivel de estrés del familiar cuidador del paciente oncológico del Hospital Víctor Lazarte Echegaray, 2013. [Tesis para optar el título de licenciada en enfermería]. Universidad Privada Antenor Orrego..

26. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. (2013). Informe mundial ONUSIDA. Informe sobre la epidemia mundial de sida 2013. Disponible:http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf. Accesado el 13 del Enero del 2015
27. Rivas J y Cavero R. (2013). Investigaron sobre “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 para optar el título de médico cirujano]. Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo. Disponible:
http://tesis.usat.edu.pe/jspui/bitstream/123456789/120/1/TL_Rivas_Muro_Jorge.pdf. Accesado el 23 del Enero del 2015
28. Roca B. (2002). Unidad de Enfermedades Infecciosas. Hospital General de Castellón. Adherencia al tratamiento antirretroviral. Medicina Clínica. Barcelona. Disponible: <http://www.elsevier.es/es-revista-medicina-clinica-2-articulo-adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-13028045>. Accesado el 16 del Enero del 2015
29. Sanchez J; Cazares O; Piña J y Davila M. (2008). Un modelo psicológico en los comportamientos de adhesión terapéutica en personas con VIH. Universidad Nacional Autónoma de México. Disponible:http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0185-33252009000500005. Accesado el 16 del Enero del 2015

30. Sierra J y Barrera A. (2009). Apego al tratamiento antirretroviral. Disponible: http://aidslex.org/site_documents/G-0293S.pdf#page=90. Accesado el 16 del Enero del 2015
31. Soto L; Gutiérrez R y Maguiña C. Esquemas de Tratamiento Antirretroviral. Perú. 2005. Disponible: <http://www.upch.edu.pe/tropicales/telemedicinatarga/REVISION%20DE%20TEMAS/ESQUEMAS%20PARA%20PUBLICAR.pdf>. Accesado el 13 del Enero del 2015
32. Tafur E; Ortiz A y García F. (2008). Adaptación del “Cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral” (CEAT-VIH) para su uso en Perú. Disponible: <http://farmacia.ugr.es/ars/pdf/434.pdf> Accesado el 22 del Enero del 2015

ANEXOS

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Anexo N° 01

YO..... después de haber recibido orientación acerca de la investigación a realizar por las estudiantes SARITA YULIANA RAMIREZ RODRIGUEZ, y MARTHA VANESSA VALDIVIEZO ESPINOZA, acepto ser encuestado(a) con el propósito de contribuir a la realización del proyecto de investigación titulado: Relación de ayuda de la enfermera y nivel de adherencia del adulto en el Tratamiento antirretroviral del Hospital Regional Docente de Trujillo, 2015.

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.

.....
Sarita Ramírez
DNI. 43980052

.....
Martha Valdiviezo
DNI. 46512281

.....
Usuario



UNIVERSIDAD PRIVADA ANTENOR ORREGO
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERIA

Anexo N° 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 una 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 confiabilidad.			
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 cuantas pastillas debe consumir diariamente, cuales 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			



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

Anexo N° 03

**TEST DE CUMPLIMIENTO AUTOCOMUNICADO DE MORINSKI-
GREEN-LEVINE**

Autores: Morisky DE, Green LW, Levine DM

Instrucciones:

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

ITEMS	SI	NO
-------	----	----

1. ¿Se olvida alguna vez de tomar los medicamentos?		
2. ¿Es descuidado(a) con la hora en que debe tomar los medicamentos?		
3. Cuándo se encuentra mejor ¿deja de tomar sus medicamentos?		
4. Si alguna vez se siente mal ¿deja de tomarlos?		

**CONFIABILIDAD DE LA ENCUESTA PARA MEDIR LA RELACIÓN DE
AYUDA DE LA ENFERMERA**

Anexo N° 04

Preguntas	n1	n2	n3	n4	n5	n6	n7	n8	n9	n10
1	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
2	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
3	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
4	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
5	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
6	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
7	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
8	2	2	2	2	2	2	2	2	1	2
9	2	2	2	2	2	2	2	1	2	2
10	2	2	1	2	2	2	2	2	1	2
11	2	1	1	2	2	2	2	2	2	2
12	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2
13	2	1	2	2	2	2	2	2	2	2
14	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
15	2	2	2	2	2	2	2	2	2	2

16	2	2	1	2	2	2	0	2	2	2
17	2	2	2	2	2	2	1	2	2	1
18	1	2	2	2	2	2	2	2	2	1
19	1	2	2	2	2	2	2	1	2	2
20	2	2	2	2	2	2	2	2	2	1
21	2	1	2	2	2	2	2	1	2	2
22	2	0	1	2	2	2	2	2	2	1
23	2	0	2	1	2	2	2	2	2	2

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach 0,89

N de elementos 10