



**UNIVERSIDAD JOSÉ CARLOS MARIÁTEGUI
VICERRECTORADO DE INVESTIGACION
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA**

TESIS

**“ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL Y APOYO SOCIAL EN
PACIENTES CON VIH/SIDA DE LA RED DE SALUD ILO 2018”**

PRESENTADA POR:

BACH. LIZET RODRIGUEZ FLORES

ASESOR

MGR. JULIA ISABEL CORNEJO BARAYBAR

PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE:

LICENCIADA EN ENFERMERÍA

MOQUEGUA – PERU

2019

ÍNDICE DE CONTENIDO

ÍNDICE DE CONTENIDO.....	ii
ÍNDICE DE TABLAS	iii
ÍNDICE DE GRÁFICOS	iv
RESUMEN	1
ABSTRAC	2
INTRODUCCION	3
CAPITULO I: EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	7
1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.....	7
1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	7
1.2.1. OBJETIVO GENERAL.....	7
1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	7
1.3. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.	8
CAPITULO II: MARCO TEÓRICO.....	10
2.1. ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.....	10
2.2. BASES TEÓRICAS.....	11
CAPITULO III: MÉTODO.....	28
3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN.....	28
3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN	28
3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA	28
3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.....	29
CAPITULO IV PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS	33
4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS.....	33
4.2 CONTRASTACION DE HIPOTESIS	34
4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS	43
CONCLUSIONES Y RESULTADOS	46
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	48

ÍNDICE DE TABLAS

TABLA 1	DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE PACIENTES CON TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL. RED DE SALUD ILO 2018	34
TABLA 2	DIMENSIONES DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA. RED DE SALUD ILO 2018 -----	35
TABLA 3	NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN APOYO CONFIDENCIAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA. RED DE SALUD ILO 2018.....	37
TABLA 4	NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN APOYO AFECTIVO EN PACIENTES CON VIH/SIDA RED DE SALUD ILO 2018.....	39
TABLA 5	NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN APOYO SOCIAL TOTAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA RED DE SALUD ILO 2018.....	41

ÍNDICE DE GRÁFICOS

GRAFICO 1	NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN APOYO CONFIDENCIAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA RED DE SALUD ILO 2018.....	38
GRAFICO 2	NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN APOYO AFECTIVO EN PACIENTES CON VIH/SIDA RED DE SALUD ILO.....	40
GRAFICO 3	NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN APOYO SOCIAL TOTAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA RED DE SALUD ILO 2018.....	42

RESUMEN

El VIH/SIDA, es una pandemia, que en las últimas décadas, ha cobrado la vida de 35 millones de personas aproximadamente, en su mayoría adquiridas por conductas sexuales de riesgo, donde la terapia de elección son los antirretrovirales, el tratamiento aumenta el tiempo y calidad de vida del paciente, el Ministerio de Salud en Perú, cubre los gastos del tratamiento, sin embargo los pacientes abandonan o no reciben el tratamiento debido a la falta de adhesión.

El presente estudio de investigación titulado “adhesión al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH/SIDA de la red de salud Ilo 2018”, se realizó con el objetivo de evaluar la adhesión al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH.

El estudio es de tipo no experimental, transversal, relacional. La población de estudio está conformada por 47 pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS- VIH/SIDA, de la Red de Salud Ilo; se aplicó a pacientes VIH positivos con tratamiento antirretroviral, se utilizó el test de Duke UNC: 11, para la valoración de apoyo social y el cuestionario de valoración de los factores de evaluación a la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH).

En los resultados encontramos que según sexo, el masculino representa a la mayoría 78.7% y el femenino con 21.3%, prevaleció la adhesión baja en pacientes con tratamiento antirretroviral con 53.19%, insuficiente con 25.53%, adecuada en un 14.89% y estricta en un 6.38%.; el 46,81 % no cumple con el tratamiento determinado, y el 53, 19 % cumple con el tratamiento antirretroviral

Llegando a la conclusión que existe una relación significativa entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento antirretroviral $p= 0.013$, en pacientes con VIH/SIDA.

PALABRAS CLAVES: Adhesión, tratamiento antirretroviral, apoyo social.

ABSTRAC

The VIH BEEN, a pandemia is, than in last decades, you have collected 35 million people's life approximately, in the main acquired by sexual conducts of risk, where the antirretrovirales, the treatment increases time and the patient's quality of life, Salud's Ministry in Peru, are the therapy of choice cover up the expenses of the treatment, however the patients quit or do not receive the treatment due to the deficiency of adhesion.

I study the present of investigation put a title to adhesion to the treatment antirretroviral and social support in patients with VIH once the net of health WAS COME FROM Ilo 2018, antirretroviral and social support in patients with VIH were accomplished for the sake of evaluating the adhesion to the treatment.

The study is by type not experimental, side road, relational. The population of study is conformed for 47 patients of the Sanitary National spare Strategy and ITS's Control VIH BEEN, of Salud Ilo's Net; VIH applied over himself patients positive with treatment antirretroviral, the UN-C used Duke's test itself: 11, for the assessment of social support and the questionnaire of assessment of the factors of evaluation to the adhesion to the treatment antirretroviral (CEAT VIH).

We found in the results than according to sex, the masculine acts for the majority 78,7 % and the feminine with 21,3 %, prevailed the low adhesion in patients with treatment antirretroviral with 53,19 %, insufficient with 25,53 %, adequate in a 14,89 % and strict in a 6,38 %.; The 46.81 % does not fulfill the determined treatment, and the 53, 19 % fulfills the treatment antirretroviral

Reaching the conclusion than exists a significant relation between the social support and the adherence to the treatment antirretroviral p 0,013, in patients with VIH BEEN.

KEYWORDS: Adhesion, antiretroviral, AIDS, HIV, treatment, social support

INTRODUCCION

El Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), es uno de los virus que somete al organismo del ser humano a sufrir de daños inminentes en el sistema inmunitario, por lo que es uno de los más relevantes problemas para el sistema de la salud pública a nivel mundial, cobrando más de 35 millones de vidas (1). Teniendo como única alternativa la terapia antirretroviral para mejorar su calidad de vida y aumentar sus expectativas de tiempo de vida, sin embargo a pesar de ser una única alternativa, no ha sido posible lograr la adhesión en la mayoría de los pacientes, convirtiéndose en un problema adicional, los mismos que presentan conductas de riesgo, como: promiscuidad, alcoholismo y drogadicción, por lo que no valoran su vida y dejan el tratamiento con mucha facilidad y se requiere una red de soporte familiar que logre conjuntamente con el apoyo del personal de salud, la adhesión permanente al esquema antirretroviral.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), consignó a nivel mundial en el año 2017, 20,9 millones de personas en el mundo recibieron tratamiento antirretrovírico. No obstante, de 36, 7 millones de personas infectadas, solo el 53 % de los que viven padeciendo de VIH (2).

A finales del año 2016, se estima que existía en la esfera mundial, aproximadamente 36, 7 millones de seres humanos infectados por VIH. En el año 2017, se presentó 1, 8 millones de personas infectadas, sin embargo, estos conformaban los registros nuevos, muchas personas fallecen en el mundo padeciendo del VIH, data que un millón de personas fallecieron (3).

La adherencia desarrolla un rol importante, el mismo que determina el modo de vida o supervivencia del paciente que inicia con el tratamiento antirretroviral, a consecuencia de ese nivel de prioridad, se ha convertido en eje de todo programa para personas con VIH. Al utilizar las drogas antirretrovirales (ARV), deberá ser adherente para que cumpla la finalidad de su efectividad (4).

Los estudios recomiendan, dado que no existe un nivel de adherencia, este puede crear, niveles de resistencias a los estupefacientes o sustancias

psicotrópicas o algunas drogas futuras no prescritas. Es menester, que la transmisión del virus, inmunoresistente, se pueda originar en nivel colectivo con la de otras personas que se encuentran re infectadas, dado que la resistencia genética es dinámica contra la terapia actual y complicar su estado de salud al no recibir tratamiento antirretroviral. Esta adherencia busca en el tratamiento y en la persona, mejorar su calidad de vida pese a que padezcan de VIH (5).

Otros estudios en los cuales se ejecutan seguimientos, señalan que los factores que irrumpen con la efectividad de la adherencia previa a realizar el tratamiento antirretroviral, es: la presencia de personas jóvenes, que estas carezcan de soporte social, pertenezcan a nivel mediano y alto de pobreza. La falta de efectividad de la adherencia se relaciona también con factores que se hacen presente en el curso del tratamiento, como: estado emocional, la persona ingresa en un estado de depresión (6).

El SIDA, es considerado también un tipo de epidemia, causante del incremento de las tasas por mortalidad en personas de veinticinco a cuarenta años, datos de los años 1990 a 1995 en Estados Unidos. En cinco países de África, en los cuales se divide por el grupo de la población económicamente activa, se tiene que el número promedio de vida disminuyó en diez años. Este panorama se fue modificando dado que demás países incluían al tratamiento retroviral, y lo iban incorporando al plan de salud (7).

En la habana Cuba en el año 2015, se evidencio que la relación médico-paciente no propicia el establecimiento de estrategias conjuntas para garantizar el cumplimiento del tratamiento antirretroviral. Demostrando que las personas que viven con VIH presentaron una elevada necesidad percibida de apoyo social, poca satisfacción con la ayuda recibida e insuficientes expectativas de apoyo social (8).

En Madrid en el 2010, en un programa social se evidencio que el papel del apoyo social resulta muy importante tanto en el inicio, como en el mantenimiento de la adhesión una vez establecida, cumpliendo un papel

relevante también, en la pérdida de la misma, en pacientes con VIH-SIDA que reciben tratamiento antirretroviral (9).

Los gobiernos latinoamericanos, tiene como finalidad de su medidas de salud que el tratamiento antirretroviral sea para las personas que padezcan de VIH, o llamado SIDA, sea económicamente accesible, que se contribuya con mejorar la calidad de vida. Es importante que la adherencia se efectúa entre la persona y el tratamiento, consiguiendo un grado de efectividad, es decir, en un 95 % de adherencia (10)

En la Red de Salud Ilo para el año 2015 se registraron 21 casos nuevos, en el año 2016 se identificaron 20 casos nuevos y para el al año 2017 31 casos nuevos. La tasa de incidencia se incrementó de 19,7 a 23.3 x 100,000 hab., para el año 2017 (11).

Para el año 2016 en la región Moquegua se tiene registrados 121 casos de pacientes con VIH positivos (12), los cuales en su mayoría reciben TARGA pero existe un índice de abandono al tratamiento lo que no favorece la calidad de vida de los pacientes portadores.

En la región de Moquegua en el año 2017, se han registrado 13 casos nuevos en estadio VIH y 3 casos estadio SIDA (13).

La presente investigación fue conveniente realizarlo, dado que la incidencia del VIH-SIDA tiene una figura progresiva y resulta necesario mejorar la calidad de vida de los pacientes con esta enfermedad, por lo que se hace necesario conocer cuáles son los niveles de adherencia que presentan los pacientes y evaluar su nivel de apoyo social, con la finalidad de fortalecer las variables de apoyen la adherencia.

Es original y novedoso dado que a nivel regional y local no existen trabajos de investigación con las variables de estudios considerados en el presente trabajo de investigación, ni con las unidades de estudio.

La investigación tiene relevancia científica porque aporta nuevos conocimientos sobre la adhesión del tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/sida, para aportar estrategias de promoción, prevención y

educación familiar; lo que permitirá una mejor recuperación en adhesión al tratamiento.

La relevancia social está considerada por el aporte científico de la identificación del rol que tiene el apoyo social en la adhesión, para poder controlarlos con estrategias adecuadas permitirá aumentar esta adhesión y así garantizar una mejor calidad de vida del paciente con VIH/ Sida.

El aporte teórico está enmarcado en el nuevo conocimiento producto de la investigación, el mismo que permitirá aplicar estrategias a fin de mejorar las condiciones para favorecer la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH-SIDA.

Las limitaciones que presento el desarrollo de la investigación estuvieron básicamente en permiso de acceso a los pacientes, que requirieron un tiempo adicional para la entrevista. Finalmente se cumplió con el propósito de evaluar la adhesión al tratamiento antirretroviral y el apoyo social en pacientes con VIH/SIDA.

CAPITULO I

EL PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 DEFINICIÓN DEL PROBLEMA.

¿Cuál es la adhesión al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH/SIDA de la red de salud Ilo 2018?

1.2 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.

1.2.1. OBJETIVO GENERAL

- Asociar la adhesión al tratamiento antirretroviral y el apoyo social en pacientes con VIH/SIDA de la red de salud Ilo 2018.

1.2.2 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar los niveles de adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA de la red de salud Ilo.
- Determinar el apoyo afectivo y apoyo confidencial que presentan los pacientes con VIH/SIDA de la red de salud Ilo.

1.3. CUADRO DE OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

VARIABLE D.	DIMENSIONES	U. MEDIDA	U. MEDIDA	ESCALA
ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	CUMPLIMIENTO DEL TRATAMIENTO	Cumple 17-13 puntos	ESTRICTA > 85 puntos ADECUADA 85-81 puntos INSUFICIENTE 80-74 puntos BAJA < 73 puntos	ORDINAL
		No cumple 12-3 puntos		
	ANTECEDENTES DE LA FALTA DE ADHERENCIA	Sin antecedente 15-11 puntos		
		Con Antecedente 10-3 puntos		
	INTERACCIÓN MEDICO - PACIENTE	Adecuada 10-8 puntos		
		Inadecuada 7-2 puntos		
	CREENCIAS DEL PACIENTE	Favorable 45-34 puntos		
		Desfavorable 33-9 puntos		
	ESTRATEGIAS PARA RECORDAR LA TOMA DE FÁRMACOS	Favorable 1 punto		
		Desfavorable 0 puntos		

VARIABLE D.	DIMENSIONES	U. MEDIDA	U. MEDIDA	ESCALA
APOYO SOCIAL	AFECTIVO	Adecuado 25-17 puntos	APOYO SOCIAL NORMAL 32-55 puntos APOYO SOCIAL BAJO 31-11 puntos	NOMINAL
		No adecuado 16-5 puntos		
	CONFIDENCIAL	Adecuado 30-18 puntos		
		No adecuado 17-6 puntos		

1.4 HIPÓTESIS DE LA INVESTIGACIÓN

Es probable que la adhesión al tratamiento antirretroviral esté relacionado al apoyo social que presentan los pacientes con VIH/SIDA en la Red de salud Ilo.

CAPITULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN.

Abondano, V., realizó el trabajo de investigación: Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH-SIDA. Colombia 2006, donde la investigadora concluye que los factores predictores de la buena adherencia al tratamiento son la autoeficacia percibida para seguir el tratamiento antirretroviral, disminución de la carga viral del VIH, aumento de la cuenta CD4 y dentro de los factores de baja adherencia tenemos: trastornos psiquiátricos, la depresión el consumo de drogas, la preocupación por los efectos en la salud, bajo apoyo social, mala relación terapéutica (14).

Sullón, Y., desarrollo el trabajo de investigación: Apoyo Social Percibido y Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con Virus de la Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Nacional Dos De Mayo 2018, de la ciudad de Lima donde determinó que existe relación altamente significativa y positiva entre el apoyo social percibido y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad ($r=0.309$, $p<0.001$), se halló que la mayor cantidad de los pacientes evaluados, perciben niveles de Apoyo social máximo (75.4%), mientras que un menor porcentaje de los mismos perciben niveles de Apoyo social medio (24.6%) y sobre la adherencia al TARGA, se encontró que la mayor cantidad de pacientes se ubican en el nivel de Adherencia insuficiente (52.5%), mientras que un menor porcentaje de los mismos resultó con un nivel de Adherencia estricta (1.6%) (15).

Matute N., Realizó el trabajo de investigación: Factores predictores de la adherencia no adecuada al Tratamiento Antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital Regional Docente de Trujillo (2016), estudio en el cual concluye que los síntomas de depresión y el consumo de alcohol se configuran como forma de reacciones adversas que convierten a la adherencia como no adecuada en pacientes que padecen de VIH, y que reciben tratamiento antirretroviral de gran actividad (16).

Orellana E., realizo el trabajo de investigación: 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 (lima), estudio en el cual concluye, que los factores que garantizan la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, se estudió que los siguientes factores son eficaces, antecedentes de la falta de adherencia, cumplimiento del tratamiento, creencias del paciente, interacción médico paciente, estrategias para la toma de medicamentos (17).

Vilató L., et al, realizaron la investigación: Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/SIDA 2015, donde la caracterización de los niveles de adherencia permitió afirmar que estuvieron presentes los tres niveles de adherencia, el mayor porcentaje se obtuvo en la adherencia parcial con el 71,4 %, no adherido el 23.8% y totalmente adherido el 4.8% (8).

2.2. BASES TEÓRICAS

2.2.1 VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH)

El VIH, es Virus de Inmunodeficiencia humana, denominado como un lentivirus que pertenece a la familia Retroviridae, es el agente causal para que una persona padezca del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA). Se registran dos tipos de VIH1 y 2. , el VIH1, es aquel que se descubre originalmente, caracterizado por su infecciosidad y ser virulento, mientras tanto el VIH2, tiene menor

grado de contagio en el mundo, generalmente solo se presenta en países de África Occidental (18).

2.2.2 ETIOLOGÍA

El virus de la inmunodeficiencia humana 1 (VIH-1), de la familia de los retrovirus, prototipo de la subfamilia de los lentivirus, ha sido claramente identificado como la causa primaria del SIDA. Estos agentes producen infecciones notables, ya que causan compromiso del sistema nervioso, poseen largos periodos de latencia, una ineficaz respuesta inmune, unido a una gran complejidad de su genoma. El VIH-1 se transmite por contacto sexual, exposición a sangre o productos sanguíneos infectados y perinatalmente de la madre al hijo. Aunque ha existido una gran atención a la transmisión homosexual, se ha observado en los últimos años un aumento en la transmisión heterosexual, llegando al punto de que en la actualidad cerca del 60% de los casos nuevos se transmiten por relación heterosexual. El VIH-1 es el virus más estudiado de la historia de la humanidad. Entre 1982 y 1984 la enfermedad estaba ya definida epidemiológica, clínica y patológicamente (19).

El origen etiológico se halló en 1984, el gen del VIH fue clonado y secuenciado, y el primer inhibidor del virus, la zidovudina (AZT), se desarrolló por esta época. El SIDA se ha convertido en pocos años en una verdadera emergencia sanitaria; el desarrollo de una terapia eficaz y el logro de una vacuna efectiva se han convertido en la mayor prioridad médica en las postrimerías del siglo XX (19).

2.2.3 Epidemiología

ONU SIDA, informa mediante su registro que en el mes de junio del 2015, se reportó 15, 8 millones de personas que padecían el VIH, sin embargo, viven teniendo accesibilidad al tratamiento antirretroviral,

colaborando con los 13, 6 millones de sujetos que se registraban hasta junio del 2014 (20).

En el Perú, cuando se inició la epidemia del SIDA o VIH, aproximadamente en el año 1983, hasta los registros del 30 de septiembre del año 2015, se han notificado 33, 535 casos de SIDA, asimismo se registró 59, 276 casos de infecciones de VIH. Es así pues que el Perú se considera el segundo país con mayor incidencia en cuanto a esta enfermedad. En el año 2015, de acuerdo a un estudio, se determinó que la transmisión del SIDA, se ocasiona por transmisión de la vía sexual obteniendo como resultado un 97 %, el mismo que indica que las relaciones sexuales sin protección, es la vía más próxima a la exposición de contraer VIH en el Perú (21).

El Ministerio de Salud del Perú, a comienzo del año 2015, informó que existe más de 65 000 personas que viven padeciendo VIH/SIDA, el 97 % de los casos registrados son causados por transmisiones sexuales, Las regiones del Perú que presentan números elevados de personas con VIH, son Lima y Callao, con aproximadamente el 70 %., seguido de las regiones de Loreto y Arequipa. Se considera a los hombres como la población que se caracteriza por tener mayor riesgo, dado que tienen sexo entre ellos mismo, el grupo de las trabajadoras sexuales, así como los grupos transexuales (22).

2.2.4 Fisiopatología del VIH/SIDA

La patogénesis de la infección, se da de acuerdo al ciclo de vida de la persona, al número de virus que se encuentran presente en el ser infectado, al ambiente en donde la célula se hospeda. El ciclo vital del VIH, se estructura, entre unión y fusión: El virus suele afectar generalmente a las células que se caracterizan por tener la superficie con moléculas de superficie con receptores CD4, siendo utilizados por el virus para su ingreso en la célula. La glicoproteína monométrica CD4, se identifica en los linfocitos con un 60 %, asimismo, en la médula ósea, el timo, los macrógrafos, monocitos, el sistema nervioso central, las células microglía y dendríticas.

El Virus de Inmunodeficiencia Humana, se unifica con el receptor CD4, así como al T CD4, es decir, a uno de los co-receptores del linfocito, existiendo luego una adherencia por fusión para su ingreso a la célula. Existe la clara probabilidad de infectarse por la cantidad de viriones que se transmite en el fluido corporal, considerando también el número de células CD4 que se encuentra presente en el momento de lugar de contacto (23).

Para que se propicie el ingreso del virus a la célula huésped, en primera instancia debe darse la unión de la gp 120 – ella debe ir impregnada a la envoltura del virus – al receptor CD4, produciéndose una transformación que conforma de gp120, en el cual se expone los lugares de unificación del correceptor.

Los virus, como el T- tróficos, se suscita la infección de forma principal a las células periféricas, las que activan al T CD4, utilizando como co receptor de citoquina CXCR4 con la finalidad de ingresar a las células de CD4, interfiriendo con las vías de transducción, generando el proceso de apoptosis de la célula T CD4 (23).

Después del proceso de fusión el virus segrega material genético (ARN) en el interior de la célula huésped, por lo que resulta importante que se encuentre presente la proteína transmembrana gp41, dado que así se lleva el proceso de fusión entre la membrana celular y viral (23).

La explicación del por qué determinadas personas son resistentes al proceso de infección del VIH, es a causa de las mutaciones de las citoquinas. La mayoría de los individuos que tienen un defecto genético en CCR5, son caracterizados por su resistencia a la infección por VIH-1. Se ha logrado identificar la variante de las mutaciones de citoquinas, en donde se incluye el CCR2-64I, CCR5-delta32, CCR5-P1, teniendo como a ligando principal conocido como SDF-1-3'A denominado también como CXCR4.

Transcripción inversa:

Cuando el VIH-1 ingresa en las células T que se encuentran inactivas, se asemejan al proceso de ingreso del VIH-1 en las células activas. No obstante, cuando se produce el proceso de síntesis del ADN del VIH-1, permanece incompleta en las células activas.

La conversión de ARN tiene como característica viral, al ADN proviral, ambos se encuentran mediados por la enzima viral transcriptada de forma reversa (TR), este proceso de conversión se produce en el citoplasma de la célula blanca, forma parte importante del ciclo de replicación. Se obtiene como resultado del precedente proceso, una doble cadena de ADN del VIH, encontrando en los extremos, regiones terminales repetidas (LTR). El proceso de integración, es un nuevo ADN creado, se incorpora en el núcleo de la célula huésped, en donde se encuentra una enzima del virus, a la que se le denomina integrasa, cubre el ADN vírico dentro del ADN que se encuentra incorporado en la célula huésped, a este se le llama provirus, este tiene la función de generar copias de VIH nuevas, sin embargo, se en algunos contextos se puede encontrar inactivo, por el lapso de varios años. El proceso de transcripción se da al momento en que la célula huésped recibe una señal de activación, momentos en donde el provirus hace utilidad de la polimerasa del ARN (enzima del huésped), con el objetivo de crear réplicas del genoma del VIH, así como las partes más cortas del ARN, más conocidas como ARN mensajera = (ARNm). El ARNm, se utiliza como prospecto o modelo para que se creen cadenas extensas, con contenido de proteínas del VIH. El proceso de Ensamblaje: la proteasa es una enzima, la cual tiene función de dividir las cadenas extensas que contienen proteínas del VIH, convirtiéndolas en individuales de tamaño pequeño. De acuerdo la formación de las proteínas del VIH de tamaño mediano se compone de partículas nuevas, dado que se ensamblan con réplicas de ARN del VIH. El proceso de Gemación se da cuando el virus nuevo incorporado se retira de la célula huésped. En el transcurso de este proceso, el nuevo

virus, se sitúa en la parte externa de la célula, ocupando parte considerable de su envoltura, cubriéndola, de esta circunstancia se genera la combinación entre la proteína y el azúcar, denominados como glucoproteínas del VIH. Vienen a ser necesarias para promover la unión entre el receptor CD4 y los correceptores. Existe la posibilidad de que las réplicas del VIH infecten a otras células (24)

2.2.5 CLINICA

El proceso progresivo de la infección por VIH (17):

A. Fase Latente.- El virus puede encontrarse latente por varios años. Eso se debe a la continua réplica viral y al estado de reinfección de células huésped, incrementadas. El VIH, se ubica por corto tiempo de vida en el plasma del organismo, así como en las células que se encuentran infectadas. No obstante, cuando el VIH se encuentra en la etapa media, la vida del plasma es por un lapso tardío, SIDA se prolonga por días aproximadamente. El ciclo de viremia, necesita que sea una persistente y continua reinfección en los leucocitos CD4, con copias virales, así como cambios celulares. Este cambio de células, se denomina, re cambio del VIH, la función de los linfocitos en esta situación genera nuevas cepas de VIH, y esto se produce por la mutación del virus.

b. Fase de surgimiento y desarrollo de la infección.- Cuando se retira de su latencia el VIH en la etapa clínica, se caracteriza por el número mínimo de linfocitos T CD4 y el aumento de viremia.

Cuando exista cantidad de célula significativa, de tipo T CD4 destruida, y una nueva producción de células T CD4 no llegue de destruirse, nos encontramos en una complicación del sistema inmune, por tanto, se dispone etapa del SIDA clínico. El cuadro del SIDA clínico, se asimila años posteriores a la infección inicial, se evidencia por la aparición de más de na infección típica o neoplasmas. En el momento que disminuye la CD4 en el proceso del SIDA tardío, aún se ubican espacios en donde se produce la copia viral. En el momento

que las células T se activan, cabe la posibilidad de que aumenten los niveles del elemento intracelular kappa B, el mismo que incrementa y se genera la transcripción proviral y los viriones

Desde el inicio de la infección a la etapa del SIDA clínico en las personas adultas, generalmente tiene como plazo de ocho a diez años. Aparecen los síntomas y los signos del SIDA paralelamente a las pruebas del CD4. Cuando se disminuye el CD4 por debajo de 500/ μ L, evidencia claramente el SIDA clínico, y en el caso que disminuya menos de 200/ μ L, es un indicador, no solo del inicio del SIDA clínico, sino también de las enfermedades diversas. Es un indicador exacto. La sangre periférica, controlando el ARN – VIH1.

Los polimorfismos genómicos en los receptores de citoquinas pueden jugar un papel importante en la progresión a SIDA.

c. Fase de Superinfección.- Ya en este plano, nos encontramos a diversos sub tipos de VIH, afectando al tratamiento, y en consecuencia a su evolución viral. Cuando el paciente interrumpe su tratamiento, se genera un cúmulo de infecciones.

En ocasiones, se genera la segunda infección posterior a tres años de la infección inicial, ello restringe el periodo. Ello puede ser controlado de acuerdo al riesgo en el cual nos veamos expuestos, se da en dos aspectos:

1. El comportamiento del riesgo
2. Prevalencia del Virus.

En la mayoría de pacientes que se encuentran en la fase de superinfección, una de ellas, conlleva a otra de manera inmediata (17).

2.2.6 TRANSMISION

Las personas seropositivas, tienen mayores posibilidades de tener una vida más prolongada, dado a los adelantos del tratamiento. Se

produce también una mejora en su calidad de vida. El tratamiento que se proporciona a los pacientes con VIH, refiriéndonos al tratamiento antirretroviral, evita que se originen más transmisiones del VIH (2)

2.2.7 DIAGNÓSTICO

El 50 y 70 % de habitantes que padecen de la infección del VIH, se caracterizan por un agudo síndrome clínico, que tiene como duración transitoria tres a seis semanas posteriores de la primoinfección. Las complicaciones clínicas, revisten de gravedad, correspondiendo a consecuencias de la infección viral de grado agudo, comparándose en algunas ocasiones a un mononucleosis de infección aguda. Estos síntomas son constantes por el transcurso de 1 a más semanas, se desarrolla un resultado inmune al virus, disminuyendo la viremia, optándose por la recuperación de la mayor cantidad de pacientes. Este síndrome se caracteriza por el conjunto de alteraciones, trastornos inmunitarios, alteración con los linfocitos circulantes. Disminuyendo al principio los linfocitos (CD4+ y CD8). Más tarde aparece una inversión del cociente CD4+/CD8+ debido a la elevación de las células T CD8+. Los linfocitos tienen la posibilidad de tener un número elevado, sin embargo, los linfocitos TCD4+ disminuyen generalmente, no obstante, en ocasiones se da un rebrote leve. Adenopatías reaparecen en aproximadamente del 70 % de casos del origen de la primoinfección del VIH. Posterior a la primoinfección, tiene como tiempo, diez años en pacientes que no han sido tratados. El VIH, para que se active la réplica del virus, procede en periodos en donde no se evidencie síntomas (Faucy, 1993).

El progreso rápido de la enfermedad se relaciona directamente con el nivel del ARN del virus, de ello depende también la replicación. Cuando se presente casos, en donde los pacientes evidencien niveles incrementados de ARN, progresa de manera rápida la enfermedad, con la presencia de síntomas (25).

2.2.8 TRATAMIENTO

Los fármacos que forman parte del tratamiento antirretroviral, se caracterizan por ser medicamentos retrovirus del VIH, para combatir las infecciones provenientes del SIDA. El VIH se mide por etapas, por tanto, se administra al paciente, de acuerdo a su etapa que corresponde al proceso del tratamiento. Existen dos grupos de fármacos antirretrovirales, los cuales se encuentran disponibles, se tiene:

1. Los inhibidores de la TI, de transcriptasa inversa
2. Inhibidores de proteasa.

El primer grupo actúan como análogos o no de nucleósidos (26).

Existen diversos medicamentos antirretrovirales desarrollan diferentes reacciones de acuerdo a la fase del VIH, y ciclo de copia viral. La conversión del ARN en ADN, se genera por el proceso de transcripción inverso, se tiene como protagonista a la transcriptasa inversa, que es una enzima, la misma que promueve el proceso de transcripción. Existen medicamentos antirretrovirales que actúan como inhibidores, estos son los denominados nucleósidos, como AZT o zidovudina, ddI o didanosina, 3TC o lamivudina y D4T, estavudina, estos en algunas ocasiones reaccionan contra las enzimas encargadas de la síntesis del ADN, también los nucleóticos tienen contacto con la enzima del retrovirus, este proceso genera efectos secundarios o adversos (27).

No se consideran como medicamentos curativos a aquellos que inhiben la acción que produce la transcriptasa, dado que solo tiene el efecto de detener el proceso evolutivo de la enfermedad. El TARGA, tiene diversas funciones, entre ellas, debe suprimir de manera efectiva y prolongar que se efectúe el proceso de copia viral, obteniendo como resultado el aumento de linfocitos TCD4, produce cierto retardo en la progresión clínica, mejora las funciones del sistema inmunológico, prolonga el tiempo de vida (28).

Cuando se apertura el programa del tratamiento antirretroviral de gran actividad, se consigue suprimir máximamente la replicación viral, la misma que trae con ellos beneficios clínicos, constituyendo una efectiva estrategia, dado que reduce el cuadro de mortalidad, mejora el prospecto de vida de las personas que se encuentran infectadas con el VIH. Los pacientes pueden o no ingresar al TARGA, depende de ellos, es una decisión propia. La iniciación con el TARGA, debe entenderse que el personal de la salud debe de poner en conocimiento al paciente de sus beneficios, así como también sobre sus efectos secundarios, por tanto, debe ser discutida.

La efectividad del tratamiento al inicio depende del estado clínico, virológico e inmunológico del paciente, se incorpora como elemento principal el compromiso de ejecutarlo. Se consideran los siguientes criterios: El paciente debe de tener como nivel de carga viral > 55.000 réplicas/ml, o se recuente las células de TCD 4 < 2000 células/mm³. Se ejecuta en pacientes que no presente síntomas, con recuento de las células TCD 4 $=30 >200$ células/mm³.

Cuando el paciente decida ingresar al TARGA, este será evaluado por el comité de expertos, y accederá al tratamiento con la condición de que cumpla con los requisitos siguientes: Tenga una carga viral > 55.000 réplicas/ml, disminución significativa en el recuento de las células TCD 4 igual o mayor de 100 células/mm³, la misma que debe ser supervisada cada tres meses, caracterizando, carga viral > 55.000 réplicas/ml.

El procedimiento en pacientes que no presenten síntomas se ejecuta el recuento de células TCD 4, superando la cantidad de 200 células/mm³, caracterizado con una carga viral < 55.000 réplicas/ml, monitoreadas por especialistas cada tres a seis meses, también se debe de evaluar el estado virológico e inmunológico del paciente, para diagnosticar la progresión del tratamiento y la infección (29).

Al ingresar al TARGA, este significa en la persona que se encuentra con la infección, el incremento de la supervivencia, la mejora en la calidad de vida, se minimiza las complicaciones que se asocian a la

enfermedad, se reduce la letalidad. La enfermedad del VIH se convierte en tratable y ya no una enfermedad terminal.

2.2.9 ADHERENCIA AL TRATAMIENTO

La adherencia en pacientes infectados por el VIH, se define como aquel nivel en comportamiento de un ser humano, en donde se ajusta al momento de ingerir de manera adecuada los medicamentos antirretrovirales, el cual requiere de un régimen de alimentos, ello conlleva a diversos cambios en la vida de la persona infectada, con infinidad de recomendaciones en las dinámicas de su estilo de vida (30).

Son beneficiados las personas infectadas con la accesibilidad al tratamiento antirretroviral, con medicamentos y fármacos, con ello se busca la mejora de la calidad de vida y por ende el estado de su salud, asimismo, las personas seropositivas, tienen aún más posibilidades de vida. Se tiene que las personas que siguen un tratamiento con antirretrovírico, limita y no permite las transmisiones del virus materia de estudio (2).

El acceso al tratamiento antirretroviral, tiene una gran importancia, por su valor real de proporcionar al paciente la mejora de vida, así como su prolongación vital (31).

Para que los retrovirales tengan un tratamiento eficaz, estos fármacos deben administrarse en conjunto, es decir, de forma combinada, esto es conocido como Terapia Antirretroviral de Gran Actividad denominada TARG. Se recomienda que se asocien dos análogos de nucleósidos, con el tipo de inhibidor de proteasa (32).

2.2.10 REACCIONES ADVERSAS

Los factores que se adhieren al tratamiento, se han visualizado asociaciones significativas sobre el régimen de inhibidores de proteasa, en función a la cantidad de pastillas que se administran al día y las reacciones adversas. El tratamiento antirretroviral tiene como duración determinada, de acuerdo a la relación inconsistente que se

presente. Factores que se encuentran inmersos con la enfermedad del VIH, célula CD4, el tiempo que dure la infección del VIH, el diagnóstico del SIDA, no son parte de la adherencia (33).

2.2.11 APOYO SOCIAL

El apoyo social se ha mostrado como uno de los elementos a considerar tanto en el programa de mantenimiento con metadona como en la adhesión a la TARGA. Con el objetivo de conocer las relaciones dinámicas que se dan entre apoyo social y adherencia en la que se indaga acerca del apoyo social percibido por parte de los pacientes en relación con su familia/pareja (9).

Con respecto al apoyo social, tanto por parte de la familia como de los profesionales, se percibe una ligera reducción con el paso del tiempo, pero sobre todo se encuentran diferencias entre los grupos de adherencia. Así, la evolución más llamativa del apoyo familiar se encuentra en los grupos que hacen cambios positivos en cuanto a la adherencia terapéutica, porque son los que presentan una mayor reducción del apoyo social.

Se han detectado diferencias significativas en la calidad de vida de las personas con infección por el VIH según el nivel de apoyo social que presentaban; en concreto, aquellos con un bajo apoyo social han presentado una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor estrés relacionado con la salud, peor funcionamiento cognitivo y experimentaban peor salud física y emocional que en el mes anterior.

El apoyo social es una variable importante en la comprensión del bienestar y calidad de vida de las personas con infección por el VIH. Dirigir esfuerzos para la mejora de este recurso personal contribuye directamente a un aumento de la calidad de vida de estos pacientes (34).

El fenómeno del apoyo social es, desde los años setenta, uno de los temas que mayor atención acaparan entre los investigadores de las ciencias de la salud. Dicho interés nació por razones de índole empírica que derivaron de los datos que apuntaban a su utilidad para el mantenimiento de la salud y la mejora de la enfermedad. Específicamente, el apoyo social fue postulado como una importante variable para la prevención de las psicopatologías y de las enfermedades en general a través de la denominada *buffering hypothesis* (hipótesis amortiguadora). En otras palabras, se ha discutido que, al lidiar con condiciones vitales estresantes, las personas que pueden contar con apoyo social lo harán mejor que aquellas que carecen (34).

Finalmente, Vaux (1990) señala que el apoyo social como tal no es medible, pero identifica varios conceptos relacionados con el apoyo social que a su parecer sí se pueden medir, a saber: a) recursos de la red social de apoyo (conjunto de personas que rutinariamente asisten a un individuo en caso de necesidad); b) conductas de apoyo (actos específicos de apoyo); c) valoración del apoyo (evaluación subjetiva respecto a la cantidad y contenido de los recursos de apoyo disponibles); d) orientación del apoyo (percepción sobre la utilidad y los riesgos de buscar y encontrar ayuda en una red social). Lo que es claro hasta ahora es que no existe consenso respecto a la definición de este concepto, y que éste se refiere a un complejo fenómeno, compuesto por varias dimensiones, que se asocia con la salud de los individuos. Sin embargo, la investigación sobre el apoyo social sostiene que la presencia o ausencia del apoyo social afecta diferencialmente la salud de los individuos. La naturaleza de esta relación explicaría por qué los individuos con relaciones de apoyo (en forma de familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones (35).

2.2.12 FACTORES SOCIODEMOGRÁFICOS

En las variables socio demográficas, este tema se encuentra asociado con la adherencia del TARGA, siendo también un variable más estudiado como el sexo de la persona que se infectó. Los resultados no son únicos, los numerosos estudios han obtenido como resultado que existe una inadecuada adherencia en mujeres que en los hombres (36)

Como diferencias evidentes entre las variables se atribuye el factor hormonal, el peso, la forma del cuerpo, el metabolismo, la absorción, las variables socioeconómicas, los trastornos psiquiátricos que se puedan presentar, la adicción a sustancias psicotrópicas, tóxicas y alucinógenas, o la aparición de efectos adversos. En relación a las variables de adherencia, se tiene al trastorno mental, el sexo, y entre otros estudios más, se ha concluido que el estado depresivo en la persona infectada tiene valor elemental, así como la frecuencia del tratamiento psiquiátrico tanto mujeres como hombres (37).

Una variable considerativa también es la edad de la persona, es decir, elemento socio demográfico frecuente, asociado a la adherencia de TARGA. Este se caracteriza por potenciar el nivel de adherencia. Entre autores, diversos estudios concluyen que la edad, es decir, que a menos edad, existe menor grado de adherencia, registrándose así como edad propicia, la edad media del ciclo vital. El nivel socio cultural, nivel de instrucción bajo, se asocia significativamente con la mínima causa de adherencia (38).

Por lo tanto, es de suma importancia contar con un estudio estable que se verifica la óptima adherencia. La pobreza tener espacio en el estudio como nivel social que trae como consecuencia una mala adherencia. Mills, al realizar un meta análisis, compara la adherencia entre el tratamiento antirretroviral que se suscitó en África Subsahariana como también en Norteamérica, concluyendo que el

estado de pobreza, no tiene consecuencia en la adherencia al tratamiento. Siendo relevante otras variables, como la relación existente entre el la terapia, el personal de salud y el paciente infectado, el estado psíquico de la persona que no se trata, el incremento de consumo de las sustancias psicotrópicas, resultando ellas, responsables de la no adherencia entre el tratamiento y la persona, que carecen de elementos económicos en Norteamérica (39)

2.2.13 TEORIA DEL AUTOCUIDADO DEL DOROTEA OREM

En la teoría del autocuidado, se toma a la persona de manera íntegra en su totalidad, ubicando los cuidados básicos que necesita, el fin del autocuidado, es que se le brinde al ser humano la ayuda que requiera para la prolongación, mejor y calidad de vida. La labor del enfermero se caracteriza por ser la profesión del arte de ayudar , de actuar en situaciones de emergencia, cuando una persona que se encuentre incapacitada de realizar las funciones de la vida por su propia cuenta, este personal se encuentra dispuesto a brindar y desarrollar su labor, colaborando con el ser humano, con acciones de autocuidado, preservando la vida del paciente, proporcionando medidas para la recuperación de la enfermedad, y actitud para afrontar las consecuencias de las enfermedades que padecen, establece una relación paciente – enfermera. Este personal conoce y respeta la dignidad humana, es tolerante, cumple con el principio del consentimiento informado con el paciente, es confidencia, cumple con el credo, la veracidad y la intimidad de los pacientes, planifica e implementa su propia atención de salud (40).

Se especificó el principal y real objetivo de la enfermería, dado por el estudio del trabajo teórico de Orem, en donde la teoría de la expresión se divide en tres, como las siguientes:

- Teoría del autocuidado.- caracterizándose como la actividad de la persona que se encuentra orientada a cumplir un objetivo. Conducta guiada para reaccionar en situaciones de la vida, en donde la persona misma se dirige, hacia ella o su entorno, con la finalidad de regular elementos externos como internos que afecta su desarrollo como de aquellas personas que lo rodean, con finalidad de brindar el beneficio de salud y vida (41).
- Teoría de déficit de autocuidado: esta teoría reside en las propiedades del ser humano, de aquellas que requieren de tratamiento terapéutico de autocuidado, así como la actividad del mismo, desarrollando actividades que capacitan a la persona a identificar que autocuidado es no el adecuada, conociendo los componentes de la necesidad terapéutica del autocuidado existente (42).
- Teoría de los Sistemas de Enfermería: Determinadas necesidades de autocuidado que debe de realizar la enfermera, son por motivos de limitación e incapacidad.

3.3. MARCO CONCEPTUAL

- **Adhesión al Tratamiento**

Es la capacidad que presenta el paciente que recibe tratamiento antirretroviral de cumplir y aceptar indicaciones para el cuidado de su salud, bajo circunstancias adecuadas.

- **Cumplimiento al Tratamiento**

Es la capacidad del paciente de llevar y recibir un tratamiento antirretroviral en forma regular.

- **Antecedentes de la Falta de Adherencia**

Es la representación de historial del paciente de haber dejado de cumplir anteriormente algún tratamiento antirretroviral.

- **Interacción Medico Paciente**

Es la relación que percibe el paciente con el médico y la identificación con sus problemas de salud.

- **Creencias del Paciente**

Es la idea propia que tiene el paciente en relación al tratamiento antirretroviral y su cumplimiento.

- **Utilización de Estrategias para Recordar**

Es el proceso o tácticas que maneja el paciente para recordar la toma de tratamiento antirretroviral.

- **Apoyo Social**

Es la presencia de la red familiar y amical que favorece al paciente que se encuentra en tratamiento antirretroviral.

- **Afectivo**

Es la percepción de lazos afectivos que presenta el paciente que se encuentra en tratamiento antirretroviral.

- **Confidencial**

Es la confianza que percibe el paciente en relación al apoyo social en el proceso del tratamiento antirretroviral.

CAPITULO III

MÉTODO

3.1. TIPO DE INVESTIGACIÓN

El presente trabajo de investigación es de tipo no experimental, dado que no se manipula la variable independiente, es de corte transversal porque se realizó la recolección en un solo momento, prospectivo porque el análisis se realizó a partir del inicio del estudio y analítico, porque se evalúa el comportamiento de dos variables.

3.2. DISEÑO DE INVESTIGACIÓN

Se enmarca en un estudio de nivel relacional, porque mide la relación que existe entre la variable adhesión al tratamiento antirretroviral y el apoyo social. Corresponde a un diseño asecurado de asociación

3.2. POBLACIÓN Y MUESTRA

La presente investigación se realizó en la Red de Salud Ilo. La población de estudio está conformada por el 100% de pacientes de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS- VIH/SIDA, que ingresaron al TARGA, aproximadamente 50 pacientes, de los cuales 3 pacientes no participaron en la investigación por diferentes motivos de exclusión.

No se utilizó muestra dado el tamaño de la población, ingresando todos los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, que reciban tratamiento antirretroviral.

CRITERIOS DE INCLUSIÓN

- Personas con diagnóstico de VIH/SIDA mayores de 18 años de ambos sexos.
- Personas que estén recibiendo tratamiento antirretroviral durante un tiempo no menor de 3 meses.
- Pacientes que firmen el consentimiento informado.

CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

- Personas con alteraciones mentales

- Personas que teniendo los criterios de inclusión, no deseen participar en la investigación.

3.3. TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

La técnica que se utilizó es la encuesta, a través de una entrevista estructurada, los instrumentos que se utilizaran son 02 cuestionarios.

Se utilizó dos instrumentos, para la variable dependiente se hizo uso del cuestionario de los factores de evaluación a la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral, para la variable independiente se utilizó el Test de Duke UNC: 11 – Valoración de apoyo social

Título del instrumento utilizado para la variable dependiente: cuestionario de valoración de los factores de evaluación a la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH), desarrollado y validado por Tafur en Perú; con un alfa de Crombach = 0,706.

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

El cuestionario abarca 5 dimensiones: cumplimiento del tratamiento, antecedentes de la falta de adherencia, interacción médico paciente, creencias del paciente y utilización de estrategias para recordar la toma de fármacos.

Los puntajes fluctúan de 17 a 89 puntos, categorizándose como baja adherencia (≤ 73 puntos), Adherencia insuficiente (74 a 80 puntos), Adherencia adecuada (81 a 85 puntos) y Adherencia estricta (> 85 puntos).

El instrumento abarca 5 dimensiones:

Nº	Dimensión	Ítems
1	Cumplimiento del tratamiento	5, 12
2	Antecedentes de la falta de adherencia	1, 2, 3, 4
3	Interacción médico paciente	6,13
4	Creencias del paciente	7, 8, 9, 10, 11, 14, 15, 16,18
5	Estrategias para recordar la toma de fármacos.	20

La variable está considerada con puntajes fluctúan de 17 a 89 puntos, categorizándose como:

Baja	(≤73 puntos)
insuficiente	(74 a 80 puntos)
Adecuada	(81 a 85 puntos)
Estricta	(>85 puntos)

Título del instrumento utilizado para la variable independiente: Test de Duke UNC: 11 – Valoración de apoyo social

Se trata de un cuestionario validado que recoge la opinión de la persona entrevistada acerca de la disponibilidad de las personas capaces de ofrecerle ayuda en situación de dificultad, así como de facilidades para la relación social y para poder comunicarse empática y emotivamente. Comprende las dimensiones: afectiva, y confidencial

Es un cuestionario estructurado de autoevaluación, sencillo y breve, validado en español, con una consistencia interna medida con el Alfa de Cronbach de 0.92 (43).

DESCRIPCION DEL INSTRUMENTO

Consta de 11 ítems, evaluado mediante una escala de Likert con 5 opciones de respuesta, puntuadas de 1 a 5 (desde mucho de lo que deseo hasta mucho menos de lo que deseo). El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos (43).

Se realiza su interpretación, así:

- Se trata de un cuestionario que consta de 11 ítems y una escala de respuesta tipo Likert (1-5).
- El rango de puntuación oscila entre 11 y 55 puntos.
- La puntuación obtenida es un reflejo del apoyo percibido, no del real. A menor puntuación, menor apoyo.
- Una puntuación igual o mayor a 32 indica un apoyo normal, mientras que menor a 32 indica un apoyo social percibido bajo.

DESCRIPCION	ITEM
APOYO TOTAL	Del 1 al 11
APOYO CONFIDENCIAL	1,4,6,7,8 y 10
APOYO AFECTIVO	2,3,5,9 Y 11

Para valorar el apoyo confidencial existen con puntuación total de 30; más de 18 puntos significan un adecuado apoyo confidencial.

El apoyo afectivo del cuestionario, con una puntuación total de 25. Se considera apoyo afectivo adecuado si obtenemos más de 17 puntos en este apartado.

El punto de cohorte establecido por los autores para considerar percepción de apoyo social es de 32 puntos en adelante.

PROCEDIMIENTO PARA LA RECOLECCIÓN DE DATOS

1. Se realizó la entrega de la carta de presentación a la Red Ilo, para la coordinación con la responsable de la estrategia control y prevención del VIH/SIDA a nivel de Ilo.
2. La Enfermera responsable de la estrategia de la Red de Salud Ilo, coordino con la responsable del C. S. Alto Ilo, lugar donde se administra el tratamiento TARGA a nivel ILO.
3. Se Coordinó con la responsable de la administración del tratamiento TARGA ILO, para establecer fechas y días de recolección de información.
4. Los días que se establecieron fueron de lunes a viernes de 8 a 12 horas, por el lapso de 02 meses.
5. Se realizó la entrevista a los pacientes que reciben tratamiento TARGA, previo consentimiento informado.
6. Se procedió a recolectar los datos, se aplicó los instrumentos, para adhesión al tratamiento y apoyo social.
7. Se realizó el análisis correspondiente.

3.5 TÉCNICAS DE PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE DATOS

En el presente estudio es de tipo cuantitativo, los datos son susceptibles a ser medidos y han sido sometidos a un análisis descriptivo a través de tablas de frecuencias absolutas y relativas; para la realización de la estadística inferencial y la comprobación de la variable adherencia del antirretroviral y apoyo social, se trabajó con un nivel de significancia del 5%., haciendo uso de la prueba de Chi cuadro de Pearson. Para lo que se utilizó el software estadístico informático SPSS en su versión 23 para el procesamiento de la base de datos, también recurrimos al software Microsoft Excel perteneciente al paquete ofimático Microsoft Office a través de sus hojas de cálculo, para la presentación de resultados.

CAPITULO IV

PRESENTACION Y ANALISIS DE LOS RESULTADOS

Los resultados de la presente investigación se muestran en tablas estadísticas, para permitir realizar el análisis de la información general y tablas de contrastación de hipótesis.

4.1 PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

El análisis de los resultados de la investigación, se realizó basándose en los objetivos e hipótesis planteados.

- ✓ Tablas y gráficos de información general.

TABLA 1
DISTRIBUCION DE LA POBLACION DE PACIENTES CON TRATAMIENTO
ANTIRRETROVIRAL. RED DE SALUD ILO 2018

Sexo	N°	%
Femenino	10	21.28
Masculino	37	78.72
Edad		
19-28 años	16	34.04
29-38 años	11	23.40
39-48 años	9	19.15
49-58 años	7	14.89
59-69 años	3	6.38
70-75 años	1	2.13
Total	47	100.00

De la Tabla 1, respecto del estudio de adhesión al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH /SIDA, según sexo, más de tres cuartas partes corresponde al sexo masculino con 78.7% y casi una cuarta parte al sexo femenino con 21.3%.

Por otro lado, según grupo etario, se encuentran distribuidos desde los 19 a 75 años de edad. Se obtiene como resultado que el mayor porcentaje lo tiene, desde los 19 a 28 años de edad con el 34, 04 %; asimismo, seguido de 29 a 38 años de edad con el 23, 40 %; el menor porcentaje personas que cuentan con 70 a 75 años de edad, con el 2, 13 %.

TABLA 2

DIMENSIONES DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA. RED DE SALUD ILO 2018

Cumplimiento del tratamiento	N°	%
Cumple	25	53.19
No cumple	22	46.81
Antecedentes de Falta de Adhesión		
Sin antecedente	39	82.98
Con antecedente	8	17.02
Interacción Médico-Paciente		
Adecuada	19	40.43
Inadecuada	28	59.57
Creencias del Paciente		
Favorable	31	65.96
Desfavorable	16	34.04
Estrategias para recordar toma de fármacos		
Favorable	19	40.43
Desfavorable	28	59.57
Total	47	100.00

De la Tabla 2, se observa que la población de estudio de adhesión al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH /SIDA, según el cumplimiento del tratamiento, se tiene que casi la mitad con un 46,81 % no cumple con el tratamiento determinado, y el 53, 19 % cumple con el tratamiento.

En relación a los antecedentes de la falta de adhesión, de acuerdo al presente estudio, se tiene que 8 de cada 10 (82, 98 %) no tiene antecedentes de falta de adhesión, y casi 2 de 10 (17, 02 %) cuentan con los antecedentes de falta de adhesión al tratamiento.

En cuanto a la adhesión al tratamiento antirretroviral, según la interacción médico – paciente, se tiene como resultado, que más de la mitad, es decir el 59, 57 %, es inadecuado y el 40.43 % adecuada.

Según la dimensión de creencias del paciente referente a la adhesión al tratamiento antirretroviral, se tiene que el 65, 96 % es favorable; respecto a las estrategias para recordar la adhesión al tratamiento antirretroviral, se tiene que el 59, 57 % es desfavorable.

TABLA 3
NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN
APOYO CONFIDENCIAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA
RED DE SALUD ILO 2018

Nivel de Adhesión	Apoyo Confidencial					
	Adecuado		No adecuado		Total	
	N	%	N	%	N	%
Baja	15	44,12%	10	76,92%	25	53,19%
Insuficiente	9	26,47%	3	23,08%	12	25,53%
Adecuada	7	20,59%	0	0,00%	7	14,89%
Estricta	3	8,82%	0	0,00%	3	6,38%
Total	34	100,00%	13	100,00%	47	100,00%

Fuente: Elaboración propia

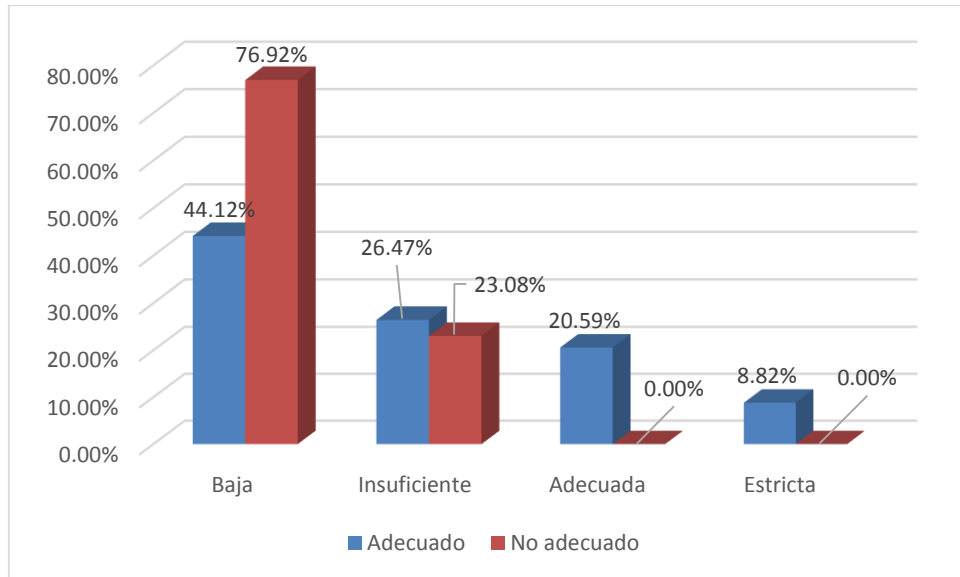
Chi – cuadrado de Pearson: 5.77

p – valor: 0.123

El nivel de adhesión en pacientes con tratamiento antirretroviral es baja más de la mitad con 53.19%, insuficiente una cuarta parte con 25.53%, adecuada un 14.89% y estricta un 6.38%; según la dimensión de confidencialidad en el nivel de apoyo adecuado la mayoría presenta un nivel de adhesión baja con 44.12%, seguido de insuficiente con 26.47%, adecuada con 20.59% y estricta en un 8.82% y el nivel no adecuado el 76.92% es baja, insuficiente en un 23.08%.

Al aplicar el Chi – cuadrado de Pearson, obtenemos un nivel de significancia de 0.123, que al ser mayor que 0,05, podemos establecer que no existe relación entre el apoyo confidencial y el nivel de adhesión al tratamiento antirretroviral.

GRAFICO 1
NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN
APOYO CONFIDENCIAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA
RED DE SALUD ILO 2018



Fuente: Elaboración propia

TABLA 4

NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN APOYO AFECTIVO EN PACIENTES CON VIH/SIDA RED DE SALUD ILO 2018

Nivel de Adhesión al Tratamiento	Apoyo Afectivo				Total	
	Adecuado		No adecuado		N°	%
	N°	%	N°	%		
Baja	11	39.29%	14	73.68%	25	53.19%
Insuficiente	7	25.00%	5	26.32%	12	25.53%
Adecuada	7	25.00%	0	0.00%	7	14.89%
Estricta	3	10.71%	0	0.00%	3	6.38%
Total	28	100.00%	19	100.00%	47	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Chi – cuadrado de Pearson: 9.31

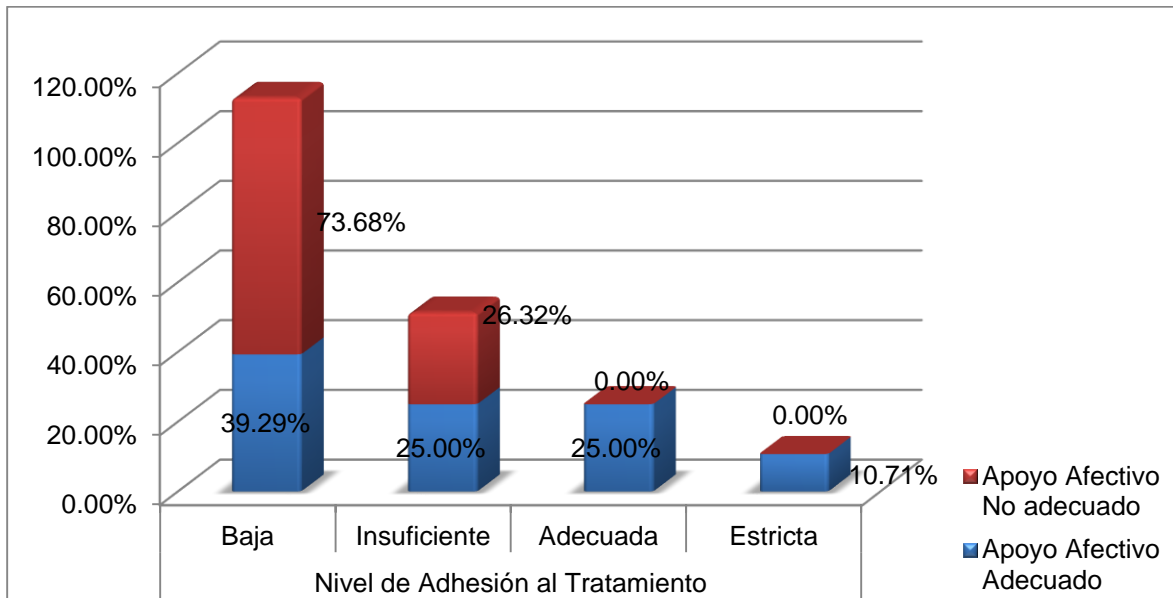
p – valor: 0.025

Se observa en la presente tabla que el nivel de adhesión en pacientes con tratamiento antirretroviral, según la dimensión de apoyo efectivo en el nivel de apoyo adecuado la mayoría presenta un nivel de adhesión baja con 39.29%, seguido de insuficiente con 25.00%, adecuada con 25.00% y estricta en un 10.71% y el nivel no adecuado el 73.68% es baja, insuficiente en un 26.32%.

Al aplicar el Chi – cuadrado de Pearson, obtenemos un nivel de significancia de 0.025 con lo que se concluye que existe relación entre el apoyo afectivo y el nivel de adhesión al tratamiento antirretroviral.

GRAFICO 2

**NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN
APOYO AFECTIVO EN PACIENTES CON VIH/SIDA
RED DE SALUD ILO**



Fuente: Elaboración propia

TABLA 5

**NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN
APOYO SOCIAL TOTAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA
RED DE SALUD ILO 2018**

Nivel de Adhesión al Tratamiento	Apoyo Social Total				Total	
	Apoyo Normal		Apoyo Bajo		Nº	%
	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Baja	8	38.10%	17	65.38%	25	53.19%
Insuficiente	4	19.05%	8	30.77%	12	25.53%
Adecuada	6	28.57%	1	3.85%	7	14.89%
Estricta	3	14.29%	0	0.00%	3	6.38%
Total	21	100.00%	26	100.00%	47	100.00%

Fuente: Elaboración propia

Chi – cuadrado de Pearson: 10.73

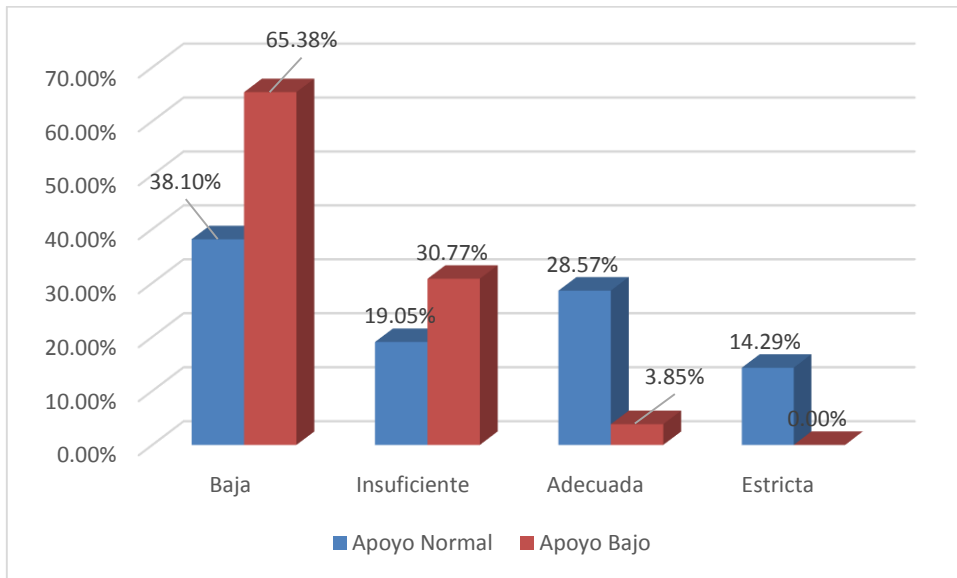
p – valor: 0.013

Se observa en la tabla 4 el nivel de adhesión en pacientes con tratamiento antirretroviral, según apoyo social total; donde se tiene que en nivel de apoyo normal casi 4 de cada 10 pacientes (38.10%) presentan un nivel de adhesión baja, 2 de cada 10 insuficiente (19.05%), 3 de cada 10 (28.57%) adecuada y solo 1 de cada 10(14.29%) estrictita; en el nivel de apoyo bajo 7 de cada 10 (65.38%) pacientes tienen un nivel de adhesión baja, 3 de cada 10 (30.77 %) insuficiente y solo 1 de cada 10 (3.85%) adecuada.

Al aplicar el Chi – cuadrado de Pearson, obtenemos un nivel de significancia de 0.013, que al ser menor que el 0,05, podemos establecer que existe relación entre el apoyo social total y el nivel de adhesión al tratamiento antirretroviral.

GRAFICO 3

NIVEL DE ADHESION AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL SEGÚN APOYO SOCIAL TOTAL EN PACIENTES CON VIH/SIDA RED DE SALUD ILO 2018



Fuente: Elaboración propia

4.2 CONTRASTACION DE HIPOTESIS

Para la contratación de hipótesis de la tabla 5 se asocian la adhesión al tratamiento antirretroviral y el apoyo social.

H₀: No existe asociación entre la adhesión al tratamiento antirretroviral y el apoyo social en pacientes con VIH/SIDA de la Red de Salud Ilo.

H₁: Existe asociación entre la adhesión al tratamiento antirretroviral y el apoyo social en pacientes con VIH/SIDA de la Red de Salud Ilo.

El nivel de significancia fue del 5 %, según la prueba estadística que se utilizó fue Chi Cuadrado. Con resultados de un valor p: 0.013, por lo tanto es significativo, podemos afirmar que existe una asociación entre el nivel de adhesión al tratamiento antirretroviral y el apoyo social en pacientes con VIH/SIDA de la Red de Salud Ilo.

4.3 DISCUSIÓN DE RESULTADOS

De la Tabla 2, en relación a la población de estudio de adhesión al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH /SIDA, según el cumplimiento del tratamiento, se tiene que el 46,81 % no cumple con el tratamiento determinado, y el 53, 19 % cumple con el tratamiento.

También de la tabla 2. La población de estudio de adhesión al tratamiento antirretroviral y apoyo social en pacientes con VIH /SIDA, según las creencias del paciente, se tiene que el 65, 96 % es favorable, y que el 34, 04 % es desfavorable.

Abondano, V., realizó el trabajo de investigación: Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH-SIDA. Colombia 2006, donde la investigadora concluye que los factores predictores de la buena adherencia al tratamiento son la autoeficacia percibida para seguir el tratamiento antirretroviral, disminución de la carga viral del VIH, aumento de la cuenta CD4 y dentro de los factores de baja adherencia tenemos: trastornos psiquiátricos, la depresión el consumo de drogas, la preocupación por los efectos en la salud,

bajo apoyo social, mala relación terapéutica.

Orellana E., realizó el trabajo donde los factores que garantizan la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad, se estudió que los siguientes factores son eficaces, antecedentes de la falta de adherencia, cumplimiento del tratamiento, creencias del paciente, interacción médico paciente, estrategias para la toma de medicamentos.

Al analizar la tabla 3, el nivel de adhesión en pacientes con tratamiento antirretroviral es baja con 53.19%, insuficiente en una cuarta parte con 25.53%, adecuada en un 14.89% y estricta en un 6.38%; según la dimensión de confidencialidad en el nivel de apoyo adecuado la mayoría presenta un nivel de adhesión baja con 44.12%, seguido de insuficiente con 26.47%, adecuada con 20.59% y estricta en un 8.82% y el nivel no adecuado el 76.92% es baja, insuficiente en un 23.08%.

También Sullón evidencia resultados similares identificados en la presente investigación, donde se observa que la mayor cantidad de pacientes se ubican en el nivel de Adherencia insuficiente, con un 52.5% de los casos. Por otro lado, la menor cantidad de pacientes resultó con un nivel de Adherencia estricta, representado solo al 1.6% de los casos.

Al analizar la tabla 4, Se observa el nivel de adhesión en pacientes con tratamiento antirretroviral, según la dimensión de apoyo efectivo en el nivel de apoyo adecuado la mayoría presenta un nivel de adhesión baja con 39.29%, seguido de insuficiente con 25.00%, adecuada con 25.00% y estricta en un 10.71% y el nivel no adecuado el 73.68% es baja, insuficiente en un 26.32%.

Probablemente el apoyo afectivo desempeña una función importante para lograr la adhesión adecuada del paciente con VIH/SIDA en relación al tratamiento antirretroviral, por lo que los pacientes con una red social y familiar sostenible, tienen mayores probabilidades de una adhesión adecuada.

Similares resultados nos presenta el autor Abondano V. donde el apoyo social bajo es un factor de baja adherencia.

Se observa en la tabla 5, el nivel de adhesión en pacientes con tratamiento antirretroviral, según apoyo social total; donde se tiene que en nivel de apoyo normal el 38.10% presentan un nivel de adhesión baja, insuficiente 19.05%, 28.57% adecuada y 14.29% estrictita; en el nivel de apoyo bajo 65.38% pacientes tienen un nivel de adhesión baja, 30.77 % insuficiente y solo el 3.85% adecuada; con un $P= 0.013$, queda establecido que existe relación entre el apoyo social total y el nivel de adhesión al tratamiento antirretroviral.

Es probable que hoy en día se dé mayor importancia a la red apoyo social que presenta el paciente que recibe tratamiento antirretroviral, el mismo que se constituye en soporte para el paciente y le permite afrontar mejor el cumplimiento del tratamiento antirretroviral.

Vilato et al, encontraron resultados similares donde los pacientes no presentan una adherencia solo parcial con el 71,4 %, no adherido el 23.8% y totalmente adherido el 4.8%, sin embargo esta se asocia bien al apoyo social que presenta el paciente, que a mayor apoyo social que represente el paciente, mejora la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Por lo que es complicado que la mayoría de los pacientes cuente con una red social adecuada, que garantice la adherencia al tratamiento antirretroviral, pero seguirá siendo un área por la que se debe seguir fortaleciendo y trabajando en áreas de prevención específica, con mejores implementaciones.

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

CONCLUSIONES

- Existe una relación significativa entre el apoyo social y la adherencia al tratamiento antirretroviral $p= 0.013$, en pacientes con VIH/SIDA.
- El nivel de apoyo confidencial es adecuado en un 75% y el apoyo afectivo es adecuado en el 62.22 % en pacientes que reciben tratamiento antirretroviral.
- El cumplimiento al tratamiento está representado por el 53.19%. en pacientes con tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA.

RECOMENDACIONES

- Sensibilizar y capacitar al personal de salud comprometido en la atención del paciente con VIH/SIDA, a fin de lograr la adherencia exitosa al tratamiento antirretroviral.
- Resulta necesario concientizar a la familia y paciente sobre la importancia que tiene el cumplimiento del tratamiento antirretroviral para determinar la calidad de vida que presentaran y cómo influye el apoyo social en el paciente.
- Se recomienda realizar un trabajo multidisciplinario para intervenir en el paciente con VIH/SIDA, en sesiones psicoeducativas, que favorezcan la adherencia al tratamiento.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Organización Mundial de la Salud. who.int. [Online].; 2018 [cited 29 Abril 2019]. Available from: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>.
2. Organizacion Mundial de la Salud. Organizacion Mundial de la Salud. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 13]. Available from: <http://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>.
3. Organización Mundial de la Salud. Organización Mundial de la Salud. [Online].; 2016 [cited 2018 Enero 13]. Available from: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>.
4. Hoyos Hernández PA, Varela Arévalo MT. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de Antirretrovirales. Revista de salud pública. 2015 Enero; 17(4).
5. Peñarrieta MI, Kendall T, Martinez N, Rivera AM, Gonzales N, Flores F, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2009 Setiembre; V. 26(3).
6. Peñarrieta MI, Kendall T, Martinez N, Rivera AM, Gonzales N, Flores F, et al. Adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH en Tamaulipas, México. Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica. 2009 Setiembre; 26(3).
7. Gotuzzo H E. SIDA en el Perú: impacto de la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA). Revista Medica Herediana. 2007 Diciembre; 18(4).
8. Vilató Frómeta , Martín Alfonso , Pérez Nariño I. Adherencia terapéutica y apoyo social percibido en personas que viven con VIH/sida. Scielo Salud Publica. 2015; 41(4).
9. Ladero , Orejudo S, Carrobles. Apoyo Social y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Pacientes VIH+. Clínica y Salud. 2010; 21(1).
- 10 Paterson DL, Swindells S, Mohr J. Adherence to Protease Inhibitor Therapy . and Outcomes in Patients with HIV Infection. American College of Physicians American Society of Internal Medicine. 2000 julio; 133(1).
- 11 Red de Salud Ilo. Analisis de la situación de Salud Provincia Ilo. ASIS. Ilo: . Red de Salud Ilo; 2017.

- 12 Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - . MINSA. dge.gob.pe. [Online].; 2017 [cited 2018 03 05. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE02/vih.pdf>.
- 13 Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades - . MINSA. [Online].; 2017 [cited 2018 Enero 23. Available from: <http://www.dge.gob.pe/portal/docs/vigilancia/sala/2017/SE18/vih.pdf>.
- 14 Abondano V. Adherencia al tratamiento en pacientes con VIH-SIDA. Tesis. . Chía - Colombia: Universidad de la Sabana; 2006.
- 15 Sullón Nizama Y. Apoyo Social Percibido y Adherencia al Tratamiento . Antirretroviral de gran actividad en pacientes adultos con Virus de la Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Nacional Dos de Mayo. Tesis. Lima: Universidad Nacional Federico Villarreal; 2018.
- 16 Matute Salazar I. FACTORES PREDICTORES DE LA ADHERENCIA NO . ADECUADA AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA) EN EL HOSPITAL REGIONAL DOCENTE DE TRUJILLO (2016). Tesis. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo; 2016.
- 17 Orellana Zanabria G. 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; 2015.
- 18 Mexico M. Manual de Procedimientos estandarizados para la vigilancia . epidemiológica del VIH/SIDA.. 2012..
- 19 Hexano. SIDA: Etiología y etiopatogenia Conceptos Actuales sobre la Biología . Molecular del Virus..
- 20 ONUSIDA. UNAIDS.ORG. [Online].; 2015 [cited 04 03 2018. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20150901_FactSheet_2015_es.pdf.
- 21 Gellaitry G, Cooper V, Davis C, Fisher M, Date H. Patients' perception . of information about HAART: impact on treatment decisions. AIDS Care.. 2011; 17(367-376).
- 22 Ministerio de Salud.. MINSA.GOB.PE. [Online].; 2015 [cited 2018 Marzo 20. . Available from: <http://www.minsa.gob.pe/?op=51¬a=15995>.
- 23 Meneses M, Mayorca. Prácticas de autocuidado y la adherencia al TARGA en . personas que viven con VIH en un hospital nacional de Lima.. Rev enferm Herediana.. 2014; 7(2)(87-96.).

- 24 RR. E. Adherencia Terapéutica al Tratamiento Antirretroviral Altamente . Activoy Soporte Social en un grupo de pacientes con VIH/SIDA. Tesis. Lima: PontificiaUniversidad Católica del Perú; 2008.
- 25 Sánchez Cuervo. Adherencia A Tratamientos Antirretrovirales Simples en una . o dos Tomas Diarias. Tesis Doctoral. Madrid: COMPLUTENSE DE MADRID FACULTAD DE FARMACIA, Departamento de Farmacología; 2010.
- 26 Villanueva BR. Adherencia, efectos secundarios y eficacia de tres estrategias . de tratamiento antirretroviral. Tesis Doctoral. España: Universidad de Barcelona, Departamento de Medicina de la Universidad de Barcelona; 2001 Febrero.
- 27 Minsal.. Guía clínica Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida..
- 28 Chile [ei. MINSAL. [Online].; 2010 [cited 20 03 2018. Available from: . web.minsal.cl/portal/url/item/7220fdc4340c44a9e04001011f0113b9.pdf.
- 29 Barzola Pacheco. “CONOCIMIENTOS SOBRE VIH/SIDA Y ESTILOS DE . VIDA EN MUJERES EN EDAD REPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH ENREPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH ENREPRODUCTIVA INFECTADAS CON VIH EN UNA ONG DE LIMA, 2014”. Informe. Lima:, Universidad Mayor de San Marcos; 2014.
- 30 Ibarra , Martínez MJ, Illaro A, Lertxundi U, Iglesias A, Santos A. Simplificación . conlamivudina, zidovudina y abacavir; repercusión sobre la adherencia, resultados clínicos eimpacto económico.. Farm Hosp.. 2012; 28(27-33).
- 31 Farnham P, Gopalappa C, Sansom S, Hutchison A, Brooks J, Weidle P, et al. . Updates of lifetime costs of care and quality-of-life estimates for HIV infected persons inthe Inmune Defic Syndr, 2013. J. Acquir Inmune Defic Syndr. 2013; 64(183-199).
- 32 Bernal F. FARMACOLOGÍA DE LOS ANTIRRETROVIRALES. Revista Médica . Clínica Las Condes. 2016 Setiembre; 27(5).
- 33 Pacifico J, Gutiérrez C. Informacion sobre la medicacion y adherencia al . tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes con VIH / SIDA de un hospital de Lima.. Rev. Med. Perú. 2015; 32(66-72).
- 34 Remor. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. Aten . Primaria. 2002 Julio-agosto; 30(3).
- 35 Apoyo social en personas que viven con VIH. SALUD, EDUCACIÓN, . SOCIEDAD Y ECONOMÍA EN LA FRONTERA SUR DE MÉXICO. 2017; 978(2--3).

- 36 Kwakwa , Spencer D, Evans C, Garner W, Walker I, Temme. Gender . Differences in Virologic Outcomes in a Meta-Analysis of Randomized Controlled Clinical Trials in HIV-1-Infected Patients on Antiretroviral Therapy. In XIX International AIDS Conference. ; 2012; Washington.
- 37 Hinkin C, Hardy D, Mason , Castellón S. Medication adherence in HIV-infected . adults: effect of patient age, cognitive status, and substance abuse. AIDS. 2004; 18(19-25).
- 38 Panel de expertos de GESIDA y Plan Nacional sobre sida. Documento de . consenso de GESIDA/Plan Nacional sobre el Sida respecto al tratamiento antirretroviral en adultos infectados por el virus de la inmunodeficiencia humana. 2014..
- 39 Mills , Nachega J, Buchan I. Adherence to Antiretroviral Therapy in Sub- . Saharan Africa and North America: A Meta-analysis. JAMA. 2006; 296(679-90.).
- 40 Liana Alicia Prado Solar ILMGRMNPGLKRB. La teoría Déficit de autocuidado: . Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Med. Electron. 2014 Noviembre- Diciembre; 36(6).
- 41 Fonseca LMG. Teorías aplicables al proceso de atención de enfermería en . Educación Superior. Revista Cubana de Enfermería. 2011 enero-febrero; 15(1).
- 42 Liana Alicia Prado Solar ILMGRMNPGLKRB. La teoría Déficit de autocuidado: . Dorothea Orem punto de partida para calidad en la atención. Med. Electron.. 2014 Noviembre -Diciembre; 36(6).
- 43 Suarez Cuba M. Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el . apoyo social al paciente y al cuidador informal. Revista Médica La Paz. 2011; 17(1).
- 44 Belmar J, Stuardo V. Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el . VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. Revista Chilena de Infectología. 2017 Agosto; 34(4).