

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Personas viviendo con VIH: percepción sobre la calidad de atención y su relación con la adherencia al tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) Hospital II-2 Tarapoto, provincia San Martín, diciembre 2017 - junio 2018

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención Planificación y Gestión en Salud

AUTORA :

Janett Rosario Ramírez Torres

ASESORA :

Obsta. Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto - Perú

2019



Esta obra está bajo una [Licencia Creative Commons Atribución- NoComercial-Compartirigual 2.5 Perú](http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/).

Vea una copia de esta licencia en <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Personas viviendo con VIH: percepción sobre la calidad de atención y su relación con la adherencia al tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) Hospital II-2 Tarapoto, provincia San Martín, diciembre 2017 - junio 2018

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención Planificación y Gestión en Salud

AUTORA:

Janett Rosario Ramírez Torres

ASESORA:

Obsta. Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto – Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Personas viviendo con VIH: percepción sobre la calidad de atención y su relación con la adherencia al tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) Hospital II-2 Tarapoto, provincia San Martín, diciembre 2017 - junio 2018

**Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública
con mención Planificación y Gestión en Salud**

AUTORA:

Janett Rosario Ramírez Torres

ASESORA:

Obsta. Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado

Tarapoto – Perú

2019

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Personas viviendo con VIH: percepción sobre la calidad de atención y su relación con la adherencia al tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA)
Hospital II-2 Tarapoto, provincia San Martín, diciembre 2017 - junio 2018

AUTORA:

Janett Rosario Ramírez Torres

Sustentada y aprobada el 11 de diciembre del 2019, por los siguientes jurados:


.....
Dra. Rosa Ríos López

Presidente


.....
Dra. Nut. María Elena Farro Roque

Secretaria


.....
Dra. Alicia Bartra Reátegui

Miembro


.....
Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado

Asesora

UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - TARAPOTO
ESCUELA DE POSGRADO
UNIDAD POSGRADO DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
PROGRAMA DE MAESTRÍA EN SALUD PÚBLICA



Personas viviendo con VIH: percepción sobre la calidad de atención y su relación con la adherencia al tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) Hospital II-2 Tarapoto, provincia San Martín, diciembre 2017 - junio 2018

Tesis para optar el Grado Académico de Maestra en Salud Pública con mención Planificación y Gestión en Salud

La suscrita y asesora declaran que el presente trabajo de investigación es original en su contenido y en su forma:

.....
Lic. Enf. Janet Rosarío Ramírez Torres

Ejecutor

.....
Dra. Gabriela Del Pilar Palomino Alvarado

Asesora

Declaratoria de autenticidad

Janett Rosario Ramírez Torres, con DNI N° 42608931, egresada de la Escuela de Posgrado, Unidad de Posgrado de la Facultad de Ciencias de la Salud, Programa de Maestría en Salud Pública con mención en Planificación y Gestión en Salud de la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, autora de la tesis titulada: **Personas viviendo con VIH: percepción sobre la calidad de atención y su relación con la adherencia al tratamiento antiretroviral de gran actividad (TARGA) Hospital II-2 Tarapoto, provincia San Martín, diciembre 2017 - junio 2018.**

Declaro bajo juramento que:

1. La presente tesis investigación es de propia autoría.
2. La redacción fue realizada respetando las citas y referencias de las fuentes bibliográficas consultadas.
3. Toda la información que contiene la tesis investigación no se hizo auto plagiada.
4. Los datos y resultados presentados en la tesis de investigación son reales, no son alterados ni copiados, por lo tanto, la información debe ser considerada como aporte a la realidad investigada.

Por lo antes mencionado, se asume la responsabilidad, las consecuencias que deriven de mi accionar, sometiéndome a las leyes de nuestro país y normas vigentes de la Universidad Nacional de San Martín-Tarapoto.

Tarapoto, 11 de diciembre del 2019.



.....
Lic. Enf. Janett Rosario Ramírez Torres

DNI N° 42608931

Formato de autorización NO EXCLUSIVA para la publicación de trabajos de investigación, conducentes a optar grados académicos y títulos profesionales en el Repositorio Digital de Tesis

1. Datos del autor:

| | | | |
|--|-------------------------------|-----------|-----------|
| Apellidos y nombres: | Ramírez Torres Janett Rosario | Teléfono: | 950606365 |
| Doctorado / Maestría / Segunda Especialidad: | Maestría | | |
| Correo electrónico : | janett_333@hotmail.com | DNI: | 42608931 |

(En caso haya más autores, llenar un formulario por autor)

2. Datos Académicos

| | |
|--------------|---------------------------|
| Facultad de: | Ciencias de la Salud |
| Programa de: | Maestría en Salud Pública |

3. Tipo de trabajo de investigación

| | | | |
|------------------------------------|-------------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Tesis | <input checked="" type="checkbox"/> | Trabajo de investigación | <input type="checkbox"/> |
| Trabajo de suficiencia profesional | <input type="checkbox"/> | | |

4. Datos del Trabajo de investigación

| | |
|---------------------|--|
| Título : | Personas viviendo con VIH; percepción sobre la calidad de atención y su relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Hospital I-2T |
| Año de publicación: | 2019 |

5. Tipo de Acceso al documento

| | | | |
|-----------------------|-------------------------------------|---------|--------------------------|
| Acceso público * | <input checked="" type="checkbox"/> | Embargo | <input type="checkbox"/> |
| Acceso restringido ** | <input type="checkbox"/> | | |

Si el autor elige el tipo de acceso abierto o público, otorga a la Universidad Nacional de San Martín – Tarapoto, una licencia **No Exclusiva**, para publicar, conservar y sin modificar su contenido, pueda convertirla a cualquier formato de fichero, medio o soporte, siempre con fines de seguridad, preservación y difusión en el Repositorio de Tesis Digital. Respetando siempre los Derechos de Autor y Propiedad Intelectual de acuerdo y en el Marco de la Ley 822.

En caso que el autor elija la segunda opción, es necesario y obligatorio que indique el sustento correspondiente:

| |
|--|
| |
| |

6. Originalidad del archivo digital.

Por el presente dejo constancia que el archivo digital que entrego a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, como parte del proceso conducente a obtener el título profesional o grado académico, es la versión final del trabajo de investigación sustentado y aprobado por el Jurado.

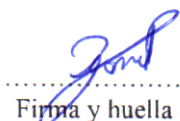
7. Otorgamiento de una licencia *CREATIVE COMMONS*

Para investigaciones que son de acceso abierto se les otorgó una licencia *Creative Commons*, con la finalidad de que cualquier usuario pueda acceder a la obra, bajo los términos que dicha licencia implica

<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-sa/2.5/pe/>

El autor, por medio de este documento, autoriza a la Universidad Nacional de San Martín - Tarapoto, publicar su trabajo de investigación en formato digital en el Repositorio Digital de Tesis, al cual se podrá acceder, preservar y difundir de forma libre y gratuita, de manera íntegra a todo el documento.

Según el inciso 12.2, del artículo 12° del Reglamento del Registro Nacional de Trabajos de Investigación para optar grados académicos y títulos profesionales - RENATI “**Las universidades, instituciones y escuelas de educación superior tienen como obligación registrar todos los trabajos de investigación y proyectos, incluyendo los metadatos en sus repositorios institucionales precisando si son de acceso abierto o restringido, los cuales serán posteriormente recolectados por el Repositorio Digital RENATI, a través del Repositorio ALICIA**”.


.....
Firma y huella del Autor



8. Para ser llenado en el Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e Innovación de Acceso Abierto.

Fecha de recepción del documento:

10 / 09 / 2021



UNIVERSIDAD NACIONAL DE SAN MARTÍN - I.
Repositorio Digital de Ciencia, Tecnología e
Innovación de Acceso Abierto - UNSM-T.

.....
Ing. M. Sc. Alfredo Ramos Perea
Responsable

***Acceso abierto**: uso lícito que confiere un titular de derechos de propiedad intelectual a cualquier persona, para que pueda acceder de manera inmediata y gratuita a una obra, datos procesados o estadísticas de monitoreo, sin necesidad de registro, suscripción, ni pago, estando autorizada a leerla, descargarla, reproducirla, distribuirla, imprimirla, buscarla y enlazar textos completos (Reglamento de la Ley No 30035).

** **Acceso restringido**: el documento no se visualizará en el Repositorio.

Dedicatoria

Agradezco a mis padres por haber hecho posible el logro de todas mis metas. En cada etapa de mi educación, me brindaron el impulso necesario para superar los obstáculos y avanzar hacia mis objetivos.

A mi hija, porque tenerte en mi vida, es una bendición de Dios, gracias por ser mi motivo para continuar.

También, quiero expresar mi gratitud hacia mi mejor amigo, mi compañero de vida y esposo, por su constante apoyo que ha permitido alcanzar nuestras metas. Agradezco profundamente el amor y la ternura que me brindas.

Janett

Agradecimiento

Quiero expresar mi agradecimiento a las autoridades y expertos del Hospital II - 2 de Tarapoto por su colaboración y apoyo durante la realización de mi investigación.

Asimismo, agradezco a la Obstetra Dra. Gabriela del Pilar Palomino Alvarado por su orientación y estímulo que fueron fundamentales para llevar a cabo este proyecto de tesis.

Finalmente, agradezco sinceramente a los profesores de la escuela de posgrado por su sabio acompañamiento, el cual me ha capacitado para integrarme al ámbito laboral. Estoy profundamente agradecida por todas las lecciones impartidas en nuestra Institución Educativa Superior.

Janett

Índice de contenido

| | Pág. |
|--|------|
| Dedicatoria..... | vii |
| Agradecimiento | viii |
| Índice de contenido..... | ix |
| Índice de tablas | xi |
| Resumen | xii |
| Abstract..... | xiii |
| | |
| I. INTRODUCCION | 1 |
| 1.1. Marco conceptual | 1 |
| 1.2. Antecedentes..... | 3 |
| 1.3. Bases teóricas | 8 |
| 1.4. Justificación de la investigación | 37 |
| 1.5. Problema..... | 37 |
| | |
| II. OBJETIVOS: | 38 |
| 2.1. Objetivo general | 38 |
| 2.2. Objetivos específicos | 38 |
| 2.3. Hipótesis | 38 |
| 2.4. Operacionalización de variables | 39 |
| | |
| III. MATERIAL Y MÉTODOS | 40 |
| 3.1. Tipo de estudio | 40 |
| 3.2. Diseño de investigación..... | 40 |
| 3.3. Universo, población y muestra | 40 |
| 3.4. Procedimientos | 42 |
| 3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos | 42 |
| 3.6. Plan de tabulación y análisis de datos | 45 |
| 3.7. Aspectos éticos | 45 |
| | |
| IV. RESULTADOS | 46 |

| | |
|--|----|
| V. DISCUSIÓN | 51 |
| VI. CONCLUSIONES..... | 54 |
| VII. RECOMENDACIONES | 55 |
| VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS | 56 |
| IX. ANEXOS..... | 68 |
| Anexo1. Cuestionario para la evaluación de la percepción de satisfacción del PVVS sobre la calidad de atención..... | 68 |
| Anexo 2. Cuestionario para la evaluación de la adherencia al TARGA..... | 71 |
| Anexo 3. Formato de consentimiento informado..... | 72 |

Índice de tablas

| Tabla | Título | Pág. |
|-------|--|------|
| 1 | Percepción que tienen los Usuarios Infectados con VIH que reciben Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), referente a la Calidad de Atención brindada por el Equipo Multidisciplinario en el Hospital II-2 – Tarapoto, Dic 2017 – Jun. 2018..... | 46 |
| 2 | Prevalencia a la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), que tienen los usuarios infectados con VIH atendidos en el Hospital II - 2 –Tarapoto. Dic 2017 – Jun 2018..... | 46 |
| 3 | Relación entre la Dimensión Humana de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), de la población en estudio..... | 47 |
| 4 | Relación entre la Dimensión Técnica de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), de la población en estudio..... | 48 |
| 5 | Relación entre la Dimensión Entorno de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), de la población en estudio..... | 49 |
| 6 | Relación estadísticamente significativa entre la percepción sobre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), que tienen las personas viviendo con los virus del SIDA atendidos en el Hospital II-2 – Tarapoto. Dic 2017 – Jun 2018. | 50 |

Resumen

Esta investigación tuvo como objetivo determinar la relación que existe entre la percepción de la calidad de atención y el seguimiento del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en personas que viven con el virus del VIH, quienes reciben atención médica en el Hospital II-2 Tarapoto, durante el período comprendido entre diciembre de 2017 y junio de 2018. La investigación se llevó a cabo en el departamento de infectología de la estrategia sanitaria “Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA” del Hospital II – 2 Tarapoto MINSA, que ha estado proporcionando tratamiento a una cantidad significativa de personas viviendo con VIH/SIDA desde finales de 2005. La naturaleza de la investigación es de índole cuantitativa, de carácter no experimental y correlacional de corte transversal. La población objeto de estudio consistió en 177 individuos afectados por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se empleó la técnica de encuesta como método de recopilación de datos, y los instrumentos utilizados fueron una lista de cotejo para evaluar la adherencia al tratamiento y un cuestionario destinado a analizar la percepción de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) en relación a la calidad de atención recibida. **Resultados:** No se observa una conexión significativa entre la percepción acerca de la calidad de atención y la conformidad con el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en personas afectadas por el virus del SIDA que son atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto MINSA durante el periodo de diciembre de 2017 a junio de 2018 ($p > 0,05$). La percepción de las personas infectadas con VIH que reciben TARGA en relación con la calidad de atención proporcionada por el Equipo Multidisciplinario es moderada en un 67,8%, con una inclinación hacia una evaluación alta en un 16,9%. La prevalencia de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en personas afectadas por el VIH atendidas en el Hospital II-2 Tarapoto es del 32%, mientras que la no adherencia es del 67,8%. **Conclusiones:** No se observa una conexión estadísticamente significativa en la dimensión técnica de la calidad de atención ($p > 0,05$). Sin embargo, se identifica una relación entre las dimensiones humana y del entorno en cuanto a la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en la población estudiada, ya que posee un nivel de significancia $p < 0,05$.

Palabras clave: Percepción, calidad de atención, adherencia, TARGA, VIH/SIDA.

Abstract

This research aimed to determine the relationship that exists between the perception of quality of care and the follow-up of highly active antiretroviral treatment (HAART) in people living with the HIV virus, who receive medical care at Hospital II-2. Tarapoto, during the period between December 2017 and June 2018. The research was carried out in the infectious disease department of the health strategy “Prevention and Control of Sexually Transmitted Infections and HIV/AIDS” of the Hospital II – 2 Tarapoto. MINSA, which has been providing treatment to a significant number of people living with HIV/AIDS since the end of 2005. The nature of the research is quantitative, non-experimental and cross-sectional correlational in nature. The study population consisted of 177 individuals affected by the human immunodeficiency virus (HIV). The survey technique was used as a data collection method, and the instruments used were a checklist to evaluate adherence to treatment and a questionnaire aimed at analyzing the perception of people living with HIV/AIDS (PLWHA) in relation to the quality of care received. Results: No significant connection is observed between the perception about the quality of care and compliance with highly active antiretroviral treatment (HAART) in people affected by the AIDS virus who are treated at Hospital II-2 Tarapoto MINSA during the period from December 2017 to June 2018 ($p > 0.05$). The perception of HIV-infected people receiving HAART in relation to the quality of care provided by the Multidisciplinary Team is moderate at 67.8%, with an inclination towards a high evaluation at 16.9%. The prevalence of adherence to highly active antiretroviral treatment (HAART) in people affected by HIV treated at Hospital II-2 Tarapoto is 32%, while non-adherence is 67.8%. Conclusions: No statistically significant connection is observed in the technical dimension of quality of care ($p > 0.05$). However, a relationship is identified between the human and environmental dimensions in terms of the quality of care and adherence to highly active antiretroviral treatment (HAART) in the population studied, since it has a significance level of $p < 0.05$.

Key words: Perception quality of care, adherence, HAART, HIV/AIDS.



I. INTRODUCCIÓN

1.1. Marco conceptual

En 1997, en Perú, se aprobó la Ley 26626 conocida como "ContraSIDA", la cual delineó las medidas para combatir el VIH/SIDA en el país. Posteriormente, su enmienda permitió el uso de tratamiento antirretroviral con TARGA a partir de 2003 para hacer frente a las exigencias complejas de la atención a individuos que conviven con VIH/SIDA (PVVS), los servicios de salud han establecido equipos multiprofesionales con el objetivo de asegurar respuestas apropiadas. A pesar de esto, es común que estos equipos operen de manera aislada, enfrentando dificultades en la interacción debido a diferencias en competencias técnicas. Además, se presentan obstáculos para formar equipos en las instalaciones, ya sea por escasez de personal o limitaciones económicas (1).

Brindar una atención de calidad al usuario implica más que simplemente proveer los recursos necesarios; también implica ofrecer un servicio cálido, caracterizado por un trato amable y directo entre el proveedor y el usuario. Por el otro lado, una atención deficiente puede llevar a la no satisfacción del usuario, generar incertidumbre en el tratamiento y aumentar los riesgos de complicaciones o incluso de fallecimiento. Por eso es crucial ser eficientes, competentes y respetuosos, así como realizar las acciones correctas en el momento oportuno. Por ende, la mejora constante y la innovación son fundamentales para conseguir la excelencia en este aspecto; convirtiéndose en esencial, que el usuario se sienta valorado y comprendido, sabiendo que su bienestar es la prioridad. Además, es importante garantizar el acceso a una atención integral y promover la adherencia al tratamiento (26).

A pesar de que las medidas preventivas en la transmisión han demostrado ser efectivas, Little SJ señala que no fueron suficientes para detener el aumento global de los casos de VIH/SIDA y reducir la replicación viral en el cuerpo del paciente. La falta de adherencia terapéutica es una de las importantes razones de este fracaso, ya que está relacionada con una respuesta deficiente al tratamiento, una recuperación inmune más lenta y un mayor riesgo de muerte. Se han establecido un nivel de adherencia que se asocia con una excelente respuesta, se han identificado variables que con mayor frecuencia se relacionan con la falta de adherencia y se han propuesto intervenciones determinadas para mejorar.

No obstante, la información sobre cómo realizar una evaluación y respaldo a la adherencia en los servicios o programas de nuestra región es limitada (2).

De acuerdo con un informe de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 2004, aproximadamente la mitad de los pacientes en países desarrollados cumplían con sus tratamientos a largo plazo, mientras que en países de desarrollo, este número era considerablemente menor a causa de la escasez de recursos en el campo de salud y las disparidades en el acceso a servicios médicos (3).

En Venezuela, aproximadamente el 47,5% de los pacientes mostraron adherencia al tratamiento (4), mientras que en Belo Horizonte, Brasil, este porcentaje fue significativamente mayor, alcanzando el 79,7% (5). En Lima, Perú, se registró una tasa de adherencia del 46,2% entre los pacientes encuestados utilizando el cuestionario CEAT-VIH (6). En un estudio cualitativo realizado por Angles en el HNAL, se realizaron entrevistas a profundidad con los pacientes, revelando que 11 de 14 personas cumplían con el tratamiento antirretroviral (7). Asimismo, una investigación realizada por Alvis et al. en 2008 en el mismo hospital, reportó una tasa de adherencia del 64,1% (8).

Es fundamental que los pacientes tengan plena conciencia de su condición médica, comprendan de manera clara el propósito del Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), participen de manera activa en la decisión de iniciar dicho tratamiento, se sientan capacitados de seguir su plan terapéutico y reconozcan la significativa relevancia de tomar la medicación de manera continua y correcta. Las características virales del VIH hacen que niveles subóptimos de TARGA permitan la replicación del virus y el desarrollo de resistencia. La información obtenida en los primeros tratamientos mixtos sugirió que para lograr la máxima eficacia era necesario mantener una adherencia habitualmente impecable, generalmente superior al 95% (9).

Asimismo, es relevante resaltar que no solo la cantidad de dosis no tomadas es crucial, sino también los comportamientos de adherencia subóptima. La falta de tratamiento durante períodos prolongados (más de dos días sin tomar ningún medicamento) afecta más la respuesta viral que la ocasional negligencia de dosis (10).

Según Nieuwkerk PT, entre el 20% y el 50% de los pacientes bajo tratamiento antirretroviral altamente efectivo (TARGA) muestran una falta de cumplimiento adecuado con el tratamiento, lo que se correlaciona con una respuesta terapéutica deficiente, una

recuperación inmune inferior y un mayor riesgo de mortalidad (11). Los proveedores de atención médica deben considerar la falta de adherencia o la adherencia inadecuada al TARGA como un problema de ineficacia que obstaculiza el logro de la efectividad clínica, a pesar de los recursos utilizables para tratar la infección del VIH. Es importante destacar que la adherencia al tratamiento no debe ser un fin en sí misma, sino que el objetivo principal es lograr la eficacia terapéutica, que se evalúa mediante parámetros clínicos y biológicos. Además, es crucial preocuparse por la prevención del nacimiento de cepas virales capaces de resistir a los medicamentos, en conexión con estos parámetros. Es esencial que las personas que tienen VIH mantengan una estricta adherencia a los medicamentos antirretrovirales, ya que esto no solo es crucial para garantizar la eficacia del tratamiento a nivel personal, sino también para promover la salud pública en su conjunto (2).

Para aumentar la eficacia en la aplicación del tratamiento, es esencial que el personal sanitario muestre interés en el tema y mantenga una actitud abierta, comunicativa y sin prejuicios hacia el paciente. Esto les permitirá brindar información detallada, resolver dudas y colaborar en la formación del paciente. En numerosas ocasiones, es necesario un período prolongado, así como múltiples consultas y la colaboración de un equipo diverso que incluya médicos, psicólogos, psiquiatras, enfermeros y farmacéuticos. Sin embargo, la disponibilidad de unidades especializadas y recursos limitados puede ser un desafío.

Además, el propio tratamiento presenta desafíos para el paciente, ya que implica ajustar su rutina, eliminar ciertos alimentos y coordinar la toma de medicamentos para evitar interacciones. Imaginen tener que tomar una pastilla diaria a la misma hora, sumándole otras dos o tres dosis a lo largo del día, cada una con sus propias instrucciones. La adherencia al tratamiento tiende a disminuir en casos de múltiples fármacos, restricciones alimentarias, efectos adversos o interferencias significativas en la vida diaria del paciente.

Finalmente, el tratamiento antirretroviral se transforma en el centro para atender las individuos que conviven con el virus del SIDA, ya que su capacidad de seguir viviendo está estrechamente ligada a cómo manejan la terapia. En un entorno donde la adherencia al tratamiento antirretroviral está influenciada por una variedad de factores, es crucial abordar este tema, especialmente cuando no hay datos estadísticos disponibles sobre el nivel de adherencia al tratamiento. Esto tiene importancia debido a la existencia de un programa de cuidado para individuos afectados por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) en el Hospital II-2 Tarapoto. Conforme a las indicaciones del Ministerio de Salud,

se mide la adherencia considerando si los pacientes cumplen con al menos el 95% de las dosis dispuestas de terapia antirretroviral en el último mes (12,13).

1.2. Antecedentes

Gutiérrez I, Godoy J, Lucas H, Pineda B, Vázquez E, Hernández M, y otros, en su investigación llamada "Calidad de vida y variables psicológicas que influyen en la conformidad con el tratamiento antirretroviral" llevada a cabo en 2019, tuvo como propósito evaluar la calidad de vida, las variables psicológicas y la adherencia al tratamiento antirretroviral (TAR) en personas que tienen problemas como el VIH/SIDA. La investigación adoptó un enfoque comparativo, analítico y transversal. La población objetivo consistió en 160 pacientes con VIH/SIDA sometidos a TAR. La metodología implicó el uso de una encuesta sociodemográfica y datos clínicos como instrumentos de recolección de información. Los hallazgos revelaron que la adherencia al tratamiento se encontraba vinculada a la prevención de conductas depresivas, la ausencia de adicciones y la relación entre comportamientos depresivos y las adicciones. Adicionalmente, se notó que el 87% de los individuos experimentaban una calidad de vida positiva. No obstante, se encontró que los hombres presentaban puntuaciones inferiores en la salud general, especialmente aquellos con orientación sexual HSH, solteros, mayores de 38 años, experimentando dolor de cuerpo y con limitaciones en la función social bajo 3 esquemas de TAR. En efecto, la conformidad adecuada con el tratamiento antirretroviral se asoció con la evitación de conductas depresivas y la ausencia de adicciones según este estudio. (14)

Dalva C, Resque A, Santos J, y Guerreiro J (2018) llevaron a cabo un estudio sobre la adherencia a la terapia antirretroviral (TAR) en personas que padecen de VIH/SIDA y presentan lipodistrofia. Su finalidad fue realizar una descripción del perfil de adherencia a la TAR en estas personas que padecen esta enfermedad. El estudio se realizó en Brasil y empleó un enfoque tanto cualitativo como cuantitativo. La muestra consistió en 124 pacientes, a quienes se les administró un cuestionario y se revisaron sus historias clínicas. Los resultados revelaron que el 80,6% de las personas que padecen esta enfermedad consideraban de gran importancia el TAR, ya que el 44% percibía una mejora en su supervivencia y salud, mientras que el 18% valoraba la calidad de vida. Aunque el 47,6% de los pacientes con lipodistrofia reportaron algún impacto en su vida diaria, la mayoría no abandonó su tratamiento. Sin embargo, se observó que el 38,7% tenía una adherencia

regular y el 28,2% una adherencia irregular. Concluyeron que la adherencia a la TAR no está determinada por factores socioeconómicos. (15)

Pérez D, Compean M y Ortiz L (2017) llevaron a cabo un estudio titulado "Inseguridad alimenticia y adherencia al tratamiento antirretroviral" con el propósito de examinar la conexión entre la inseguridad alimentaria y la adherencia al tratamiento antirretroviral en México. El método utilizado fue una investigación transversal que empleó modelos de regresión logística, con una muestra de 557 personas que padecen de VIH. Se utilizaron un cuestionario y una lista de cotejo como técnicas e instrumentos. Los resultados indicaron que los individuos con moderada inseguridad alimenticia tenían mas probabilidad de desatención en el mes anterior (OR = 2.10) y una baja adherencia (OR = 3.35). La falta de adherencia se asoció con impactos secundarios correspondiendo al 14.9%, necesidades no satisfechas con un 12.5%, las responsabilidades con el 4.8% y el distrés psicológico con 2.0%. En efecto, la inseguridad alimentaria podría ser un obstáculo para las ventajas del tratamiento antirretroviral, ya que está relacionada con una menor adherencia al mismo (16).

Plascencia de la Torre J, Chan E y Salcedo J (2019) llevaron a cabo una investigación referente a las variables psicosociales que influyen en la no adherencia a los antirretrovirales en pacientes con VIH-SIDA en México. Su objetivo fue realizar una evaluación sobre el nivel de acatamiento del tratamiento antirretroviral. Utilizaron un diseño descriptivo, transversal y correlacional, con una muestra de 25 individuos con VIH/SIDA. Se aplicó el Cuestionario de Factores Relacionados con la Adherencia al Tratamiento para el VIH/SIDA (CFR-AT VIH). Los hallazgos mostraron que el 60% de los participantes tenían una adherencia apropiada al tratamiento. Se observaron diferencias significativas entre adherencia y no adherencia entre las variables como la autoeficacia, estrés y depresión. Además, se encontraron correlaciones positivas entre adherencia y autoeficacia, así como apoyo social, y correlaciones negativas con estrés y depresión. En conclusión, los niveles de adherencia a los antirretrovirales tienden a disminuir en presencia de altos niveles de estrés y depresión. (17)

En el estudio realizado por Ramírez P, Roldán A, Varela M y Osnaya A (2018), denominado "Características epidemiológicas de pacientes atendidos en un hospital con VIH-SIDA", el objetivo fue destacar las particularidades epidemiológicas de individuos afectados por VIH-SIDA en México. El artículo adoptó un enfoque descriptivo,

retrospectivo, transversal y unicéntrico, con 151 personas diagnosticadas con VIH/SIDA como muestra. Los hallazgos revelaron que la vía de transmisión era exclusivamente sexual, con una predominancia del 90% en el grupo de homosexuales. En cuanto a la edad promedio, se registró un valor de 37 años, siendo de 40 años para el género femenino. En el contexto clínico, el 81% de los casos se clasificaron como C3. Asimismo, durante la admisión, se registró una ponderación de 80 células CD4 y una carga viral ponderada de 82 000 copias. La mortalidad resultó mínima, alcanzando el 0.02%, siendo más frecuente en el género masculino. Entre las infecciones identificadas se incluyeron casos de neumonía por neumocistosis, meningoencefalitis causada por *Cryptococcus neoformans*, infección por *Toxoplasma gondii*, tuberculosis por *Mycobacterium tuberculosis*, síndrome de desgaste y candidiasis esofágica, entre otras enfermedades. En efecto, el estudio indica una falta de responsabilidad en el ámbito sexual y reproductivo de parte de las personas que padecen esta enfermedad, a pesar de la abundancia de información favorable. (18)

Enrique J, Bastán P, (2020), en su investigación denominada “Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH/SIDA”, se propusieron establecer la relación en los diferentes aspectos sociales, clínicos, terapéuticos y enfermedades concurrentes, así como la falta de cumplimiento del tratamiento antirretroviral en personas que viven con VIH/SIDA. Realizado en Huancayo, Perú, esta investigación de diseño transversal incluyó a una muestra de 117 individuos seleccionados aleatoriamente de una población total de 540 personas que padecen del VIH/SIDA bajo tratamiento antirretroviral. Se empleó el Cuestionario de Evaluación de Cumplimiento del Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH) como herramienta para medir la adherencia al tratamiento. Los resultados mostraron que el 17,1% de los participantes presentaba falta de adherencia, mientras que el 82,9% se adhería al tratamiento. Se encontró una asociación significativa entre la falta de adherencia y diversos factores, incluyendo el consumo de drogas (OR = 1,247; IC = 1,139 – 1,365), el consumo de alcohol (OR = 2,853; IC = 1,120 – 7,265), la carga viral más reciente (OR = 1,295; IC = 1,165 – 1,440), así como las comorbilidades no relacionadas con el VIH/SIDA (OR = 1,264; IC = 1,149 – 1,392) y las comorbilidades relacionadas con el VIH/SIDA (OR = 3,000; IC = 1,163 – 7,736). En conclusión, el estudio señala que consumir bebidas alcohólicas y drogas, la carga viral más reciente, así como las comorbilidades no relacionadas y

relacionadas con el VIH/SIDA, están vinculados con la falta de adherencia al tratamiento antirretroviral. (19)

Bravo E. (2018), en su investigación titulada "Factores vinculados con la respuesta divergente al tratamiento antirretroviral en individuos con VIH/sida", buscó examinar la frecuencia de respuesta, la progresión clínica y los factores correlacionados en Lambayeque, Perú. Este estudio adoptó un enfoque de cohortes retrospectivas y análisis descriptivo, utilizando una muestra de 294 pacientes seleccionados de una población total de 304. Los instrumentos empleados incluyeron una lista de verificación y análisis documental. Los hallazgos revelaron una asociación entre factores clínicos como tuberculosis y neumonía, terapias y respuesta divergente al tratamiento antirretroviral, especialmente en individuos con VIH que también experimentaron problemas inmunológicos o virológicos. Se destacó la influencia de aspectos culturales, tales como el uso de cocaína, junto con factores clínicos como enfermedades gastrointestinales, herpes, neumonía y candidiasis, así como factores terapéuticos como la carga viral y la cumplimiento del tratamiento. En conclusión, se identificó una conexión entre factores culturales, clínicos y terapéuticos, y la respuesta divergente al tratamiento antirretroviral tanto a los seis meses como al año de seguimiento. (20)

Ticliahuanca y Becerra (2020) llevaron a cabo una investigación en el que se propusieron evaluar la TARGA en individuos que padecen de VIH en Callao, Perú. En este estudio no experimental de corte transversal y enfoque cuantitativo, se incluyeron 108 personas adultas con VIH. Se emplearon entrevistas y el cuestionario de Evaluación de la Adhesión al Tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH) como técnicas e instrumentos de recolección de datos. Los resultados revelaron que el 85% de los pacientes mostraron adherencia al TARGA. No obstante, se observó que el 5% había dejado de tomar su medicación en algún momento cuando se sentían tristes o deprimidos, mientras que el 90% no interrumpió el tratamiento por ninguna razón. Además, el 7% recordaba algunos de los medicamentos que estaban tomando. Referente a la puntualidad en la toma de los medicamentos, el 20% indicó que no la consumía en el horario establecido, aunque el 70% consideraba que su salud mostraba mejorías gracias al tratamiento. Respecto a la valoración de la adherencia, aproximadamente el 10% expresó que la información sobre los antirretrovirales era regular. En conclusión, se evidenció una adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral en la población abordada en este estudio. (21)

Chávarry R, Febres R, Ynga M y Calleja J. (2020) en su estudio denominado "Política pública transcultural y aspectos no adherentes al TARGA en la etnia Perú-Amazónica Kusu Pagata", buscaron proponer políticas de prevención de los factores que llevan a la falta de adherencia a la terapia antirretroviral en Chiclayo, Perú. La metodología empleada fue descriptiva y transversal, con 18 pobladores diagnosticados con VIH/SIDA como muestra. Se empleó un formulario de preguntas para recolectar la información. Los hallazgos indicaron que la edad promedio de los pacientes que no siguieron el tratamiento fue de 21 años. Además, el 80% de aquellos que consultaron a curanderos o chamanes no siguieron el tratamiento, mientras que el 50% sí lo hizo. Por otro lado, el 64% de los no adherentes utilizó tratamientos basados en plantas, y el 71% recurrió a terapias alternativas. En conclusión, se observó una baja adherencia al tratamiento antirretroviral en esta población. (22)

Finalmente, Caballero P, Alarcón J, Piscocoya J, Reyes N, Romero S, Obregón C, et al., (2018) en su estudio realizado examinaron la permanencia de la supresión viral en personas adultas que padecen de VIH que comenzaron terapias antirretrovirales en el Perú. Se llevó a cabo en Lima, Perú, mediante un enfoque observacional retrospectivo utilizando la cohorte histórica de los pacientes. La población de estudio consistió en 6289 pacientes con VIH/SIDA. Se utilizaron técnicas de análisis documental y una lista de verificación como instrumentos de recopilación de datos. Los resultados revelaron que el 81,7% de los pacientes iniciaron algún tipo de tratamiento, y de ellos, el 72% logró supresión viral. De acuerdo a la tasa de supervivencia almacenada, el 91,1% mantuvo la supresión viral hasta el primer año, el 84,6% hasta 2 años, el 80,2% hasta 3 años, el 77,1% hasta 4 años, el 74,1% hasta 5 años y el 70,1% hasta 6 años. En efecto, se evidenció que la terapia antirretroviral administrada en las fases tempranas de su implementación resultó en una prolongada supresión viral. (23)

1.3. Bases teóricas

1.3.1. VIH/SIDA

El VIH, abreviatura de virus de inmunodeficiencia humana, es el agente causal de la enfermedad que lleva su nombre. Este virus ataca las células del sistema inmunológico,

interfiriendo con su funcionamiento normal o incluso incapacitándolas. Como resultado, se produce un debilitamiento gradual del sistema inmunológico, lo que conlleva a la inmunodeficiencia. Esta condición se presenta cuando el sistema inmunológico ya no puede combatir eficazmente las enfermedades e infecciones (24,25).

El acrónimo SIDA corresponde al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, una denominación utilizada para describir las fases avanzadas de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Se caracteriza por la presencia de al menos una de las más de veinte infecciones oportunistas o tipos de cáncer asociados con el VIH. Este virus ataca y elimina las células CD4 del sistema inmunológico, encargadas de combatir las infecciones. La reducción de las células CD4 complica la habilidad del organismo para combatir infecciones y algunos tipos específicos de cáncer. Sin intervención médica, el VIH puede provocar una progresiva destrucción del sistema inmunológico, desencadenando el desarrollo del SIDA. (24,25)

El virus de inmunodeficiencia humana (VIH) puede ser contraído a través de actividades sexuales con una persona infectada por vía vaginal, anal u oral, así como también la transmisión de sangre infectada o el intercambio de agujas, jeringas u otros utensilios punzantes. Adicionalmente, se presenta la posibilidad de que la transmisión de la infección ocurra de la madre al hijo durante las etapas de gestación, el proceso de nacimiento y la lactación. (24).

Diagnóstico de Infección por VIH

El diagnóstico o detección de las infecciones como VIH se establece mediante la obtención de un resultado positivo en una prueba confirmatoria (como la Inmunofluorescencia Indirecta-IFI, Western Blot o LIA) o en pruebas de antígeno específicas para el VIH. Es imperativo mantener la reserva del resultado de las pruebas utilizadas en el diagnóstico de esta enfermedad. Para iniciar la atención integral del paciente, el diagnóstico debe realizarse siguiendo uno de los siguientes criterios:

Diagnóstico de infección por VIH como punto de partida para el inicio del cuidado médico

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

* Las pruebas rápidas 1 y 2, deberán utilizar preparaciones de antígenos diferentes
 ** Se consideran pruebas de tamizaje la prueba rápida y el ELISA

La identificación de una infección por VIH confirmada se realizará a través de dos pruebas de detección que den resultados reactivos, seguidas de una prueba confirmatoria positiva, siguiendo el procedimiento instituido. La categorización clínica de la infección por VIH se llevará a cabo conforme a la clasificación actual de la Organización Mundial de la Salud (OMS). En el Perú, es de obligatoriedad notificar todos los casos relacionados a la infección de VIH. La identificación de un caso de infección por VIH y de casos de SIDA con el propósito de notificación se llevará a cabo conforme a las pautas establecidas con las directrices de la Dirección General de Epidemiología, según la normativa vigente. (26)

Evolución y clasificación de la infección por VIH/SIDA

El proceso de la infección por VIH comienza con la fase de infección primaria, la cual puede transcurrir sin síntomas o manifestarse como un síndrome retroviral agudo. Posteriormente, progresa a un periodo de latencia, que puede transcurrir sin síntomas o con manifestaciones clínicas que incumplen los criterios para ser consideradas como SIDA. Finalmente, avanza al estadio de SIDA cuando la función inmunológica está severamente comprometida (con menos de 200 células CD4), o cuando se presentan infecciones oportunistas y/o tumores relacionados con una inmunodeficiencia avanzada (26).

Seguimiento de pacientes con infección VIH.

- Los centros médicos especializados, como institutos, hospitales y clínicas de salud, que cuenten con un equipo multidisciplinario apropiado llevarán a cabo la evaluación inicial, la determinación de elegibilidad para el TARGA y el seguimiento del paciente con VIH, garantizando así una atención integral.
- En caso de que el paciente no satisfaga los requisitos para comenzar el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), será necesario que el equipo multidisciplinario (compuesto por médicos, enfermeros y psicólogos) lo evalúe tres meses después de la primera consulta, seguido de evaluaciones periódicas cada seis meses.

- El Equipo Multidisciplinario tiene la responsabilidad de monitorear a los pacientes que no cumplen los requisitos para comenzar el tratamiento antirretroviral, garantizando así que continúen recibiendo atención en el centro de salud.
- El profesional médico que forma parte del equipo multidisciplinario dirige la gestión y supervisión del paciente, asumiendo la responsabilidad de empezar, suspender o ajustar el tratamiento antirretroviral del mismo. (26)

Tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA)

TARGA. Hace referencia a la composición de 3 o más fármacos antirretrovirales con la finalidad de reducir la carga viral en la sangre a niveles que no pueden ser detectados, lo que resulta en la mejora de la respuesta inmunológica en individuos con infección del VIH. (26)

Cualquier persona diagnosticada con la enfermedad del VIH/SIDA será sometida a una evaluación por parte del equipo multidisciplinario de los centros de atención para determinar su aptitud para el ingreso al (TARGA), según su condición clínica e inmunológica. La participación en el TARGA es voluntaria y requiere el consentimiento informado del paciente. Este procedimiento implica proporcionar una descripción exhaustiva de los riesgos y ventajas del tratamiento, así como de los derechos y obligaciones del paciente. El consentimiento se registra mediante el formulario de Consentimiento Informado, el cual requiere la firma tanto del médico a cargo como del paciente. En situaciones donde los pacientes presenten signos evidentes de alguna incapacidad según los artículos 43 y 44 del Código Civil y no cuenten con un curador designado, el consentimiento puede ser otorgado de manera exclusiva y siguiendo un orden específico: a) Esposo o esposa, o pareja de hecho reconocida legalmente a través de un proceso judicial o notarial; b) Padres; c) Descendientes con mayoría de edad, dando preferencia a los más cercanos y, en caso de similar grado, al más capaz; d) Hermanos. Cada individuo que reúna los requisitos para comenzar el Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) debe tener en su posesión la ficha de evaluación clínica adecuada antes de ser admitido. (26)

Se iniciará TARGA en individuo que reúna los requisitos siguientes:

- Cualquier individuo con VIH que muestre signos de inmunosupresión, según los estadios clínicos 2, 3 y 4 según la categorización de la OMS de 2007.
- Cualquier persona con VIH cuyo conteo de linfocitos T CD4 sea igual o mayor a 500 células/ μ L, sin importar si presenta síntomas o no.
- Cualquier individuo con VIH, sin importar la presencia de síntomas o el recuento de linfocitos T CD4, que tenga alguna de las siguientes condiciones:
 - a. Nefropatía asociada al VIH.
 - b. Déficit cognitivo relacionado con la infección por el virus de la (VIH).
 - c. Neoplasias que no están asociados al VIH y que necesiten tratamiento con quimioterapia o radioterapia.
 - d. Coinfección persistente con hepatitis B que necesite ser tratada.
 - e. Coinfección persistente con hepatitis C que necesite ser tratada.
 - f. Enfermedad autoinmune vinculadas con el VIH.
 - g. Embarazo.
- Cualquier individuo que esté experimentando síntomas y tenga una infección aguda por el VIH requerirá atención médica.
- En una relación sólida donde una persona tiene VIH y la otra no, se recomienda iniciar la terapia antirretroviral (TARGA) en la persona con VIH para reducir el riesgo de transmisión sexual, sin importar si presenta síntomas o su recuento de linfocitos CD4.
- Se considerará la necesidad de tratamiento antirretroviral en otros casos según la evaluación del médico a cargo del paciente a través de una consulta previa y la aprobación del Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con Infección VIH, lo cual será comunicado mediante correo electrónico.

Antes de iniciar el tratamiento TARGA, los pacientes en su totalidad deben haber pasado por las evaluaciones básicas siguientes, realizadas en los últimos 3 meses:

- Un análisis exhaustivo llevado a cabo por un equipo interdisciplinario, que abarca desde la evaluación médica hasta entrevistas de enfermería, informes sociales y psicológicos.
- Medición del conteo de linfocitos T CD4.
- Determinación de la carga viral.

- Realización de pruebas de laboratorio esenciales, incluyendo un recuento sanguíneo completo, mediciones de enzimas hepáticas, niveles de glucosa en ayunas, concentraciones de creatinina en la sangre, examen de orina, perfil de lípidos, y, en mujeres en capacidad de concebir, una evaluación de embarazo.
- Detección de enteroparásitos a través de un examen de heces seriado para eliminar la presencia de coccidias y otros organismos parasitarios en el intestino.
- Identificación de posibles infecciones transmitidas sexualmente, que abarca la detección de antígeno de superficie y anticuerpo core del virus de la hepatitis B, la presencia de anticuerpos contra el virus de la hepatitis C, así como pruebas para diagnosticar la sífilis (RPR, VDRL o pruebas rápidas).
- Realización de una radiografía de tórax.
- Dos baciloscopías en esputo para descartar tuberculosis en el pulmón.

Los protocolos de tratamiento antirretroviral para pacientes recién diagnosticados se fundamentan en la utilización conjunta de dos fármacos inhibidores nucleósidos/nucleótidos de la transcriptasa reversa (INTR) junto con un fármaco inhibidor no nucleósido de la transcriptasa reversa (INNTR) (26).

Los esquemas de tratamiento antirretroviral de elección y alternativos son:

Esquemas de tratamiento antirretroviral en adultos con infección por VIH

| Esquemas de elección | Dosificación | Observaciones |
|---|---|--|
| Tenofovir/ Emtricitabina /Efavirenz | Una pastilla de combinación que contiene Tenofovir 300 mg, Emtricitabina 200 mg y Efavirenz 600 mg, se debe tomar una vez al día, al momento de acostarse. | |
| Esquemas alternativos | Dosificación | Observaciones |
| Tenofovir / Emtricitabina / Efavirenz (TDF/FTC + EFV) | Una tableta de Tenofovir 300 mg y Emtricitabina de 200 mg (DFC), acompañada de otra tableta de Efavirenz 600 mg, se toman juntas una cada 24 horas antes de acostarse. | Este esquema será empleado en situaciones donde no se disponga de la presentación en dosis combinadas fijas. |
| Tenofovir / Lamivudina / Efavirenz (TDF + 3TC + EFV) | Una tableta de Tenofovir de 300 mg, dos tabletas de Lamivudina de 150 mg y una tableta de Efavirenz de 600 mg, todas juntas una vez al día cada 24 horas antes de dormir. | Se aplicará este método en situaciones donde no se disponga de la presentación que combina dosis fijas. |
| Abacavir / Lamivudina / Efavirenz (ABC/3TC + EFV) | Una tableta de Abacavir 600 mg / Lamivudina en dosis de 300 mg administrada cada día, combinada | Solo en individuos cuyo recuento viral sea inferior a 100,000 copias por mililitro, |

| | | |
|---|--|--|
| | con una tableta de Efavirenz de 600 mg, tomadas simultáneamente cada día antes de dormir. | con resultado negativo en la prueba de HLA B*5701, y que presenten contraindicaciones para el uso del régimen preferido. |
| Abacavir + Lamivudina + Efavirenz (ABC + 3TC + EFV) | Una tableta de Abacavir de 300 mg cada 12 horas, junto con una tableta de Lamivudina de 150 mg cada 12 horas, además de una tableta de Efavirenz de 600 mg una vez al día, al acostarse. | Solo en pacientes con carga viral inferior a 100,000 copias/mL, con prueba negativa de HLA B*5701, contraindicaciones para el esquema de elección y sin acceso a dosis fija combinada ABC/3TC. |
| Zidovudina / Lamivudina + Efavirenz (AZT / 3TC + EFV) | Una tableta de Zidovudina 300 mg y Lamivudina 150 mg (DFC) cada doce horas, además de una tableta de Efavirenz 600 mg, una vez al día antes de dormir. | Para aquellos pacientes que presentan alguna restricción para emplear Tenofovir o Abacavir. |

- Si usar los Inhibidores de la Neuraminidasa Tipo A y B (INNTR) está contraindicado o se experimentan efectos desfavorables graves asociados con su empleo, serán sustituidos por un inhibidor de la proteasa. Esto podría ser Lopinavir 200 mg / ritonavir 50 mg (DFC) dos tabletas cada 12 horas, o Atazanavir 300 mg / ritonavir 100 mg (DFC) una tableta cada 24 horas, o una combinación de una tableta de Atazanavir 300 mg y una tableta de Ritonavir 100 mg cada 24 horas.
- El tratamiento inicial con la combinación de Zidovudina/Lamivudina/Nevirapina (AZT/3TC/NVP) (DFC) se reservará exclusivamente para situaciones en las que otros tratamientos alternativos estén contraindicados.
- Se debe evitar comenzar tratamientos que contengan Estavudina (d4T) o Didanosina (ddI). En caso de pacientes que ya estén tomando esta medicación, se recomienda cambiar gradualmente a los medicamentos y tratamientos especificados en esta norma técnica.
- Los medicamentos adicionales necesarios para los tratamientos iniciales deben ser revisados y aprobados por el Comité de Expertos.
- En el caso de pacientes previamente tratados o que interrumpieron el tratamiento antirretroviral altamente efectivo (TARGA), se recomienda reanudar el mismo régimen que el paciente estaba recibiendo anteriormente y realizar un seguimiento virológico después de tres meses de tratamiento. Si no se consigue la erradicación del virus, será necesario llevar a cabo la prueba de genotipificación correspondiente.
- En individuos con resistencia virológica, los fármacos disponibles para un plan de rescate incluyen Atazanavir, Lopinavir, Darunavir, Raltegravir, Etravirina y

Maraviroc. La selección entre estos se basará en los resultados de la prueba genotípica del VIH.

- Es imprescindible contar con la aprobación del Comité de Expertos en Atención Integral del adulto con Infección por VIH para la utilización de medicamentos tales como Darunavir, Raltegravir, Etravirina y Maraviroc.
- Antes de administrar Abacavir, es necesario tener un resultado negativo de la prueba de HLA *5701, la cual debe ser solicitada al INS.
- Antes de utilizar Maraviroc, es necesario disponer de una prueba de tropismo que confirme la existencia del co-receptor CCR5. Dicha prueba debe solicitarse al INS (26).

Del monitoreo del paciente con VIH en TARGA

- Después de que se inicie el TARGA, el médico del equipo multidisciplinario realizará evaluaciones del paciente cada quince días durante el primer mes, posteriormente, realizará revisiones mensuales durante el primer año y, a partir del segundo año, llevará a cabo revisiones cada dos meses. La periodicidad de las revisiones médicas puede cambiar dependiendo de cómo progresa el estado de salud del paciente y de la medida en que éste siga las indicaciones médicas.
- Durante cada evaluación, se procederá a distribuir los antirretrovirales, así como otros fármacos y preservativos necesarios, con un seguimiento a través de la tarjeta de asistencia y administración de TARGA y profilaxis.
- Después de comenzar el tratamiento, la carga viral se verificará después de tres meses, luego después de seis meses, y después se realizará un control cada seis meses.
- Se llevará a cabo una revisión del conteo de linfocitos T CD4 cada 6 meses.
- Las evaluaciones y pruebas secundarias seguirán un cronograma determinado, tal como se detalla en el Anexo 4 de esta NTS.
- Se determinará la ocurrencia de una falla virológica cuando se cumpla alguna de las condiciones siguientes:
 - A los seis meses de comenzar el TARGA, no se consigue reducir los niveles de carga viral en plasma a menos de 40 copias por mililitro (lo que se considera indetectable), lo que sugiere la presencia de resistencia transmitida.

- Los niveles de carga viral en la sangre, que antes no se habían detectado, ahora muestran valores superiores a 40 copias/mL en dos mediciones realizadas con un espacio de cuatro semanas entre cada una, lo que indica la adquisición de resistencia.
- Cuando se enfrenta a una situación en la que el tratamiento antirretroviral no logra suprimir la carga viral y los niveles de carga viral son superiores a 1000 copias/mL, se procederá a solicitar la prueba de genotipificación. Esto permitirá determinar el curso de acción terapéutico adecuado, siguiendo un flujo de trabajo preestablecido.
- El médico tratante será responsable de solicitar la genotipificación del VIH a través del formulario electrónico designado para esta prueba. Para que la solicitud sea aceptada, el paciente deberá cumplir con los criterios de falla virológica del tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGA) y presentar dos resultados de carga viral detectables, siendo el último de ellos superior a 1000 copias/mL.
- Después de recibir los resultados de la prueba de genotipificación, el médico encargado remitirá el Expediente Técnico para solicitar consultas y posibles ajustes en los esquemas de tratamiento antirretroviral al Comité de Expertos. Esta comunicación se llevará a cabo por correo electrónico, y el Comité procederá a evaluar el caso en cuestión.
- El esquema de tratamiento actualizado, determinado en base a la genotipificación por el Comité de Expertos en Atención Integral del Adulto con Infección por VIH, debe incluir al menos dos medicamentos completamente efectivos. (26).

1.3.2. Adherencia al TARGA

De acuerdo con la Norma Técnica de Salud N° 097-MINSA/DGSP-V.02, también conocida como Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el VIH, aprobada mediante la Resolución Ministerial N° 962-2014/MINSA el 11 de diciembre de 2014, se define la adherencia al tratamiento como el nivel en que un individuo sigue adecuadamente la toma de medicación antirretrovirales, cumple con un régimen alimenticio y realiza modificaciones en su estilo de vida de acuerdo con las sugerencias del médico (26).

Diversos investigadores argumentan que la adherencia se relaciona con la disposición de la persona y muestra su compromiso referente a seguir el tratamiento médico prescrito, implicándose activamente en la elección y mantenimiento del régimen terapéutico. Implica un compromiso consigo mismo/a en el cuidado de su salud. Por tanto, la adherencia

implica un aspecto psicológico significativo que abarca el estado de ánimo y la motivación, donde el refuerzo y la persistencia son fundamentales. En este sentido, es beneficioso contar con el respaldo de otras personas, colaborar en equipo con el médico, la pareja, amigos o quienes convivan y comprendan su situación (24).

En pacientes con VIH positivo, la adhesión al tratamiento adquiere una relevancia aún mayor que en otras enfermedades. El propósito del tratamiento antirretroviral es mantener controlado el VIH, impidiendo su reproducción y reduciendo los niveles de carga viral en la sangre, idealmente cerca de cero. Olvidar una sola dosis puede brindar al virus la oportunidad de replicarse rápidamente, aumentando la carga viral y potencialmente generando mutaciones que lo vuelvan resistente a los medicamentos. Esto puede dejarlos ineficaces, lo que se conoce como resistencia al tratamiento. Cambiar de tratamiento es a menudo la única opción, especialmente en entornos con recursos limitados que podrían tener acceso únicamente a medicamentos de primera generación. Por tanto, en el seguimiento de pacientes con VIH en tratamiento, es crucial evaluar su adherencia. Aunque no existe una prueba única para verificar la adhesión, se pueden considerar diversos factores como la carga viral, el estado de salud y la evaluación del personal médico. También se han desarrollado sistemas de control electrónico que registran la apertura de los frascos de medicamentos para calcular el nivel de adherencia, aunque estos pueden ser costosos y no garantizan que la dosis sea efectivamente consumida. Se considera que la adherencia al tratamiento es adecuada cuando se toma el 90-95% de las dosis prescritas. Por debajo de este umbral, la eficacia del tratamiento no puede ser garantizada. Por ello, es fundamental que los pacientes sigan rigurosamente las indicaciones del tratamiento (27).

De acuerdo con Guell, la adhesión es un proceso en constante cambio, influenciado por una variedad de factores sociales, culturales, cognitivos, económicos y de salud, los cuales deben ser considerados como indicadores importantes de la adherencia. Los resultados obtenidos al medir este fenómeno nos permiten entender la probabilidad de que el paciente identifique y siga el tratamiento, así como el potencial éxito terapéutico. Desde esta perspectiva, la intervención del Trabajo Social se presenta como una herramienta esencial para asegurar la eficacia del tratamiento (27).

Orgilés, Espada y Méndez (2003) describen la evolución histórica del concepto de cumplimiento. Inicialmente, se asociaba con la idea de obediencia, lo que implicaba un papel pasivo por parte del individuo. Sin embargo, con el tiempo, este concepto ha evolucionado hacia el de adhesión, donde se reconoce que el paciente desempeña un papel activo y responsable en su propio cuidado (28).

Altice y Friedland (1998) explican este concepto como la ejecución, acción o característica de estar en concordancia con la administración de los medicamentos recetados. Involucra la participación activa de la persona en la elección y mantenimiento del régimen prescrito (29).

Sink y Siveck (1996), mencionados en el trabajo de Gúell (1999), sugieren que este concepto debe ir más allá de la definición convencional y puramente biológica. Proponen un término que se relaciona con supervisión o vigilancia, en el cual la persona adopta un papel activo como agente social, participando constantemente en la toma de decisiones (27).

Friedlander (1998) afirma que la adhesión se produce en el contexto de una alianza terapéutica en la que participan el paciente, los proveedores de atención médica y las redes de apoyo, todos los cuales contribuyen de manera conjunta a lograr y mantener resultados exitosos (29). La mayoría de los conceptos mencionados por los autores reflejan una perspectiva predominantemente biologicista y parcial de la realidad de las personas que reciben terapia antirretroviral (ARV). Sin embargo, algunos señalan claramente la importancia y el papel protagonista del individuo en tratamiento. También plantean que la adhesión debe entenderse en el contexto de una alianza que integre diversos elementos pertenecientes al entorno de referencia de los pacientes. (27).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) llevó a cabo un análisis sobre los factores conductuales que tiene influencia en la adherencia. En un informe citado por Torres, Hotz, Kaptein, Pruitt, Sánchez-Sosa y Willey (2003) sugieren que la adherencia es un procedimiento de comportamiento complicado influenciado por la interacción de múltiples factores, los cuales dividen en 3 grupos principales:

a) Las acciones del proveedor de servicios, que incluyen la interacción y la comunicación con los pacientes,

b) Los componentes del sistema de salud, tales como la disponibilidad y facilidad de acceso a los servicios médicos, el apoyo brindado para la educación de los pacientes, la recolección y administración de datos, así como la formación continua para los profesionales de la salud, entre otros aspectos.

c) Los aspectos distintivos del paciente, como la edad, el género, la educación, la ocupación, los ingresos, el estado civil, la raza, la religión, la existencia de problemáticas asociadas salud mental como ansiedad y depresión, así como el conocimiento sobre la enfermedad. Finalmente, se tienen en cuenta las particularidades de la enfermedad en específico junto con su abordaje terapéutico, incluyendo aspectos como su naturaleza crónica o aguda.

Estos investigadores indican que “la adherencia puede ser mejor entendida como el reflejo de un proceso de esfuerzos que ocurren a través del curso de una enfermedad, para tratar de cumplir las demandas conductuales del tratamiento” (30).

BerlantyIPruitt (2003) mencionados por Cohe L, describen la adherencia terapéutica como la medida en que un individuo sigue las recomendaciones de tratamiento en términos de la frecuencia, intensidad o precisión de las conductas específicas necesarias para mejorar los resultados clínicos, teniendo en cuenta las circunstancias individuales. Estos investigadores señalan que la adherencia está influenciada por una variedad de factores vinculados con los pacientes, los proveedores de atención médica y los sistemas de salud (31).

Según Kleeberger, la adhesión implica seguir todas las dosis y cantidad de pastillas según la prescripción médica. En cambio, Altice la describe como la toma de más del 80% de los antirretrovirales. Bartlett la precisa como cumplir con los horarios, dosis, recomendaciones dietéticas y exige un nivel de adhesión superior al 95%. Niewkerk menciona la adhesión como la toma simultánea de varias drogas de acuerdo con un horario preciso (21,29,32,33). En términos generales, se busca que al menos el 80% de los pacientes en tratamiento antirretroviral de un programa mantengan una adhesión igual o superior al 95% (26).

Medición de la adherencia

En términos generales, la evaluación de la adhesión puede ser categorizada en dos principales grupos:

- **Métodos de medición directa**

- ✓ La medición de concentraciones plasmáticas de los ARV, implica técnicas costosas y tecnológicamente complejas, con una sensibilidad tolerable pero una especificidad baja para determinar la respuesta virológica, por lo que no se debe utilizar de forma aislada. Se sugiere su uso únicamente en contextos de investigación.
- ✓ La evaluación clínica y los datos analíticos, como el rastreo del estado inmunológico y la carga viral, no constituyen un plan directo para medir la adherencia al tratamiento; más bien, son resultados derivados de la misma.
- ✓ El tratamiento directamente observado (TDO), llevado a cabo por profesionales capacitados, es otra alternativa a considerar.

- **Métodos de medición indirecta**

- ✓ **Sistemas electrónicos de control:** El sistema de control electrónico para abrir envases (como MEMS o EDEM) son dispositivos tipo tapa que incluyen un microprocesador para registrar la fecha y hora en que se abre el envase. Este método es caro y solo es aplicable a ciertos tipos de envases. Además, requiere que el paciente esté dispuesto a usarlos y pueden ser manipulados. Es importante tener en cuenta que la mera apertura del envase no garantiza que se haya tomado la medicación. Estos sistemas están principalmente limitados a la disciplina de la investigación clínica.
- ✓ **Conteo de medicación:** Esta técnica implica calcular la adherencia utilizando la fórmula siguiente:

$$\% \text{ adherencia} = \frac{(\text{N}^\circ \text{ unidades dispensadas} - \text{N}^\circ \text{ unidades devueltas})}{\text{unidades prescritas}} \times 100$$

Se ha empleado exitosamente en distintas enfermedades crónicas gracias a sus beneficios: es económico, posibilita una medición cuantitativa, es objetiva y relativamente sencilla. Sin embargo, demanda tiempo por parte del personal de salud, la medición es susceptible a manipulaciones, especialmente cuando se requiere al paciente que contribuya proporcionando medicación excesiva para llevar a cabo un conteo o cuando se realizan recuentos de manera inesperada. Si bien, el uso del recuento de medicación tiende a sobreestimar la adherencia en comparación con el sistema MENS, incluso cuando se complementa con los registros del Servicio de Farmacia, este método

ha sido ampliamente utilizado como punto de referencia debido a sus características específicas.

- **Método de registro de dispensación:** se trata de un enfoque indirecto que va desde la premisa de que un paciente solo puede consumir los medicamentos que se le ha dispensado y que utiliza adecuadamente la que recibe. Se ha notado una relación positiva con los hallazgos virológicos, junto con niveles adecuados de especificidad y sensibilidad. Esta metodología requiere que la dispensación se lleve a cabo de manera centralizada. Sin embargo, presenta limitantes importantes, ya que la dispensación no garantiza necesariamente el cumplimiento correcto del tratamiento, y además, la movilidad del paciente y el intercambio de medicación con sus familiares pueden introducir sesgos en la evaluación.
- **Encuestas:** Se refiere a pedir al paciente que responda a una serie de preguntas establecidas previamente, con el fin de evaluar su nivel de adherencia según sus respuestas. Este método es económico y adaptable a las necesidades de cada centro de atención médica. Sin embargo, su simplicidad aparente también conlleva limitaciones, ya que la subjetividad está presente en las respuestas de los pacientes. Aunque se ha observado una conexión entre la evaluación propia de la adherencia al tratamiento antirretroviral y su efectividad, también se ha indicado que esta evaluación tiene una sensibilidad relativamente baja en comparación con técnicas más objetivas, así como una especificidad tolerable. Estos métodos son útiles y económicos, principalmente cuando el paciente reconoce que no cumple con el tratamiento.
- **Asistencia a citas y controles programados:** La baja asistencia a citas médicas programadas puede ser indicativa de una baja adherencia al tratamiento, pero no es definitiva para determinar que los pacientes no son adherentes.

La conformidad implica una variedad de comportamientos y ha sido correctamente delineada por el modelo de creencias en salud. La medida en que la persona que utiliza el servicio sigue las recomendaciones del proveedor está influenciada por una serie de componentes internos y externos que se manifiestan en concordancia con el contexto político y social en un momento específico.

A nivel global, la evaluación de la adhesión de los pacientes se limita a registrar la cantidad de pastillas consumidas y a realizar encuestas sobre la toma del medicamento, sin considerar el estado psicológico y social del individuo afectado.

La evolución del concepto de Adherencia ha estado vinculada al cambio en la dinámica de la relación entre médicos y pacientes a lo largo del transcurso de la historia humana. En distintos momentos, se ha conceptualizado como "cumplimiento" (siguiendo el modelo Hipocrático tradicional), como la "responsabilidad del paciente" (seguimiento del modelo contractual) o como una "responsabilidad compartida" (en el marco del modelo de asociación). En naciones en vías de desarrollo como Perú, se encuentran presentes simultáneamente diversos modelos dentro del sistema de salud, y se observa que los modelos más sofisticados están vinculados con la intervención de factores como el proceso de salud-enfermedad, el embrollo de las intervenciones del sistema de salud (oferta) y el nivel de desarrollo de aspectos socio-culturales y económicos de la población. Aplicar intervenciones de salud pública teniendo en cuenta únicamente uno de estos modelos podría afectar la adherencia en las poblaciones que se benefician de los demás (26).

En el ámbito operativo, los profesionales del equipo multidisciplinario llevan a cabo la evaluación de la conformidad, la cual es coordinada por la enfermera. Los datos se recopilan conforme a los formatos establecidos por la Norma Técnica N° 019- 2004-MINSA/DGSP-V.01, titulada “Norma Técnica para la Adherencia al tratamiento antirretroviral de Gran Actividad – TARGA - en adultos infectados por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana”. Esta norma define el concepto de adherencia al TARGA para el programa en Perú y proporciona los formatos necesarios para ser utilizados en diversas acciones destinadas al mejoramiento de la adherencia de tratamiento (26,34).

Importancia de la adherencia como factor de éxito terapéutico.

La adherencia al tratamiento antirretroviral es fundamental para el éxito en el manejo terapéutico del VIH/SIDA. La consistencia en la toma de medicamentos es crucial, ya que cualquier interrupción o retraso en la administración de una dosis puede permitir que el virus se extienda velozmente, aumentando así los riesgos de mutación y resistencia a los medicamentos. Por lo tanto, el seguimiento riguroso de la prescripción médica se ha convertido en un aspecto de suma importancia en los cuidados del paciente con VIH/SIDA, ya que su vida depende en gran medida de ello.

Los medicamentos antirretrovirales conforman un tratamiento complejo, lo cual se debe a diversos factores:

- La extensión del tratamiento, que es permanente.
- La estricta adherencia al régimen.
- La existencia de potenciales reacciones no deseadas.
- Se necesita una dedicación personal por parte del individuo involucrado.
- La cantidad ponderada de comprimidos diarios es de 28, además de la posible necesidad de tratamiento profiláctico.

La terapia recomendada debe ser administrada de manera que garantice niveles elevados del medicamento dentro de las células infectadas, con el fin de impedir la multiplicación del virus. Si los niveles descienden por debajo del umbral crítico, el virus puede seguir reproduciéndose y establecer escenarios propicios para el progreso de resistencia. Por tanto, cumplir estrictamente con el tratamiento resulta crucial para lograr su eficacia terapéutica (27).

Según Johnson y Carlson (2004), la falta de cumplimiento con el tratamiento puede manifestarse de 2 modos: de forma involuntaria por parte del paciente y de forma deliberada por parte del equipo médico. La poca adherencia involuntaria, según estos autores, se produce cuando las instrucciones médicas son comunicadas de manera vaga, cuando el paciente no comprende o recuerda adecuadamente las indicaciones del tratamiento, o cuando carece del conocimiento o habilidades técnicas necesarias para llevar a cabo ciertas acciones médicas. Por otro lado, la falta de cumplimiento por parte del equipo médico se produce cuando el médico no ofrece el tratamiento o la información apropiada, o cuando no sigue las directrices establecidas para tratar la enfermedad (35).

Cómo mejorar la adherencia

Es de suma importancia que los pacientes se encuentren en una condición óptima tanto físico como mental. Esto significa que es necesario abordar cualquier otra condición médica, fundamentalmente aquellas que puedan afectar su autoestima, como la depresión, que no es rara en personas seropositivas y puede tener impactos significativamente negativos en la progresión de la enfermedad.

El personal de salud debe comunicar y educar a los pacientes referente al tratamiento que va a recibir, garantizándose que se entienda las instrucciones y la razón detrás de ellas. Si los pacientes sales de la consulta sin entender por qué necesita tomar medicamentos, es probable que no lo siga. Asimismo, es crucial prever los posibles efectos secundarios y brindar al paciente información detallada sobre los más frecuentes, así como consejos sobre cómo enfrentarlos adecuadamente. Se debe prestar especial atención a la aceptación psicológica de ser VIH-positivo, ya que aquellos que no acepten su condición es probable que no cumplan con el tratamiento. Resulta crucial que el paciente tenga una comprensión clara del propósito del tratamiento, el cual busca evitar la reproducción del virus.

Se pueden emplear diferentes recursos como recordatorios, alarmas y teléfonos para asegurarse de no omitir ninguna dosis. El centro hospitalario tiene la capacidad de suministrar dosis suplementarias para viajes, lo que permite al paciente mantener su tratamiento de manera continua y llevar una vida cotidiana lo más normal posible sin interrupciones. Cumplir apropiadamente con el primer tratamiento quien aumenta considerablemente las probabilidades de éxito en los siguientes. Por tanto, es crucial seguir las recomendaciones desde el inicio del proceso.

Si se constata que la conformidad con el tratamiento es inferior al 90%-95%, resulta crucial implementar intervenciones. Estas pueden incluir simplificar el tratamiento, fortalecer la conexión entre médico y paciente, o implementar un enfoque de tratamiento directamente supervisado (TDO), donde las dosis se toman en presencia del personal de salud; una estrategia que previamente ha demostrado su eficacia en el tratamiento de la tuberculosis. En lo que respecta a garantizar la adhesión al tratamiento antirretroviral, se ha identificado que la información y educación proporcionadas al paciente son las medidas más efectivas.

Además de lo mencionado, es importante considerar lo siguiente:

- El equipo de profesionales evaluará regularmente la adherencia del paciente durante sus visitas al centro de salud, utilizando el formato especificado.
- Se llevará a cabo una identificación por parte del equipo de aquellos pacientes con factores de riesgo para una adherencia deficiente, con el fin de implementar medidas preventivas mediante asesoramiento de apoyo y evaluación psicológica.

- Las estrategias clave para el mejoramiento de la adherencia al tratamiento antirretroviral incluyen asesoramiento, educación sobre el tratamiento y fomento de la participación social (26).

Factores socioculturales vinculados a la adherencia al TARGA

La calidad de la atención médica no solo afecta la conformidad con el tratamiento antirretroviral. Pacientes que carecen de apoyo familiar, viven solos, tienen un bajo nivel socioeconómico o educativo, abusan de drogas o alcohol, son más propensos a tener una adherencia deficiente al tratamiento. Lo mismo ocurre si tienen desconfianza en los medicamentos en general o temen los efectos secundarios. Otros factores que pueden llevar al fracaso del tratamiento incluyen la vergüenza por su estado seropositivo, el temor al rechazo, la dificultad para entender el régimen de tratamiento, y condiciones como la depresión que complican el seguimiento del tratamiento (49).

Estudios sobre enfermedades crónicas como la diabetes, insuficiencia renal, tuberculosis e hipertensión arterial sugieren que la adherencia del paciente al tratamiento médico influye directamente en los resultados obtenidos. Investigadores como Chesny (1997) y Reynolds (1998), mencionados por Güell, han observado que el nivel de adherencia promedio oscila entre el 40% y el 60%. Esto indica que solo un porcentaje limitado de pacientes en países desarrollados sigue adecuadamente el tratamiento recetado. Sin embargo, en el Hospital San Juan de Dios de Costa Rica, se ha logrado un éxito en la adherencia del 70% al 75% (27).

Dentro de los aspectos socio-culturales vinculados con la adherencia al tratamiento, se identifican:

- **Edad:** La edad guarda una estrecha relación con las manifestaciones del comportamiento, siendo evidente que en la adultez se destacan el máximo rendimiento de las actividades físicas, intelectuales y psicológicas. Desde una perspectiva psicológica, esta etapa se caracteriza por un realismo más pronunciado, en la cual las personas exhiben un sentido común pleno, necesario para tomar decisiones de manera informada (50).
- **Sexo.** De acuerdo con el autor Stone V. en un artículo que aborda estrategias para mejorar la adherencia al TARGA, se destaca que hay pocos estudios donde se observa

que las mujeres tienen una adherencia menor que los hombres, aunque este patrón no se ha repetido de manera consistente. Entre las razones citadas por las mujeres para la falta de adherencia se encuentra el estrés relacionado con el cuidado de los hijos (51).

- **Grado de Instrucción:** Este es el nivel educativo más alto alcanzado dentro del Sistema Educativo Formal, que se divide en tres niveles distintos. Parece ser que los pacientes con niveles más bajos de educación y alfabetización tienen más dificultades para adherirse al tratamiento (50).
- **Ocupación:** La ocupación se describe como el medio por el cual las personas generan los recursos necesarios para su sustento (50).
- **Situación económica:** Un elemento clave y particularmente significativo para el contenido laboral es el salario, dado que determina la capacidad del empleado para adquirir y disfrutar en diferentes medidas una variedad de bienes y servicios (51).
- **Soporte Socio familiar:** La ayuda de amistades y especialmente de familiares desempeña una función crucial en la gestión de una enfermedad al crear un entorno propicio que disminuye el estrés y favorece el seguimiento del tratamiento. Martín F, Reyes M, en su investigación: “Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial esencial nos dice: “El paciente con enfermedad crónica percibe su enfermedad como un factor que atenta contra la estabilidad de su familia, y a menos que el ambiente familiar se modifiquen para apoyarlo, gradualmente declina su nivel de apego” (52).
- **Domicilio actual:** Gran número de personas VIH positivas viven en áreas vitales y debido a que en muchos lugares rurales no proveen de tratamiento antirretroviral y debido a que el tratamiento es de por vida, muchos de ellos viajan a sus lugares de origen sin recibir el tratamiento completo o tienen que viajar largos tramos para obtener el cuidado esencial. Esto puede algunas veces tomarse dificultoso para los pacientes, quienes empiezan tratamiento antirretroviral (50).
- **Alteración psicológica:** Se ha encontrado que la dificultad psicológica también afecta a la adherencia terapéutica. La depresión, el estrés y la manera en la cual los individuos lo enfrentan, se encuentran entre los factores predictivos más significativos de la

adherencia, pero las correlaciones con otras comorbilidades psiquiátricas son más débiles (50).

- **La desesperanza y los sentimientos negativos** pueden reducir la motivación para cuidarse a uno mismo y también pueden influir sobre la capacidad para seguir instrucciones complejas. Los adolescentes con VIH que informaron sobre altos niveles de depresión demostraron, una adherencia inferior a la de sus compañeros que no están deprimidos. Estos resultados son similares a los de los estudios sobre otros procesos crónicos que han demostrado relación entre la adherencia y la depresión (9,54).
- **Consumo de alcohol y drogas:** El consumo de alcohol y/o drogas interfiere en el tratamiento de enfermedades, pues la toma concomitante de alcohol, drogas y antirretrovirales, aumenta el riesgo de elevación de las transaminasas; lo que indicará daño hepático; por lo que el tratamiento tendría que suspenderse (55).

1.3.3. Calidad de atención

La palabra calidad proviene del latín “qualitatis” que significa perfección. Es definida como un conjunto de cualidades de una persona o cosa, con características que responde a las necesidades del cliente y la ausencia de deficiencias (35).

La norma ISO 8402, define calidad como la totalidad de características de una entidad que le confiere la capacidad de satisfacer necesidades explícitas e implícitas. La norma precisa que la empresa o institución, producto o proceso y los elementos que conforman las necesidades son básicamente: seguridad, disponibilidad, mantenimiento, confiabilidad, continuidad, eficiencia, efectividad, eficacia, facilidad de uso, economía (precio), perspectivas del paciente, oportunidad de asistencia, competencia y ambiente (36).

Miguel Jamer, define la calidad, como atributos tangibles e intangibles a los productos y/o servicios que la organización produce y/o brinda al satisfacer plena y constantemente las necesidades del cliente. Edgard Deming resume diciendo “calidad es hacer lo correcto en forma correcta y de inmediato (37).

Calidad es un proceso sistémico permanente y de mejoramiento continuo que involucra a toda la organización en la búsqueda y aplicación de formas de trabajo creativas e innovadoras de alto valor agregado que superen las necesidades y expectativas del cliente y la comunidad, en la cobertura, entrega e impacto de los servicios de salud, los cuales son

evaluados en forma subjetiva por las opiniones de los beneficiarios, de acuerdo a sus expectativas (36).

La Organización Mundial de la Salud (OMS) la define como alto grado de excelencia profesional, uso eficiente de los recursos y mínimo riesgos para el paciente (40). Dentro de los lineamientos de política de salud, establece que la calidad de atención es un derecho ciudadano que busca desarrollar trato solidario con la población, que ponga el conocimiento y tecnología al servicio de la satisfacción del usuario siempre teniendo en cuenta sus diferencias culturales. Aunque el concepto y la percepción de la calidad puede variar de cultura en cultura, un factor importante es mejorarla, esto implica implantar un proceso de búsqueda de los medios que la modifiquen aumentando la satisfacción de las necesidades sentidas de los usuarios (41), es decir como la última palabra sobre la calidad lo tienen los usuarios, un factor clave para lograr un alto nivel de calidad en un servicio es igualar o sobrepasar las expectativas que ellos tienen.

De lo mencionado se deduce que la calidad de la atención es conjunto de actividades técnicas y científicos materiales y humanos que se debe tener en la búsqueda constante de la satisfacción, requisito fundamental orientado a otorgar seguridad a los usuarios, en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos. Es nuestra meta que exige que nos esforcemos todos los días, el cual nos hace mejores personas, mejores profesionales ya que la calidad en el servicio es calidad de vida. Es ser eficientes, tener competencia, respeto, hacer lo correcto en forma correcta y de inmediato, es mejorar siempre y preocuparnos por la innovación. Es alcanzar la excelencia. Es uno de los elementos, estrategias en que se fundamenta la transformación de los sistemas de salud del país para lograr el objetivo primordial del MINSA “Salud para todos en el año 2021” que será posible con el trabajo en equipo de los profesionales de salud. Recordando siempre que la atención en salud es un proceso que la institución y el prestador de salud realizan (actitudes y acciones) haciendo sentir al usuario que se está trabajando para él y por él, todo con el fin de satisfacer sus demandas (36).

Percepción del usuario:

En este mundo de objetividades y subjetividades, en este mundo de dolor y bienestar los establecimientos de salud, han de aspirar alcanzar la excelencia, el cual no es sólo un propósito de las instituciones sino un derecho de todo individuo que demanda atención.

Existen diferentes definiciones de la percepción del usuario, entre ellas tenemos la de Mateo V. Mankeliunas, quien la define como el estado de un organismo en el que los factores motivadores han llegado a la meta o como una vivencia que la persona menciona gratificación por sus deseos y apetitos (42). Desde el punto de vista de la psicología la percepción está relacionada con la necesidad de estado de carencia, de escasez o falta de una cosa que se tiende a corregir. El MINSA, en el año 2000 refiere que la percepción del usuario es cuando el servicio satisface y responde a sus necesidades y supere sus expectativas que conduzcan a reforzar hábitos de salud existentes. Wittaker, define la actitud de satisfacción como una predisposición positiva o negativa a ciertos objetos o ideas. La satisfacción del paciente está relacionada con el rendimiento del prestador de servicios en su trabajo, lo que técnicamente se conoce como eficiencia y productividad; es decir la actitud de satisfacción o insatisfacción depende en gran parte de lo que el prestador de servicios brinda en una atención de calidad (36).

La satisfacción del usuario es un componente importante y medio valioso para apreciar la calidad de la atención. Es estado de bienestar de la población en relación con los servicios de salud que reciben, por lo que alcanzar la máxima satisfacción (desde la primera vez y en toda ocasión que se brinda servicios) es un objetivo esencial de la atención de salud (43). El nivel de satisfacción de los usuarios sanitarios no sólo depende de la calidad de los servicios sino del grado de adecuación (conformidad, discrepancia) entre las expectativas y percepción final del servicio recibido (44). Tiene que ver con el bienestar o complacencia de los usuarios al recibir atención de salud con trato amable e igualitario, sentirse acogido y escuchado, donde se le entregue la información respecto a sus requerimientos en un lenguaje comprensible, en un espacio que cumpla con las condiciones de infraestructura e insumos con personal suficiente, comprometido, competente y que asegure la calidad científica técnica en la resolución de problemas de salud de manera integral y social, teniendo en cuenta los principios éticos y la dignidad humana (36).

Por lo mencionado, se deduce que la percepción de la calidad es la conformidad, bienestar expresado por el usuario ya sea paciente o acompañante en función de sus expectativas de la atención que reciben en determinadas áreas, que deben ser de calidad. No solo se trata de que se haga lo que se tiene que hacer, sino que lo hagan excelentemente, que las personas logren sentirse bien y que generen seguir en el mismo lugar. Es el balance de los beneficios y daños y es muy fundamental de la definición de la calidad. Conocer la

percepción del usuario con respecto a los servicios fue reconocida crecientemente desde la década de los 80, cuando los sistemas de salud y sus trabajadores ponen al usuario por encima de todo ofreciendo servicios que no solo cubren los estándares técnicos de la calidad, sino que también cubren sus necesidades con respecto a otros aspectos, tales como respeto, información, pertinencia y equidad. Recién a partir de 1983, se inicia la aplicación de este sistema de evaluación integral de la calidad de atención médica basándose en teorías de sistemas en base a la evaluación de la estructura en el proceso y los resultados de la atención y énfasis en la satisfacción de los usuarios y de los prestadores de servicios (36).

Conocer la percepción del usuario es un indicador importante de la calidad de los servicios, no obstante, resulta difícil evaluarla. Un paso inicial para evaluar la calidad de atención es medirla. Pero, como se puede aspirar a medir algo tan intrínsecamente cualitativa, que incorpora juicios de valor, sin caer en la subjetividad.

Para ello es necesario considerar los siguientes factores básicos:

- **El cliente (paciente):** El servicio que brinda el establecimiento de salud debe satisfacer cliente, en la solución de su problema de salud. La satisfacción es la que determina si la atención recibida es o no es de calidad. Los usuarios requieren cuidados, servicios y asistencia del personal de salud. En el transcurso de la búsqueda de solución del problema, se establecen mejores o peores comunicaciones con el personal que lo atiende, reciben mejor o peor trato, establecen amores y odios, esperanzas y frustraciones, solucionan o no solucionan el problema por el que vino. Sin embargo, puede no solucionar el problema y estar satisfecho porque fue bien atendido. Puede solucionar el problema y salir insatisfecho porque no lo trataron como él esperaba con “atención de calidad”.
- **El servicio:** Conjunto de actividades que satisfacen las necesidades del cliente; actividades intangibles derivadas de las actitudes y de la capacidad interpersonal del prestador de los servicios de salud) que deben satisfacer no solo las necesidades, sino también los deseos y expectativas. El servicio puede clasificarse y medirse con expresiones que denoten calidad. El prestador de servicios posee conocimientos especializados, habilidades y la capacidad de utilizarlos con el fin de ayudar a otros seres humanos a evitar la enfermedad, recuperar la salud, encontrar el sentido a la

enfermedad o de mantener el máximo grado de salud posible. La atención en salud es un proceso que la institución y el prestador de salud realizan (actitudes y acciones) haciendo sentir al usuario que se está trabajando para él y por él, todo con el fin de satisfacer sus demandas.

- **Proceso:** Es un conjunto articulado de actividades que tiene por objeto la obtención de un resultado final definido, realizado por un conjunto organizado de recursos humanos, metodológicos y materiales (46).

La satisfacción de los pacientes con los servicios de salud puede ser alto: cuando las expectativas del usuario son cubiertas o casi cubiertas en su totalidad; medio: cuando las expectativas del usuario son cubiertas parcialmente; y bajo: cuando las expectativas del usuario no son cubiertas. Existen 2 tendencias para evaluar la calidad, uno de ellos privilegia métodos, técnicas e instrumentos cuantitativos en el supuesto que aseguren mayor objetividad. Las encuestas de opinión como métodos de investigación son el medio más empleado y más exacto para evaluar el nivel de satisfacción, a través de ellas se pretenden recoger la percepción sobre la calidad en la atención de quienes reciben y acuden a los servicios de salud y a la vez permiten detectar aspectos susceptibles de mejora, insuficiencia o disconformidad. La otra es mediante la utilización de métodos y técnicas cualitativas que permiten abordajes en profundidad de los problemas de calidad percibidos por los usuarios, así como de sus potenciales soluciones. Si bien es cierto los métodos cualitativos aportan información más exhaustiva sobre esta condición básicamente subjetiva, son complejos. Pero difícilmente pueden producir información por sí solos, deben ser asumidos como modalidades complementarias que permiten profundizar la información sobre problemas previamente detectados por métodos cuantitativos. Para así poder planificar estrategias y desarrollar nuevos programas tomando en consideración las necesidades y los intereses de la población de acuerdo a sus propios criterios u opiniones. En el marco de lineamientos de política, el MINSA, en diciembre del año 2001, aprobó el sistema de gestión de la calidad en salud, el cual establece los principios, bases conceptuales y objetivos que vienen orientando los esfuerzos para mejorar la calidad. También elabora una propuesta de instrumento técnico que permita obtener información confiable para conocer la satisfacción de los usuarios y así evaluar la

calidad de atención. Es importante anotar que este instrumento es referencial y puede ser adecuado al contexto específico de cada región o localidad (47).

Evaluación de la calidad de atención

La Calidad puede ser evaluado de forma:

- Objetiva: cuando lo observable del proceso viene con la percepción.
- Subjetiva: se refiere a las percepciones del usuario a los sentimientos y emociones, todo esto es lo que involucra el trato con el usuario.

Motiel considera que la calidad de atención se determina también por la accesibilidad a los servicios, continuidad y satisfacción de los pacientes (38). Avedis DONABEDIAN, profesor investigador de la Universidad de Michigan en los Estados Unidos, publicó un artículo “Evaluando la Calidad de Atención Médica”, donde define a la calidad de atención en salud como la aplicación de la ciencia y tecnología médicas, en forma que maximice los beneficios de la salud de la población, sin aumentar en forma proporcional sus riesgos, es decir obtener el máximo beneficio para el usuario mediante la aplicación del conocimiento y tecnología mas avanzada. Siempre teniendo en cuenta los requerimientos del paciente, así como las capacidades y limitaciones de recursos de la institución de acuerdo a los valores morales imperantes (39).

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera que la atención suministrada logre el equilibrio más favorable de riesgos y beneficios. Cabe señalar, sin embargo, que la referencia de atención médica debe entenderse como la atención que proporcionan todos aquellos que intervienen en la atención de los usuarios de los servicios de salud. Por ende, el término médica no se refiere solamente al ejercicio profesional de los médicos. De igual manera, cuando se habla de usuarios no se refiere solamente a los pacientes sino también a sus acompañantes (39).

En la actualidad la evaluación de la satisfacción desde la perspectiva del usuario es cada vez más común, constituye toda una exigencia en todos los rangos de la satisfacción, siendo usados para juzgar la calidad con que se brinda (45). En estos momentos se es competente como organización si se esta entre los que de acuerdo a criterios de mercado proporcionan mayor satisfacción al usuario.

Para realizar la evaluación de la satisfacción del usuario se debe de tener en cuenta de que concepto vamos a partir. Existen algunas dimensiones referidas:

- Evaluación de la satisfacción medida desde la competencia del profesional, observado en la dimensión técnica de la calidad de atención.
- Evaluación de la satisfacción del paciente medida desde las cualidades personales observado en la dimensión interpersonal de la calidad de atención.
- Evaluación de la satisfacción del paciente medida desde las accesibilidades del servicio observado en la dimensión de confort.

La presentada por Donabedian, sigue siendo pese a su generalidad, la de mayor aceptación. Propone 3 dimensiones:

- 1. Dimensión Humana:** Es la razón de ser de los servicios de salud. Es brindar atención y garantizar la salud del ser humano. Por lo tanto, la medicina no es solo una disciplina científica y mecánica, sino que tiene un componente humanístico y social fundamental. Según Jaen Barret, la dimensión humana se caracteriza por la forma en la cual el equipo de salud comprende al paciente, considerándolo como un individuo que merece ser tratado con buena relación interpersonal basado en trato digno, respeto, confianza y empatía, donde el paciente y acompañante se sientan satisfechos de recibir atención.

Características de la Dimensión Humana:

- A. Amabilidad, Cortesía y Cordialidad:** El trato del personal de salud debe ser con amabilidad, cortesía, cordialidad observando en el saludo, el llamado por su nombre, además del apoyo al esfuerzo y colaboración del paciente con refuerzos positivos por ser ello un voto de confianza que los anima a seguir adelante, cuidando los comentarios delante del paciente pues no solo les aumenta la angustia, sino que también son fuente de incertidumbre (36).
- B. Apoyo al Esfuerzo:** Está referida a motivar y estimular la asistencia al usuario” es decir reconocer sus esfuerzos es importante ya que de esta manera se fortalece la adherencia a su tratamiento. La motivación es el proceso psicológico o

conjunto de fuerzas (causas), energía causada por un conjunto de aspiraciones, deseos, anhelos, necesidades, desafíos y sensibilidades individuales, que estimulan a las personas y las induce a actuar.

- C. Confianza y Empatía:** Interés manifiesto, por la persona, sus percepciones y necesidades y demandas, genera un clima de confianza para que el usuario exprese sus preocupaciones y resuelva dudas en caso que las presente. Además de esta manera se detecta posibles complicaciones.
- D. Respeto:** Es la comunicación de aceptación de las ideas, sentimientos y experiencias del usuario; además del potencial de autorrealización. Es conocer el valor propio y honrar el valor de los demás. En base al respeto se sustenta la ética y la moral en cualquier campo y en cualquier época. El respeto se convierte en una condición de equidad y justicia. El respeto es aceptar y comprender tal y como son los demás, aceptar y comprender su forma de pensar, aunque no sea igual que la nuestra, aunque según nosotros está equivocado. Se debe respetar el nivel cultural, sus conocimientos y creencias del paciente, su preferencia sexual, sus derechos, privacidad, intimidad, etc.
- E. Información:** está referida a las técnicas y habilidades para la comunicación. Proceso de interacción por el que una persona transmite sus pensamientos, sentimientos o ideas a otra. Aquel medio que permite al individuo comprender a otro como se siente. Pero primero tendrá que escucharlo, cuando hable y converse sobre sus necesidades, preocupaciones, dudas, así podrá conocer la situación de su salud y enterarse de todo lo que ha hecho cuando se presentó el problema que lo aqueja. También saber que es lo que sabe, que información conoce y/o a oído, ello ayudará a decidir que se debe comunicar de manera oportuna y entendible.
- 2. Dimensión Técnica:** Aspecto humano que se establecen entre proveedor y usuario; y el entorno o contexto infraestructura o de confort durante la atención (56). Se refiere a los aspectos técnicos de la atención, tratamiento e intervenciones; consiste en la aplicación de la ciencia y tecnología de tal manera que rinda el máximo beneficio para la salud del usuario, con un mínimo de riesgos, es decir el prestador de servicios cuente con conocimientos y habilidades que le permitan brindar cuidados en forma oportuna y

continua, es decir cada vez que el individuo sano o enfermo lo requiera y de acuerdo a sus necesidades y su conformidad además de la disposición de materiales. También incluye la identificación de problemas, dinamismo del diagnóstico y una rápida toma de decisiones y de esta manera lograr mejores resultados.

Esta dimensión considera aspectos fundamentales y básicos:

- **Efectividad:** referida al logro de mejores resultados (efectos posibles). usuario siente respeto y reconocimiento hacia el prestador de servicio que contribuye y soluciona su problema de salud.
- **Brindar educación,** orientación y explicación para lograr que el usuario entienda por completo, lo que el prestador de servicio indica y educa sobre el proceso de enfermedad, así como el tratamiento (riesgos y beneficios) y la forma correcta para tomar el TARGA y la profilaxis (medicamentos para prevenir infecciones oportunistas) y los cuidados que debe realizar.
- **Comunicar y explicar** previamente que procedimientos se va a realizar. Proporcionar una explicación concisa y adecuada previamente y lo que podría sentir, además del tiempo aproximado de duración del procedimiento y lo importante que será su colaboración; minimizara el grado de ansiedad, nerviosismo y posterior a los procedimientos y/o acciones realizadas así se obtendrá mejores resultados.
- **Competencia Técnica.** Al usuario le interesa que el prestador de servicio sea un buen profesional, tenga conocimientos, habilidades (destreza técnica) que no implique riesgos y peligros, por el contrario, seguridad. Esto, durante la realización de procedimientos. El prestador de servicio debe estar preparado para reconocer rápidamente distintas patologías, conocer el manejo farmacológico específicos y sus efectos secundarios, colaterales, así como indican las normas técnicas.
- **Aplicar Medidas de bioseguridad,** antes de cualquier procedimiento (así como lavarse las manos antes de realizar examen físico, dar tratamiento anti-retroviral, y otros que lo ameriten)
- **Realiza acciones con rapidez adecuada.** El tiempo de dedicación (duración de la atención) y el tiempo de espera juegan un papel importante. Los usuarios demandan atención de salud de calidad donde los prestadores de salud apliquen en su actuar,

correctamente las normas establecidas, en un tiempo adecuado y con los menores riesgos posibles.

- **Eficiencia:** uso adecuado de recursos con los que se cuenta para obtener mayores beneficios (resultados esperados). Los usuarios se sienten satisfechos cuando el prestador de servicio es un buen profesional, eficiente que acierte en el diagnóstico y el tratamiento que le ofrece.
- **Administración y Provisión de recursos:** cada equipo de salud realiza actividades de gestión de recursos materiales necesarios para la atención, como medicinas (tratamiento anti-retroviral y de profilaxis), material informativo y educativo, entre otros.
- **Continuidad:** prestación interrumpida del servicio, es decir el grado en el cual los usuarios reciben la serie completa de servicios que necesitan, si interrupciones, suspensiones, paralizaciones, ni repeticiones innecesarias de evaluación y diagnóstico. Implica el seguimiento de la atención no solo referente al equipo de salud a lo largo del tiempo de tratamiento. Deja indicaciones escritas sobre procedimientos, cita, exámenes, medicamentos que va a tomar y cuidados a realizar. Averigua las razones por las cuales no cumple lo indicado (traer a tiempo exámenes de laboratorio, venir los días citados a la consulta y/o tratamiento) y lo relacionado al cuidado de su salud.
- **Accesibilidad:** es el grado de facilidad favorecida por el prestador de servicios hacia el usuario, es decir a acceder a los usuarios a los servicios que desee o requiera.
- **Brinda facilidades** para obtener medicamentos y realizar exámenes indicados. Uno de los principales factores que influyen en la decisión de los usuarios de hacer uso o no de los servicios que oferta un establecimiento de salud es “el costo de la atención y de las medicinas”.
- **Integralidad:** que el usuario reciba las atenciones que su caso requiere y que exprese un interés por la condición de salud del acompañante. Fomenta la participación del acompañante en el cuidado del PVVS, por ello el prestador de servicios busca formar un miembro del entorno social del paciente (familiar o allegado, amigo, pareja, pares) que se denominara Agente de Soporte Personal (ASP), el mismo que garantizaría la sostenibilidad de la estrategia. El equipo multidisciplinario trabaja de manera

coordinada para brindar atención integral de calidad a fin de detectar factores que afectan la adherencia (consumir drogas, alcohol, depresión, etc.) signos de alarma de infecciones oportunistas que ameritan manejo especializado mediante seguimiento permanente y referencia oportuna, y así determinar el inicio de la profilaxis para su prevención (36).

- 3. Dimensión Entorno:** Según Maslow “el hombre necesita un ambiente estable en el cual se halle protegido contra las amenazas de peligros y privaciones”. En tal sentido la dimensión entorno se caracteriza por ser los cuidados que brinda el equipo multidisciplinario al individuo, familia o comunidad en cuanto al ambiente, ubicación del hospital; horario de atención; señalización de seguridad; iluminación y ventilación; limpieza, orden y ambientación; comodidad; apariencia del personal y demás aspectos que se refiere a las condiciones ambientales la que involucra las características físicas del lugar en que se brinda la atención, es decir el contexto, debe ser libre de riesgos y proteger al usuario de los daños físico y psicológico (36).

1.4. Justificación de la investigación

El estudio es importante teóricamente porque aportará información relevante sobre la calidad de atención y adherencia al TARGA. Tiene relevancia práctica porque permitirá, a partir de los resultados diseñar nuestras estrategias de intervención para mejorar la calidad de atención de las personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) y por ende mejorar la adherencia al TARGA; relevancia metodológica porque se pretende consolidar la aplicación de métodos, procedimientos y técnicas e instrumentos empleados, mostrando su validez y confiabilidad. Finalmente, tiene relevancia social porque al mejorar la calidad de atención al PVVS, se mejorará la eficacia terapéutica al TARGA y la calidad de vida del usuario y la de su familia, por ende, disminuirá el gasto en salud.

1.5. Problema

¿Existe relación entre la percepción sobre la calidad de atención y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), que tienen los usuarios infectados con VIH atendidos en el Hospital II-2 Tarapoto, de diciembre 2017 a junio 2018?

II. OBJETIVOS

2.1. Objetivo general

Determinar la relación que existe entre la percepción sobre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), que tienen las personas viviendo con los virus del VIH atendidos en el Hospital II-2 Tarapoto. Diciembre 2017 a junio 2018

2.2. Objetivos específicos

- Identificar la Percepción que tienen los Usuarios Infeccionados con VIH que reciben Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), referente a la Calidad de Atención brindada por el Equipo Multidisciplinario.
- Determinar la Prevalencia a la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), que tienen los usuarios infectados e identificar la dimensión de la calidad de atención de mayor relación estadística y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), de la población en estudio.

2.3. Hipótesis

Existe relación estadísticamente significativa entre la Percepción sobre la Calidad de Atención y la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) de los pacientes viviendo con el virus del sida, atendido en el Hospital II-2 Tarapoto. Diciembre 2017 a junio 2018.

2.4. Operacionalización de variables

| Variable | Definición Conceptual | Definición Operacional | Dimensiones | Indicadores | Scala de Medición |
|--|---|---|-------------------|---|-------------------|
| Variable independiente: Percepción sobre la calidad de atención | La percepción sobre la calidad de atención, es cuando el servicio satisface y responde a sus necesidades y supera sus expectativas que conduzcan a reforzar hábitos de salud existentes. (MINSA 2000) | Está referida a la dimensión humana, técnica y entorno, de lo que el prestador de servicios brinda en una atención de calidad. (44) | Humana | Amabilidad, cortesía y cordialidad Llama de su nombre Le atiende con cortesía y cordialidad Es amable en su trato. | Ordinal |
| | | | | Apoyo al esfuerzo Colabora con el paciente con recursos positivos Le anima a seguir adelante Motiva al usuario y las induce a actuar. | |
| | | | | Confianza y empatía Interés por la persona Interés por sus percepciones, necesidades y demandas Genera clima de confianza Identifica dudas Mantiene confidencialidad en la información brindada. | |
| | | | | Información: Usa técnicas y habilidades para la comunicación Transmite conocimiento al usuario Habla y conversa sobre sus necesidades, preocupaciones, dudas. Identifica la información que conoce Se comunica en forma oportuna y entendible. | |
| | | | Dimensión técnica | Logra Efectividad (mejores resultados) Brinda tratamiento adecuado Identifica las causas del problema Realiza el diagnóstico Toma decisiones en mejora del paciente | Ordinal |
| Brinda educación: sobre el proceso de enfermedad, así como el tratamiento (riesgos y beneficios, forma correcta de tomar el targa, la profilaxis y cuidados que debe realizar) | | | | | |

| | | | | |
|--|--|--|--|---------|
| | | | <p>Comunicar y explicar Comunica los procedimientos que va a realizar y el tiempo de duración del procedimiento. Comunica la importancia de su colaboración en el Tto. Minimiza el grado de ansiedad, nerviosismo.</p> | Ordinal |
| | | | <p>Competencia técnica Muestra destreza en la atención del paciente. Reconoce rápidamente patologías Conoce el manejo farmacológico específico y sus efectos secundarios, colaterales, según norma técnica.</p> | |
| | | | <p>Aplica medidas de bioseguridad. Se lava las manos antes y después de realizar examen físico, dar tratamiento antiretroviral y otros que lo ameriten.</p> | |
| | | | <p>Realiza acciones con rapidez adecuada Tiempo de atención (adecuado, corto o muy corto) según su perspectiva y sentido común. Tiempo de espera prudencial</p> | |
| | | | <p>Administración y provisión de recursos Gestión adecuada permite contar con tratamiento anti-retroviral y profilaxis disponible, Material informativo y educativo disponible, Otros.</p> | |
| | | | <p>Continuidad: Servicio completo, sin interrupciones, suspensiones, paralizaciones, ni repeticiones innecesarias de evaluación y diagnóstico. Da indicaciones escritas sobre procedimientos, cita, exámenes, medicamentos que va a tomar y cuidados a realizar. Indaga las razones por las cuales el usuario no cumple lo indicado (laboratorio, citas, tratamiento).</p> | |
| | | | <p>Accesibilidad: Acceder a los usuarios a los servicios que desee o requiera</p> | |
| | | | <p>Brinda facilidades Para la obtención de medicamentos y realización de exámenes indicados (costos de la atención y medicinas).</p> | |

| | | | | | |
|--|--|---|--|---|---------|
| | | | | <p>Integralidad</p> <p>Expresa interés por la condición de salud del acompañante.</p> <p>Fomenta participación del acompañante en el cuidado del PVVS</p> <p>Forma a un miembro del entorno social del paciente (familiar o allegado, amigo, pareja, pares) como Agente de Soporte Personal (APS) para garantizar la sostenibilidad de la estrategia.</p> <p>Identifican factores de adherencia (consumo de drogas, alcohol, depresión, etc.)</p> <p>Identifica signos de alarma de infecciones oportunistas</p> <p>Realiza seguimiento y referencia oportuna al paciente</p> <p>Inicia profilaxis de prevención de otras enfermedades.</p> | Ordinal |
| | | | <p>Entorno</p> <p>Ubicación del hospital</p> <p>Señalización de seguridad</p> <p>Iluminación, ventilación</p> <p>Limpieza, orden, ambientación</p> <p>Comodidad</p> <p>Apariencia del personal de salud</p> <p>Infraestructura libre de riesgos</p> <p>Equipamiento hospitalario adecuado (camilla, escritorio, muebles, etc.)</p> <p>Privacidad del consultorio</p> | | |
| <p>Variable dependiente:</p> <p>Adherencia al TARGA</p> | <p>Grado en que el comportamiento de una persona se ajusta a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios de estilos de vida, en concordancia con las recomendaciones del personal de salud.</p> <p>(13)</p> | <p>Está referida al uso y horario de administración del medicamento. (13)</p> | <p>Uso del medicamento</p> | <p>Alguna vez olvida de tomar la medicación.</p> <hr/> <p>Sintomatología ante el olvido de tomar la medicación.</p> <hr/> <p>Nro. de veces que olvida tomar la medicación:</p> <p>A. Ninguna</p> <p>B. 1 – 2</p> <p>C. 3 – 5</p> <p>D. 6 – 9</p> <p>E. Más de 10</p> <hr/> <p>Nro. De días que no toma la medicación, luego de control.</p> <hr/> | Ordinal |
| | | | <p>Horario</p> | <p>Toma siempre los fármacos a la hora indicada</p> | |

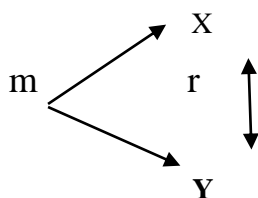
III. MATERIAL Y MÉTODOS

3.1. Tipo de estudio

El tipo de investigación es cuantitativa porque mide la variable de investigación; no experimental porque no se manipuló la variable; descriptiva porque describe el fenómeno tal y como se presenta; de corte transversal porque la recolección de datos se realizó en un tiempo determinado y Prospectivo porque los datos fueron recolectados en el presente (56).

3.2. Diseño de investigación

Descriptivo correlacional, porque se determinó la relación de las variables en estudio.



Donde:

m = Representa la muestra del estudio.

X = Percepción sobre la calidad de atención.

Y = Adherencia al tratamiento antiretroviral VIH

r = Relación entre variables.

3.3. Universo, población y muestra

Universo

El estudio se realizó en el servicio de infectología de la estrategia sanitaria “Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual y VIH/SIDA” del Hospital II – 2 Tarapoto, que viene brindando TARGA a los PVVS desde finales del año 2005. Solo en el año 2017, este Hospital atendió alrededor de 680 PVVS quienes recibieron o no tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA).

Población

Estuvo conformada por todas las personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana que reciben tratamiento TARGA, por haber cumplido los procesos para su ingreso, en el Hospital II-2 Tarapoto, durante el periodo 2017, siendo aproximadamente 630 usuarios.

Muestra

Para determinar la muestra se aplicó la fórmula para el cálculo del tamaño muestral, según el siguiente detalle:

$$n = \frac{N Z^2 pq}{(N-1) e^2 + Z^2 pq}$$

Dónde:

n : Tamaño de la muestra

N : Población de pacientes = 630.

Z : Nivel de Confianza al 95% (Z = 1.96)

p : Estimación de la proporción poblacional, en la variable de interés; extraída de epidemiología 20% (0.221)ⁱ

q : (1 - p) = 80% = 0.8

e : Margen de Error de la estimación de p (5%)

Reemplazando tenemos:

$$n = \frac{(630) (1.96)^2 (0.2) (0.8)}{(630 - 1) (0.05)^2 + (1.96)^2 (0.2) (0.8)}$$

$$n = \frac{(630) (3.8416) (0.1600)}{(629) (0.0025) + (3.8416) (0.16)}$$

$$n = \frac{387,23328}{(1,5725+ 0.614656)}$$

$$n = \frac{387,23328}{2,187156} = 177,05 = 177$$

3.3.1. Criterios de inclusión

- PVVS atendido en el Hospital II-2 Tarapoto.
- PVVS que recibió TARGA por más de 6 meses.
- PVVS que aceptó participar en el estudio.
- PVVS lúcido, en tiempo espacio y persona.

3.3.2. Criterios de exclusión

- PVVS que no recibió TARGA.
- PVVS que no aceptó participar en el estudio.
- PVVS con alteraciones mentales.

3.4. Procedimiento

- Se solicitó la autorización del Director del Hospital II-2 –Tarapoto para la autorización del recojo de información.
- Se identificó a las unidades de análisis que conformaron la muestra, teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión.
- Se informó a la PVVS los objetivos de la investigación y se procedió a la aplicación del instrumento en forma individual, de lunes a sábado en el horario de 8.00 am a 1.00 pm.
- Una vez recogida la información se procedió a vaciar la misma en una Base de datos elaborada en Excel.
- Para el procesamiento y análisis de los datos se ingresó la información al programa estadístico SPSS versión 24.0.

3.5. Técnicas e instrumentos de recolección de datos

Técnicas:

- Observación
- Entrevista

Instrumento:

- Lista de Cotejo.
- Encuesta para evaluar la percepción del PVVS sobre la calidad de atención.

La encuesta fue diseñada en base a instrumentos de estudios previos, Donabedian citado en Ramírez (57) y Tello (58). Consta de 53 preguntas de opción múltiple con 01 opción de respuesta, divididas en tres secciones básicas:

I. Datos generales: Consta de 09 ítems, referida a consignar la edad, sexo, grado de instrucción, ocupación, situación económica, soporte socio-familiar, depresión, consumo de alcohol y drogas y afrontamiento. (Anexo 01)

II. Percepción de la calidad de atención relacionada con el TARGA.

Considerando los distintos procesos de atención se distinguieron las siguientes áreas de evaluación para la elaboración de los ítems: dimensión humana, técnica y entorno según Donabedian (Anexo 01):

- a. **Dimensión Humana:** Consta de 14 ítems, referida a consignar la amabilidad, cortesía, cordialidad, apoyo al esfuerzo, confianza y empatía e información, de la atención recibida en el establecimiento de salud. Cada ítem tiene 5 alternativa de respuesta (Totalmente de Acuerdo, De acuerdo, Indiferente, Desacuerdo y Totalmente Desacuerdo), que tiene una valoración de 5 a 1 punto respectivamente, haciendo un puntaje mínimo de 14 puntos y máximo 70 puntos.
- b. **Dimensión Técnica:** Consta de 30 ítems referida a lograr la efectividad de la atención, es decir mejores resultados; brindar educación sobre el proceso de la enfermedad, así como el tratamiento; comunicar y explicar los procedimientos a realizar; aplicación de medidas de bioseguridad; realiza acciones con rapidez adecuada, eficiencia, administración y provisión adecuada de recursos; continuidad, accesibilidad, brindar facilidades e integralidad en la atención. Cada ítem tiene 5 alternativa de respuesta (Totalmente de Acuerdo, De acuerdo, Indiferente, Desacuerdo y Totalmente Desacuerdo), que tiene una valoración de 5 a 1 punto respectivamente, haciendo un puntaje mínimo de 30 puntos y máximo 150 puntos.
- c. **Entorno:** Consta de 09 ítems relacionadas con la infraestructura y equipamiento hospitalario. Se observó el grado de satisfacción de los pacientes con la comodidad, limpieza y privacidad del consultorio, y para con los equipos

(camilla, escritorio, muebles) que poseen los hospitales evaluados. Cada ítem tiene 5 alternativa de respuesta (Totalmente de Acuerdo, De acuerdo, Indiferente, Desacuerdo y Totalmente Desacuerdo), que tiene una valoración de 5 a 1 punto respectivamente, haciendo un puntaje mínimo de 9 puntos y máximo 45 puntos.

Se categorizará la variable calidad y sus dimensiones aplicando la escala de stones (anexo 03), tal como se detalla:

| Dimensión Humana | |
|-------------------------|-----------------------|
| Alto | 60 - 70 puntos |
| Medio | 54 - 59 puntos |
| Bajo | 14 - 53 puntos |

| Dimensión Técnica | |
|--------------------------|-------------------------|
| Alto | 122 - 150 puntos |
| Medio | 112 - 121 puntos |
| Bajo | 30 - 111 puntos |

| Dimensión Entorno | |
|--------------------------|-----------------------|
| Alto | 35 - 45 puntos |
| Medio | 30 - 34 puntos |
| Bajo | 9 - 29 puntos |

| Variable Calidad | |
|-------------------------|-------------------------|
| Alto | 215 - 265 puntos |
| Medio | 196 - 214 puntos |
| Bajo | 53 - 195 puntos |

III. **Adherencia al TARGA:** Se utilizó el instrumento referido en la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)" anexo 08, aprobado con Res. Ministerial N^a 962-2014/MINSA el 11 de diciembre 2014 (16). Los ítems, están referidos al uso y horario de administración del medicamento. (Anexo 02). Se categorizará la variable Adhrencia al TARGA, tal como se detalla:

| VARIABLE ADHERENCIA AL TARGA | |
|-------------------------------------|-----------------|
| Criterios | Escala |
| Adherencia | Mayor 95% |
| No Adherencia | Menor igual 95% |

Validación del instrumento:

Se llevó a cabo la validación mediante la opinión de médicos especializados en infectología y profesores, así como una prueba preliminar con 15 pacientes del Servicio de

Infectología del mismo centro de salud, con el fin de evaluar la percepción sobre la calidad de la atención, utilizando el marco teórico propuesto por Donabedian. La confiabilidad del instrumento se determinó mediante el análisis interno alfa de Cronbach utilizando el software estadístico SPSS.

3.6. Plan de tabulación y análisis de datos

Los datos fueron ingresados y organizados en Microsoft Excel 2014. La información fue procesada utilizando SPSS versión 24.0 (STATISTICAL PACKAGE FOR SOCIAL SCIENCE). Se empleó análisis estadístico descriptivo para examinar las medidas de tendencia central y dispersión, tales como frecuencia, porcentaje, media aritmética, desviación estándar, entre otros. Además, se utilizó análisis estadístico inferencial, específicamente la prueba no paramétrica de chi cuadrado, con un nivel de significancia establecido en $p < 0,05$, para investigar la relación entre las variables en cuestión y para verificar la hipótesis planteada (59).

3.7. Aspectos éticos

La recolección de datos se realizó a partir de los registros médicos, garantizando la integridad del derecho a la información de los pacientes. Además, estos datos fueron utilizados exclusivamente para propósitos de investigación y se manejaron con total confidencialidad. El proyecto recibió la supervisión y aprobación del comité de ética de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Nacional de San Martín Tarapoto, compuesto por académicos con titulación de maestría y doctorado. Se respetaron los criterios de selección de casos y se actuó conforme a los principios de beneficencia y no maleficencia.

IV. RESULTADOS

Tabla 1. Percepción que tienen los Usuarios Infectados con VIH que reciben Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), referente a la Calidad de Atención brindada por el Equipo Multidisciplinario en el Hospital II-2 – Tarapoto, Dic 2017 – jun. 2018.

| Criterios | Escala | fi | % |
|------------------|----------------|-----------|----------|
| Bajo | 53– 195 ptos | 27 | 15,3% |
| Medio | 196 – 214 ptos | 120 | 67,8% |
| Alto | 215 – 265 ptos | 30 | 16,9% |
| Total | | 177 | 100.0% |

Fuente: Resultado de los instrumentos aplicados.

Los datos presentados en la tabla 01 muestran los hallazgos de 177 encuestas realizadas a usuarios que están infectados con VIH que están bajo tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en el Hospital II – 2 Tarapoto. Estos resultados indican que el 67,8% de los encuestados se sitúan en un nivel medio con una inclinación hacia el alto, mientras que el 16,9% se encuentran en un nivel alto de satisfacción con la calidad de atención proporcionada por el equipo de salud multidisciplinario.

Tabla 2. Prevalencia a la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), que tienen los usuarios infectados con VIH atendidos en el Hospital II - 2 –Tarapoto. Dic 2017 – Jun 2018.

| Criterios | Escala | fi | % |
|------------------|-----------------|-----------|----------|
| Adherencia | Mayor 95% | 57 | 32,0% |
| No Adherencia | Menor igual 95% | 120 | 67,8% |
| Total | | 177 | 100.0% |

Fuente: Resultado de los instrumentos aplicados.

En la tabla 2 se muestra la frecuencia de adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) entre los pacientes con VIH tratados en el Hospital II – 2 Tarapoto. Se observa que el 32,0% de los pacientes tienen adherencia al tratamiento, mientras que el 67,8% no lo tienen.

Tabla 3. Relación entre la dimensión humana de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), de la población en estudio.

| Adherencia | Dimensión humana de la calidad | | | | | | | |
|----------------------|--------------------------------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|------------|---------------|
| | Alta | | Media | | Baja | | Total | |
| | fi | % | fi | % | fi | % | Fi | % |
| Adherencia | 6 | 3.4% | 33 | 18.6% | 18 | 10.2% | 57 | 32.2% |
| No adherencia | 24 | 13.6% | 81 | 45.8% | 15 | 8.5% | 120 | 67.8% |
| Total | 30 | 17.0% | 114 | 64.3% | 33 | 18.7% | 177 | 100.0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|---------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 10,145 ^a | 2 | ,006 |
| Razón de verosimilitud | 9,769 | 2 | ,008 |
| N de casos válidos | 177 | | |

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 9,66.

Se utilizó la prueba de chi cuadrado no paramétrica con un nivel de significancia de $p < 0,05$ para analizar la relación entre la calidad de atención en términos humanos y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Según los resultados de la tabla 03, se encontró una conexión estadísticamente significativa entre estas variables ($X^2 = 10,145$; $p = 0,006$).

Tabla 4. Relación entre la dimensión técnica de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), de la población en estudio.

| Adherencia | Dimensión técnica de la calidad | | | | | | | |
|----------------------|---------------------------------|---------------|------------|--------------|-----------|---------------|------------|---------------|
| | Alta | | Media | | Baja | | Total | |
| | fi | % | fi | % | fi | % | Fi | % |
| Adherencia | 6 | 3.4% | 42 | 23.7% | 9 | 5.1% | 57 | 32.2% |
| No adherencia | 21 | 11.9% | 78 | 44.1% | 21 | 11.9% | 120 | 67.8% |
| Total | 27 | 15.25% | 120 | 67.0% | 30 | 16.95% | 177 | 100.0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|--------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 1,729 ^a | 2 | ,421 |
| Razón de verosimilitud | 1,808 | 2 | ,405 |
| N de casos válidos | 177 | | |

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5. El recuento mínimo esperado es 8,69.

Se empleó la prueba de chi cuadrado no paramétrica con un nivel de significancia de $p < 0,05$ para examinar la relación entre la dimensión técnica de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Según los resultados presentados en la tabla 04, no se identificó una conexión estadísticamente significativa entre las variables en cuestión, como se evidencia por la falta de significancia en la prueba estadística ($X^2 = 1,729$; $p = 0,421$).

Tabla 5. Relación entre la dimensión entorno de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), de la población en estudio.

| Adherencia | calidad | | | | | | | |
|----------------------|-----------|---------------|-----------|---------------|-----------|---------------|------------|---------------|
| | Alta | | Media | | Baja | | Total | |
| | fi | % | fi | % | fi | % | Fi | % |
| Adherencia | 9 | 5.1% | 24 | 13.6% | 24 | 13.6% | 57 | 32.2% |
| No adherencia | 33 | 18.6% | 60 | 33.9% | 27 | 15.3% | 120 | 67.8% |
| Total | 42 | 23.73% | 84 | 47.46% | 51 | 28.81% | 177 | 100.0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|--------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 7,896 ^a | 2 | ,019 |
| Razón de verosimilitud | 7,773 | 2 | ,021 |
| N de casos válidos | 177 | | |

a. 0 casillas (0,0%) han esperado un recuento menor que 5.

El recuento mínimo esperado es 13,53.

Se empleó el test de chi cuadrado no paramétrico con un nivel de significancia de $p < 0,05$ para examinar la relación entre la dimensión humana de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Los resultados de la tabla 05 indican una asociación estadísticamente significativa entre ambas variables ($X^2 = 7,896$; $p = 0,019$).

Tabla 6. Relación estadísticamente significativa entre la percepción sobre la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), que tienen las personas viviendo con los virus del SIDA atendidos en el Hospital II-2 – Tarapoto. Dic 2017 – Jun 2018.

| Adherencia al TARGA | Percepción de la Calidad de atención | | | | | | | |
|------------------------|--------------------------------------|--------------|------------|--------------|-----------|--------------|------------|---------------|
| | Alta | | Media | | Baja | | Total | |
| | fi | % | fi | % | fi | % | Fi | % |
| Adherencia | 6 | 3.4% | 42 | 23.7% | 9 | 5.1% | 57 | 32.2% |
| No adherencia | 24 | 13.6% | 78 | 44.1% | 18 | 10.2% | 120 | 67.8% |
| Total | 30 | 17.0% | 120 | 67.8% | 27 | 15.3% | 177 | 100.0% |

Pruebas de chi-cuadrado

| | Valor | df | Significación asintótica (bilateral) |
|-------------------------|--------------------|----|--|
| Chi-cuadrado de Pearson | 2,492 ^a | 2 | ,288 |
| Razón de verosimilitud | 2,668 | 2 | ,263 |
| N de casos válidos | 177 | | |

La tabla 6 indica que, según la prueba no paramétrica de chi cuadrado, no se observa una conexión entre la percepción de la calidad y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), ya que el valor de p es 0.288, lo cual es mayor que 0.05. En consecuencia, no se respalda la hipótesis de investigación que afirmaba una relación significativa entre la calidad de atención y la adherencia al TARGA.

V. DISCUSIÓN

El propósito del estudio es determinar la correlación entre la percepción de la calidad del servicio proporcionado por el Equipo Multidisciplinario en el Hospital II-2 – Tarapoto, durante el período de diciembre 2017 a junio 2018, y la adherencia de los pacientes al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Se encontró que de las 177 encuestas realizadas a los pacientes infectados con VIH que están en tratamiento, el 67,8% considera que la calidad de atención es moderada, con un 16,9% mostrando una percepción de calidad alta.

Es fundamental que los usuarios se sientan complacidos con la atención que reciben, ya que esta no solo implica la dispensación de medicamentos, sino también la amabilidad y cercanía en el trato del personal hacia ellos. Una atención deficiente puede llevar a la insatisfacción del usuario, generando dudas sobre el tratamiento y aumentando los riesgos de complicaciones o incluso fallecimiento. La satisfacción con el servicio, especialmente en lo que respecta a la información sobre los medicamentos, está estrechamente relacionada con la adherencia al TARGA. Por tanto, es crucial ser eficaces, competentes, respetuosos, realizar las acciones adecuadas en el momento oportuno, buscar la mejora continua y la innovación para alcanzar la excelencia. Los usuarios tienen un gran deseo de recibir más información sobre cómo tomar los medicamentos y las posibles reacciones adversas al TARGA (60).

La frecuencia de cumplimiento con el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) entre los pacientes con VIH que reciben atención en el Hospital II – 2 Tarapoto es del 32,0%, mientras que el incumplimiento alcanza el 67,8%. Estos resultados difieren de los hallazgos de Ramírez S. y Valdiviezo M. en Trujillo, Perú, donde el 84% de los pacientes se adhieren al tratamiento y el 16% no lo hacen. Sin embargo, son más altos que los informados por Varela-Arévalo M. y Hoyos-Hernández P. en Cali, Colombia, en 2015, donde solo el 37% de los individuos se adhieren al tratamiento, especialmente preocupante entre los menores de 40 años. Por otro lado, Ortego C. en España señaló que la tasa de adherencia al tratamiento antirretroviral se sitúa en promedio en el 55%, inferior a lo observado en países desarrollados y Europa Occidental. Factores como la región, la raza, el estadio clínico y las conductas sexuales y de consumo de drogas parenterales influyen en la adherencia, mientras que la proporción de mujeres que cumplen con más del 90% del

TARGA prescrito es menor que la de los hombres, aunque esta diferencia no resulta significativa (53)

Sánchez M., en Madrid, España, en 2010, señala que los pacientes con antecedentes de adicción a drogas por vía parenteral (ADVP) muestran una menor adherencia al TARGA en comparación con aquellos con otras prácticas de riesgo para la infección por VIH (66,7 % vs. 87,2 %; OR=3,396). El consumo de tabaco, alcohol y metadona tiene un impacto negativo en la adherencia. Asimismo, los pacientes coinfectados con el VHC muestran una menor adherencia en comparación con los no coinfectados (69,4 % vs. 87,3 %; OR=3,020). Se observa una asociación entre un bajo nivel educativo y una menor adherencia al TARGA. Es crucial educar al paciente para que comprenda completamente el tratamiento y participe activamente en él. Además, se ha encontrado que los pacientes que conviven con otras personas VIH, tienen amigos infectados o hijos, presentan una menor adherencia (62).

Peñarrieta M, Kendal T, Martinez N, Rivera A, Gonzales N, Flores F, et. Al., en el año 2009, en México, detectaron que aproximadamente la mitad de los pacientes (50%) no seguían adecuadamente su tratamiento en los últimos cuatro días, y un porcentaje similar (48%) no lo cumplía en las últimas cuatro semanas. Los factores asociados con la falta de adherencia incluyeron no almacenar el medicamento en un lugar designado, insatisfacción con la situación de salud actual y percibir como complicada la gestión de su tratamiento (63).

Real, S., Kidder, D., Patrabansh, S., Wolitski, R., Holtgrave, D., y Aidala, A. (2018) describieron en un estudio realizado en Estados Unidos que, de los 644 participantes, 358 (55%) estaban actualmente recibiendo tratamiento antirretroviral (TARGA). En cuanto a la adherencia durante dos días, 280 (78%) indicaron que cumplieron con todas las dosis recetadas (100% de cumplimiento); mientras que para la adherencia durante siete días, 291 (81%) informaron haber cumplido con al menos el 90% de las dosis (64%) (64).

En lo que concierne a la asociación entre las diferentes facetas de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGA) en la población estudiada, se empleó la prueba de correlación de Spearman. Los resultados señalan que no se observó una relación significativa entre las dimensiones de la percepción de calidad y la adherencia al tratamiento antirretroviral de alta eficacia (TARGA), dado que los valores de

p fueron mayores a 0,05: para la dimensión humana ($p = 0,568$), técnica ($p = 0,803$) y entorno ($p = 0,351$).

En cuanto a la conexión entre las dimensiones de calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), se empleó la prueba no paramétrica de chi cuadrado con un nivel de significancia de $p < 0,05$. Se encontró una relación estadísticamente significativa entre las variables de dimensión humana y entorno ($X^2 = 10,145$; $p = 0,006$ y $X^2 = 7,896$; $p = 0,019$ respectivamente). Por otro lado, en la dimensión técnica no se observó una relación estadísticamente significativa ($X^2 = 1,729$; $p = 0,421$).

La tabla 06 indica que, según la prueba no paramétrica de chi cuadrado, no hay una conexión entre la percepción de calidad y la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA), dado que el valor p es de 0.288, lo que significa que es mayor que 0.05. Consecuentemente, se rechaza la hipótesis de investigación que sugiere que hay una relación significativa entre la percepción de calidad de atención y la adherencia al TARGA.

En 2015, Pacífico J. y Gutiérrez C., en un centro hospitalario de Lima, Perú, señalaron que la satisfacción con la información suministrada sobre los medicamentos no mostró vínculo con la adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) ($p=0,611$). Se observó un mayor grado de satisfacción con los detalles proporcionados sobre la función y uso de los medicamentos en comparación con la información sobre posibles efectos adversos (48,9% vs. 43,1%; $p=0,0291$). En otro estudio llevado a cabo por Ramírez S. y Valdiviezo M. en Trujillo, Perú, se encontró que el 69% de los pacientes tenía una relación de ayuda excelente con el personal de enfermería, mientras que el 31% tenía una relación de ayuda regular. Se estableció una correlación entre la calidad de la relación de ayuda brindada por la enfermera y el nivel de cumplimiento del tratamiento antirretroviral por parte de los adultos, concluyendo que un mejor nivel de relación de ayuda se traduce en una mayor adherencia ($p < 0,05$) (67).

Por último, en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza en Lima, Perú, se menciona que una atención de calidad es crucial para garantizar la adherencia al TARGA. Esta atención puede evaluarse según el cumplimiento de estándares, la calidad de los recursos y la amabilidad en el servicio. La amabilidad es especialmente importante ya que implica una

interacción directa entre individuos. Por lo tanto, se concluye que los problemas en la infraestructura hospitalaria, la relación con el personal médico, la percepción del derecho a la atención médica y la amabilidad en el servicio limitan la adherencia al tratamiento en personas con VIH (65).

VI. CONCLUSIONES

1. En este análisis se observó que no se halló una correlación importante entre cómo se percibe la calidad del cuidado y el seguimiento al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) en individuos que viven con VIH y son atendidos en el Hospital II-2 Tarapoto, durante el periodo de diciembre de 2017 a junio de 2018 ($p > 0,05$).
2. La mayoría de las personas con VIH que reciben Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) tienen una percepción satisfactoria de la calidad de atención brindada por el Equipo Multidisciplinario, con un 67,8% considerándola como media y un 16,9% con una percepción tendiente hacia alto. Por consiguiente, se infiere que la mayoría de los usuarios del programa experimentan una atención satisfactoria en términos de calidad.
3. La tasa de cumplimiento con el tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) entre los pacientes con VIH atendidos en el Hospital II – 2 Tarapoto es del 32,0%, mientras que la falta de cumplimiento es del 67,8%. Esto indica que, a pesar de tener una percepción positiva sobre la calidad de la atención, las personas con VIH tienen una baja adherencia al tratamiento.
4. La conexión entre la dimensión humana y del entorno de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral (TARGA) es estadísticamente significativa, con valores de X^2 de 10,145 ($p = 0,006$) y 7,896 ($p = 0,019$) respectivamente, con un nivel de significancia de $p < 0,05$. En contraste, no se observa una relación estadísticamente significativa entre la dimensión técnica de la calidad de atención y la adherencia al tratamiento antirretroviral, con un valor de X^2 de 1,729 ($p = 0,421$), y un nivel de significancia de $p > 0,05$.

VII. RECOMENDACIONES

1. La adhesión al tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) presenta una complejidad multifactorial, siendo un desafío crucial para la salud pública en la actualidad. Según los hallazgos de este estudio, se sugiere llevar a cabo investigaciones exhaustivas sobre los diversos factores que influyen en la adherencia al TARGA entre las personas que viven con el virus del VIH y reciben atención en el Hospital II-2 Tarapoto. Estas investigaciones deberían basarse en los resultados obtenidos en este estudio, dado que no existen investigaciones locales previas sobre este tema.
2. Se sugiere enfatizar en la mejora constante de la calidad de atención ofrecida en el programa de la estrategia de control y prevención del VIH/SIDA del Hospital II-2 Tarapoto, hasta alcanzar niveles ideales para satisfacer de manera completa y constante las necesidades del usuario, promoviendo así hábitos de salud más sólidos.
3. El equipo de salud multidisciplinario tiene la responsabilidad de asegurar que los pacientes sigan su tratamiento antirretroviral, proporcionando información y educación a tiempo tanto al paciente como a su familia. Esto debe llevarse a cabo con un trato respetuoso en un entorno confidencial, buscando continuamente estrategias de intervención y mejoras para garantizar la sostenibilidad en la adherencia al tratamiento.
4. Es crucial atender la conexión entre paciente, médico y sistema de salud, mejorar la comunicación en ambos sentidos, garantizar la accesibilidad y aumentar los esfuerzos institucionales y profesionales para promover la adherencia, dado que abordar este problema requiere un enfoque multidisciplinario.
5. La adherencia es el factor clave que más influye en la eficacia del tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA). Para garantizar una adherencia adecuada, se requiere llevar a cabo una intervención integral en las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS).

VIII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Llanos L, Mayca J, Navarro G. Percepciones de las personas viviendo con VIH/SIDA (PVVS) sobre la calidad de atención relacionada con TARGA. Rev Med Hered 17 (3), 2006. (consultado el 10 enero 2017; disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/rmh/v17n3/v17n3ao5.pdf>)
2. Little SJ Antirretroviral drug susceptibility and response to initial therapy among recently HIV-infected subjects in North America. En: Program and Abstracts of the 8th Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections. Alexandria, VA Foundation for Retrovirology and Human Health, 2001:273.
3. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción [Internet]. Ginebra: OMS; 2004 [Disponible en: http://www.paho.org/hq/index.php?option=com_docman&task=doc_view&gid=18722&Itemid=; citado el 06 de enero del 2017]
4. Mendoza M, Meneses C, Montilla N, Mosquera N, Nuñez G. Adherencia al tratamiento antirretroviral y factores asociados en pacientes con VIH que acuden a la consulta de PRONASIDA-Lara. Julio - octubre 2009 [tesis para obtener título de médico cirujano]. Lara: Universidad Centroccidental Lisandro Alvarado. Venezuela; 2009.
5. Acurcio A, Puig-Junoy J, Bonolo Pde F, Braga Ceccato Md, Guimarães MD. [Cost-effectiveness of initial adherence to antirretroviral therapy among HIV infected patients in Belo Horizonte, Brazil]. Rev Esp Salud Publica. 2006 Jan-Feb;80(1):41-54. [Artículo en español].
6. Tafur E. Seguimiento Farmacoterapéutico a pacientes con VIH/SIDA: Evaluación de la adherencia y la calidad de vida relacionada a la salud en el Centro Médico Naval “Cirujano Mayor Santiago Távara”- Perú. Tesis para obtener el grado de Doctor en Farmacia Asistencial. Facultad de Farmacia, Universidad de Granada. Granada, España.

7. Centro Virtual de Coordinación del Conocimiento en VIH [Internet]. Lima: Red de Gestión del Conocimiento. Factores asociados a fracaso al TARGA en pacientes con infección VIH en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza - 2009; 2011 [citado el 16 de diciembre del 2016]; [01 pagina]. Disponible en: http://cvcc-vih.com/estudios/study_detail/15
8. Alvis O, De Coll L, Chumbimune L, Díaz C, Díaz J, Reyes M. Factores asociados a la no adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en adultos con el VIH-SIDA. 2009. Hospital Nacional Arzobispo Loayza – Lima. An Fac med. 2009;70(4):266-72. Facultad de Medicina. Universidad Nacional Mayor de San Marcos, Lima, Perú. (consultado el 05 de enero 2017; disponible en: <http://revistasinvestigacion.unmsm.edu.pe/index.php/anales/article/view/927/752>).
9. Paterson et al. Adherente to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 2000, 133:21-30. Citado en Alcántara D. Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2004 – 2007. (tesis pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Enfermería. Lima – Perú. 2008. (disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/483/1/Alcantara_gd.pdf
10. Knobel H, Urbina O, Gonzalez A, Sorli ML, Montero M, Carmona A et al. Impact of different patterns of nonadherence on the outcome of highly active antirretroviral therapy in patients with long-term follow-up. *HIV Med* 2009; 10(6):364-369.
11. Nieuwkerk PT, Oort FJ. Autoadministración del tratamiento antirretroviral para la infección por VIH-1 y la respuesta al tratamiento virológico: un metanálisis. *J. Acquir Immune Defic Syndr*. 2005; 38(4):445-8. (consultado el 18 de diciembre 2017; disponible en: <http://hera.ugr.es/tesisugr/20923958.pdf>).
12. Ministerio de Salud. Norma Técnica para la adherencia al TARGA en adultos infectados por el VIH. Lima – Perú: MINSA; 2004. NT N° 2004-MINSA/DGSP-V.01.

13. Ministerio de Salud. Norma Técnica para el TARGA en Adultos infectados por el VIH. Lima - Perú: MINSA; 2004. NT N° 004-MINSA/DGSP-V.02.
14. Enrique J, Bastán P. Factores asociados a la no adherencia terapéutica a los antirretrovirales en personas con VIH / sida Factors associated with non-adherence to antirretroviral therapy among people with HIV / AIDS. Rev Científica de Enfermería. [Internet]. 2020;72(2):1–14. Disponible en: <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD68455.pdf>
15. Bravo E. Factores relacionados con la respuesta discordante al tratamiento antirretroviral de las personas viviendo con VIH/sida atendidas en el hospital regional Lambayeque 2013-2016. Rev Ciencia, Tecnología y Humanidades. [Internet]. 2018; 9 (2): 51–70. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n2/a04v79n2.pdf>
16. Ticliahuana N, Becerra L. Adherencia al TARGA en personas que viven con VIH Rev Cienc y Arte Enfermería. [Internet]. 2020;5(1):4–9. Disponible en: <http://cienciaenfermeria.org/index.php/rcae/article/view/86/143>
17. Raúl RC, Febres-suazo R, Ynga-chicoma MC, Calleja-torres JC. Política pública transcultural y factores no adherentes al TARGA del VIH-sida etnia Perú- Amazónica Kusu Pagata Transcultural Public Policy and Factors Associated with Nonadherence to HIV / AIDS HAART in the Peruvian-Amazonian Kusy Pagata Ethnic Group Intr. [Internet]. 2020;36:1 9.Disponible en: <http://dx.doi.org/10.20320/rfcsudes.v5i1.103>
18. Caballero Ñopo P, Alarcón Villaverde J, Piscoya Sara JR, Reyes Puma N, Romero Ruiz S, Obregón Cahuayo C, et al. Duración de la supresión viral en pacientes con VIH en terapia antirretroviral en Perú: análisis de sobrevida acumulada 2004-2012. An la Fac Med. [Internet]. 2018;79(2):125. Disponible en: <http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v79n2/a04v79n2.pdf>

19. Gutiérrez-Gabriel I, Godoy-Guinto J, Lucas-Alvarado H, Pineda-Germán B, Vázquez-Cruz E, Hernández-De La Rosa M, et al. Calidad de vida y variables psicológicas que afectan la adherencia al tratamiento anti-retroviral en pacientes mexicanos con infección por VIH/SIDA. *Rev Chil infectología*. [Internet]. 2019;36(3):331–9. Disponible en: <https://n9.cl/ah78>
20. Costa DF, Gonçalves ASR, Vieira JRDS, Guerreiro JF. Adesão à terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV/Aids com lipodistrofia. *Rev Enferm UERJ*. [Internet]. 2018;26:e31156. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.12957/reuerj.2018.31156> Costa
21. Pérez D, Compean MS, Ortiz L. Inseguridad alimentaria y adherencia al tratamiento antirretroviral en personas con VIH de México. *Cienc e Saude Coletiva*. [Internet]. 2017;22(2):54352. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1590/1413-81232017222.10792016>
22. Plascencia de la Torre JC, Chan Gamboa EC, Salcedo Alfar JM. Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA TT - Predictive Psychosocial Variables of Non-Adherence to Antirretrovirals in People with HIV-AIDS. *Rev CES psicol*. [Internet]. 2019;12(3):67–79. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2011-30802019000300067
23. Noris D, Pavía S, Dora D, Cornejo P, Claudia D, Enríquez L, et al. Características epidemiológicas de pacientes con vih-sida atendidos en un hospital del sur de la Ciudad de México durante 2011 a 2016. *Asoc Mex Infectología y Microbiol Clínica, AC*. [Internet]. 2018;38(3):67–98. Disponible en: <https://www.scopus.com/record/display.uri?eid=2s2.085069446799&origin=resultslist&sort=plff&src=s&nlo=&nlr=&nls=&sid=1413e2b530796303080175745bb67b22&sot=b&sdt=cl&cluster=scopubyr%252C%25222021%2522%252>
24. Organización Mundial de la Salud (OMS). VIH/SIDA. 2017. (consultado el 15 de diciembre 2017; consultado en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)

25. Infosida. Visión General de la Infección por el VIH. VIH/SIDA: Conceptos básicos. 2016. (consultado el 15 de diciembre 2016; disponible en: <https://infosida.nih.gov/education-materials/fact-sheets/19/45/vih-sida--conceptos-basicos>)
26. 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)" Res. Ministerial N° 962-2014/MINSA. (disponible en: http://www.digemid.minsa.gob.pe/UpLoad/UpLoaded/PDF/VIH_ADULTOS.pdf; consultado el 30 de diciembre 2016).
27. Güell A. La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social. (1999). (consultado el 18 de diciembre 2016; disponible en: <http://www.binasss.sa.cr/revistas/ts/64/art2.html>)
28. Orgilés J, Espada J, y Méndez X. Adherencia al Tratamiento. Citado en Méndez X, Ortigosa J, y Quiles M. (2003) Manual de Psicología de la Salud con Niños, Adolescentes y Familia (pp. 73- 94). Madrid: Pirámide.
29. Altice, Friedlander. The Era Of Adherence To HIV Therepy. 1998. in Annals Of Internal Medicine, 129, 503-505. Citado por Güell A. La adherencia al tratamiento antirretroviral en personas VIH/SIDA. Un abordaje desde la perspectiva del Trabajo Social. (1999).
30. Torres C. Adherencia Terapéutica en personas que viven con VIH/SIDA. Hospital General de Atizapán 2015. (tesis doctoral). Universidad Autónoma de México. (consultado el 13 de diciembre 2016; disponible en: <http://www.ciencianueva.unam.mx/repositorio/bitstream/handle/123456789/107/62.pdf?sequence=1>).
31. Berlant N, Pruitt S. Adherence to Medical Recommendations. Citado en Torres C, Vásquez G. Noguez S, Jaimes A, Martín M. Indicadores de adherencia al tratamiento antirretroviral de una población mexicana VIH. Universidad Nacional Autónoma de

- México, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. (consultado el 15 diciembre 2016; disponible en: <http://www.alternativas.me/component/content/article/24-numero-35-agosto-2016-enero-2017/126-indicadores-de-adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-de-una-poblacion-mexicana-vih>).
32. Kleeberg C, Phair J. Determinants of Heterogeneous Adherence to HIV antirretroviral Therapies in the Multicenter AIDS cohort study. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*. 2001; 26:82-92. Citado en Rodríguez D. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en niños. Universidad Industrial de Santander. (tesis de especialidad) Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Especialización en Pediatría. Bucaramanga. 2011. (consultado el 16 de diciembre 2016; disponible en: <http://repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/10224/2/139064.pdf>).
 33. Bartlett J. Addressing the challenges of adherence. *JAIDS* 2000;29 S2-S10. Citado en Rodríguez D. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en niños. Universidad Industrial de Santander. (tesis de especialidad) Facultad de Salud. Escuela de Medicina. Especialización en Pediatría. Bucaramanga. 2011. (disponible en: <http://repositorio.uis.edu.co/jspui/bitstream/123456789/10224/2/139064.pdf>; consultado el 16 de diciembre 2016).
 34. Forero L. Revisión de la adherencia al TARGA y directrices para su mejoramiento tras 4 años de tratamiento ARV en Perú. Noviembre 2008.
 35. Johnson S, Carlson D. Medical regimen adherence: Concepts, assessment, and interventions. 2003. Citado en Torres C, Vásquez G, Noguez S, Jaimes A, Martín M. Indicadores de adherencia al tratamiento antirretroviral de una población mexicana VIH. Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Estudios Superiores de Iztacala. (consultado el 15 diciembre 2016; disponible en: <http://www.alternativas.me/component/content/article/24-numero-35-agosto-2016-enero-2017/126-indicadores-de-adherencia-al-tratamiento-antirretroviral-de-una-poblacion-mexicana-vih>).

36. Huilca R. Satisfacción del usuario que recibe tratamiento antirretroviral de gran actividad acerca de la calidad de atención del equipo multidisciplinario en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima – Perú 2007 (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería.
37. Universidad Nacional Mayor de San Marcos (UNMSM). Proyecto de Salud y Nutrición Básica: Gestión de la calidad y módulo II. Perú. Edit. del MINSA; 1999. P (75). Citado en Huilca R. Satisfacción del usuario que recibe tratamiento antirretroviral de gran actividad acerca de la calidad de atención del equipo multidisciplinario en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima – Perú 2007 (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería.
38. Fingerdw, K. Calidad en los servicios de salud. Network. Citado en Huilca R. Satisfacción del usuario que recibe tratamiento antirretroviral de gran actividad acerca de la calidad de atención del equipo multidisciplinario en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima – Perú 2007 (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería. (consultado el 05 de enero 2017; disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/513/1/Huillca_lr.pdf).
39. MINSA. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Perú. Edit del MINSA: 2001. P (40), (41), (41). Citado en Huilca R. Satisfacción del usuario que recibe tratamiento antirretroviral de gran actividad acerca de la calidad de atención del equipo multidisciplinario en el Hospital Nacional Hipólito Unanue, Lima – Perú 2007 (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería. (disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/513/1/Huillca_lr.pdf; consultado el 05 de enero 2017).
40. Organización Mundial de la Salud (OMS). Citado en Huilca R. Satisfacción del usuario que recibe tratamiento antirretroviral de gran actividad acerca de la calidad de atención del equipo multidisciplinario en el Hospital Nacional Hipólito

Unanue, Lima – Perú 2007 (tesis de pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Académico Profesional de Enfermería.

(consultado el 05 de enero 2017; disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/513/1/Huillca_lr.pdf).

41. Govin J. Calidad de la Atención de Enfermería. Revista de Ciencias Médicas. La Habana. 2002. P (20).
42. Mankeliunas M. citado en Olórtegui, E. En Tesis “Nivel de satisfacción de los pacientes acerca de su tratamiento en el programa nacional de medicina complementaria de la clínica Alberto Sabogal. [En tesis = Callao: Edit. UNMSM; 2003. P (30).
43. Pérez B. Grado de satisfacción de la población con los servicios de enfermería en un área de salud. Revista Cubana de Enfermería. La Habana. 2005: 2 (12); (consultado el 08 de enero 2017; disponible en http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192005000200003&script=sci_arttext)
44. Aiquipa A. Calidad de Atención de Enfermería según opinión de pacientes sometidos a quimioterapia. Lima: Edit. UNMSM: 2003. P (30)
45. Zas B. Satisfacción como indicador de excelencia en la calidad de los servicios de salud. Cuba. 2004.
46. Gutiérrez A. Calidad en el servicio. Revista Enfermería. Departamento de Enfermería, Hospital de Gineco-Obstetricia No. 3 CMN "La Raza". IMSS. 2004. (consultado el 15 de diciembre 2016; disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/enfermeriaimss/eim-2004/eim041a.pdf>)
47. MINSA. Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo. RM N° 527-

- 2011/MINSA. Perú; Edit. del MINSA; 2012. (consultado el 04 de enero 2017; disponible en: <http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/2252.pdf>)
48. Sistema de Gestión de la Calidad en Salud. Perú. Lima – Perú 2017. RM 519-2006/MINSA. Dirección General de Salud de las Personas. Dirección de Calidad de Salud. (consultado el 05 de enero 2016; disponible en: http://www.ins.gob.pe/repositorioaps/0/0/jer/links_sgc/5_%20SGC%20MINSA%20RM%20519-2006.pdf)
49. Ortego C. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad. Un Metaanálisis. 2011. (tesis doctorado). Departamento de Ciencias Médicas y Quirúrgicas Universidad de Cantabria. Santander, 2011. (disponible en: <http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/51516/TesisMCOM.pdf>; consultado el 10 de diciembre 2016).
50. Alcántara D. Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2004 – 2007. (tesis pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Enfermería. Lima – Perú. 2008. (disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/483/1/Alcantara_gd.pdf; consultado el 19 de enero 2017)
51. Stone V. Estrategia para optimizar la adherencia al TARGA. Lecciones para mejorar la práctica clínica. *Clinical Infectious Diseases*. 2001,33: 865-872. Citado en Alcántara D. Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2004 – 2007. (tesis pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Enfermería. Lima – Perú. 2008. (disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/483/1/Alcantara_gd.pdf; consultado el 19 de enero 2017)

52. Martín F, Reyes M. Apoyo familiar en el apego al tratamiento de la hipertensión arterial. *Salud Publica Mex* 2001;43:336-339. (consultado el 10 enero 2017; disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v43n4/5900.pdf>).
53. Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)" anexo 02, aprobado con Res. Ministerial N° 962-2014/MINSA el 11 de diciembre 2014.
54. Chesney M et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV Clinical trials: the AACTG Adherent Instruments. *AIDS Care*,2000, 12:255-266. Citado en Alcántara D. Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2004 – 2007. (tesis pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Enfermería. Lima – Perú. 2008. (consultado el 19 de enero 2017; disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/483/1/Alcantara_gd.pdf;))
55. Garibotto G y col. Prácticas de riesgo y Prevalencia de Infecciones por Virus de Inmunodeficiencia humana, hepatitis B(VHB), hepatitis C (VHC) y T. Pallidum (Sífilis) en usuarios de cocaína no inyectable.2003. Citado en Alcántara D. Factores asociados a la adherencia al TARGA, en pacientes con VIH/SIDA del Hospital Nacional Hipólito Unanue. 2004 – 2007. (tesis pregrado). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Facultad de Medicina Humana. Escuela Profesional de Enfermería. Lima – Perú. 2008. (consultado el 19 de enero 2017; disponible en: http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/cybertesis/483/1/Alcantara_gd.pdf).
56. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de La Investigación. Mc Graw Hill Interamericana. 2014. 6ta Edición. (recuperado el 10/08/2016; disponible en: <http://es.scribd.com/doc/38757804/Metodologia-La-Investigacion>).
57. Ramírez S, Valdiviezo M. Relación de Ayuda de la Enfermera y Nivel de Adherencia del Adulto en el Tratamiento Antirretroviral. Hospital Regional Docente de Trujillo – Perú 2015. (Tesis de Pregrado). Universidad Privada Antenor Orrego. Facultad

Ciencias de la Salud. Escuela Profesional de Enfermería. (disponible en: http://repositorio.upao.edu.pe/bitstream/upaorep/1663/1/RE_ENFER_ADHERENCIA-ADULTO_TESIS.pdf; consultado el 03 de enero 2017)

58. Tello-Velásquez J, Díaz-Llanes B, Mezones-Holguín E, Rodríguez-Morales A, Huamaní Ch, Hernández A, et al. La mala calidad de sueño se asocia a una menor adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes peruanos con infección por VIH/SIDA. Servicio de Infectología del Hospital Nacional Dos de Mayo, Lima, Perú. 2015. Cad. Saúde Pública [online]. 2015, vol.31, n.5, pp.989-1002. ISSN 0102-311X. (consultado 20 de diciembre 2016; disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000500011)
59. Valderrama, S. Pasos para elaborar proyectos de investigación científica. Lima: Editorial San Marcos, 2015
60. Pacífico J, Gutiérrez C. Información sobre la Medicación y Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad en Pacientes con Vih/SIDA de un Hospital de Lima, Perú. 2015. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2015; 32(1):66-72. (disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rpmesp/v32n1/a10v32n1.pdf>).
61. Varela-Arévalo M, Hoyos-Hernández P. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. 2015. Cali – Colombia. Rev. salud pública. 17 (4): 528-540, 2015 (consultado el 30 de diciembre 2016; disponible en: <http://www.scielosp.org/pdf/rsap/v17n4/v17n4a04.pdf>)
62. Sánchez M. Adherencias a tratamientos antirretrovirales simples en una o dos tomas diarias. Madrid – España. 2010. (tesis doctoral). Universidad Complutense de Madrid. Facultad de Farmacia. Departamento de Farmacología. ISBN: 974-84-693-7732-1. (consultado el 01 enero 2017; disponible en: <http://eprints.ucm.es/11589/1/T32277.pdf>)
63. Peñarrieta M, Kendal T, Martínez N, Rivera A, Gonzales N, Flores F, et. Al. Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en Personas con VIH en Tamaulipas,

México. Rev Perú Med Exp Salud Pública. 2009; 26(3): 333-37. (disponible en http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVRevistas/Medicina_Experimental/v26_n3/pdf/a011v26n3.pdf; citado el 12 de enero 2017).

64. Real S, Kidder D, Patrabansh S, Wolitski R, Holtgrave D, Aidala A. Los factores asociados con la adherencia a la terapia antirretroviral altamente activa en adultos sin hogar o vivienda inestables viven con el VIH. Estados Unidos. 2009. Revista Atención al SIDA. Aspectos psicológicos y socio-médicos del SIDA. Volumen 21, 2009. Número 4. (consultado el 25 de diciembre 2016; disponible en: <http://www.tandfonline.com/doi/abs/10.1080/09540120802270250>)

65. Altuna G. Problemas y actitudes de las personas viviendo con VIH frente a atención en TARGA: Derechos, ciudadanía y comunicación. Hospital Nacional Arzobispo Loayza. 2011. (tesis de pregrado). Pontificia Universidad Católica Del Perú. Facultad de Ciencias y Artes de la Comunicación. (disponible en: http://tesis.pucp.edu.pe/repositorio/bitstream/handle/123456789/4955/ALTUNA_HIALGO_GABRIELA_PROBLEMAS_TARGA.pdf?sequence=1; consultado el 10 de enero 2017)

IX. ANEXOS

Anexo 1.

Cuestionario para la evaluación de la percepción de satisfacción del PVVS sobre la calidad de atención

(Basado en la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)". (Anexo 08). Res. Ministerial N° 962-2014/MINSA. Aprobado el 11 de diciembre 2014)

Presentación

Estimado/a participante, este formulario es completamente anónimo y forma parte de un estudio en curso destinado a comprender mejor su percepción sobre la calidad de atención recibida en el programa. La información proporcionada será utilizada únicamente para fines de investigación y contribuirá a mejorar la atención en el establecimiento de salud. Su participación es totalmente confidencial. Por favor, indique con una marca (X) en el paréntesis la opción que mejor refleje su situación. En caso de dudas, no dude en consultar al encuestador/a.

I. DATOS GENERALES:

Edad:

Sexo: Femenino () Masculino () Otro ()

Grado de instrucción: Ilustrada () Primaria ()
Secundaria () Superior ()

Condición económica: Pobreza () Extrema pobreza ()
Adecuada () Alta ()

Soporte familiar: Presenta () No presenta ()

Se siente deprimido: Si () No () A veces ()

Consume alcohol: Si () No () A veces ()

Consume drogas: Si () No () A veces ()

Considera que afrontó bien la enfermedad?

Si () No () A veces ()

Fecha de Diagnóstico de la enfermedad:

Fecha de inicio del tratamiento:

II. PERCEPCION DE LA CALIDAD DE ATENCIÓN RELACIONADA CON EL TARGA:

A continuación, se presentan una serie de preguntas diseñadas para evaluar su percepción sobre la calidad del servicio recibido. Por favor, indique con una "X" si su respuesta es afirmativa o negativa. No hay respuestas correctas o incorrectas. Si tiene alguna duda, no dude en preguntar al encuestador/a.

TA : Totalmente Acuerdo **A** : Acuerdo **I** : Indiferente

D : Desacuerdo **TD** : Totalmente Desacuerdo

| Nro. | Ítems | TA | A | I | D | TD |
|--------------------------|---|----|---|---|---|----|
| DIMENSIÓN HUMANA | | | | | | |
| 1 | ¿El personal de salud le llama por su nombre? | | | | | |
| 2 | ¿Es atendida con cortesía, amabilidad y cordialidad? | | | | | |
| 3 | ¿Utilizan recursos positivos para animar a seguir adelante con su enfermedad? | | | | | |
| 4 | ¿El personal de salud te motiva y te induce a usar el TARGA porque permitirá mejorar tu salud? | | | | | |
| 5 | ¿Los que te atienden en el servicio te brinda confianza y sientes que comprenden tu problema? | | | | | |
| 6 | ¿El profesional que le atiende, toma interés por lo que te ocurre? | | | | | |
| 7 | ¿El médico, identifica tus necesidades y demandas para brindarte ayuda? | | | | | |
| 8 | ¿Consideras que durante tu atención se genera un clima de confianza? | | | | | |
| 9 | ¿Identifican y absuelven tus dudas? | | | | | |
| 10 | ¿Percibes que mantiene confidencialidad en la información que le brindas? | | | | | |
| 11 | ¿Sientes que te escuchan activamente y entienden lo que hablas? | | | | | |
| 12 | ¿Sientes que adquieres conocimientos sobre tu enfermedad y necesidades ante la explicación dada por el personal de salud? | | | | | |
| 13 | ¿Hablan y conversan sobre tus necesidades, preocupaciones y dudas? | | | | | |
| 14 | ¿Consideras que la comunicación entre tú y el proveedor es oportuna y entendible? | | | | | |
| DIMENSION TECNICA | | | | | | |
| 15 | ¿Considera que el personal de salud le brinda tratamiento adecuado? | | | | | |
| 16 | ¿El profesional, reconoce rápidamente las complicaciones o molestias que usted tiene? | | | | | |
| 17 | ¿Considera que el personal de salud ha acertado en su diagnóstico? | | | | | |
| 18 | ¿El médico que le atiende, le explica el manejo farmacológico específico y sus efectos secundarios o colaterales? | | | | | |
| 19 | ¿Le brindaron información sobre el proceso de su enfermedad? | | | | | |
| 20 | ¿Le han comunicado los riesgos y beneficios del TARGA? | | | | | |
| 21 | ¿Le explicaron la forma correcta de tomar el TARGA? | | | | | |
| 22 | ¿Le explicaron sobre la profilaxis y cuidados que debe realizar? | | | | | |
| 23 | ¿Durante el servicio que recibe, le comunican los procedimientos que va a realizar y el tiempo de duración? | | | | | |
| 24 | ¿Le comunican sobre la importancia de su colaboración en el Tratamiento? | | | | | |
| 25 | ¿Le informan sobre la importancia de mantenerse relajado, libre de ansiedades y nerviosismo para mejorar su salud? | | | | | |
| 26 | ¿Se lava las manos antes y después de realizar examen físico, dar tratamiento antirretroviral y otros que lo ameriten? | | | | | |
| 27 | ¿El tiempo de atención dedicado a usted, es adecuado? | | | | | |
| 28 | ¿El tiempo que espera para su atención es prudencial? | | | | | |
| 29 | ¿Durante su atención le mostraron Material informativo y educativo u otros? | | | | | |
| 30 | ¿Le dieron tratamiento anti-retroviral o profilaxis el día de su | | | | | |

| | | | | | | |
|----------------|---|--|--|--|--|--|
| | atención? | | | | | |
| 31 | Le atendieron sin interrupciones, suspensiones, paralizaciones, ¿ni repeticiones innecesarias de evaluación y diagnóstico? | | | | | |
| 32 | Le dieron indicaciones escritas sobre los procedimientos a seguir, ¿cita, exámenes, medicamentos que va a tomar y cuidados a realizar en casa? | | | | | |
| 33 | En caso de no haber cumplido con las indicaciones de laboratorio, citas programadas y/o tratamiento, le preguntaron las razones por las cuales no cumplió lo indicado? | | | | | |
| 34 | ¿Le fue fácil acceder a los servicios de salud cuando lo requirió, según el aspecto económico? | | | | | |
| 35 | ¿Le fue fácil geográficamente acceder a los servicios de salud cuando lo requirió? | | | | | |
| 36 | ¿Fue fácil acceder al servicio de salud, por el sistema de referencia y contrarreferencia? | | | | | |
| 37 | ¿Fue fácil obtener los medicamentos y realizarse los exámenes indicados respecto a los costos de la atención y medicamentos? | | | | | |
| 38 | ¿Le preguntaron durante la atención la condición de salud de su acompañante o compañero? | | | | | |
| 39 | ¿Le indicaron la importancia de la participación del acompañante en el cuidado de su salud? | | | | | |
| 40 | ¿Le invitaron a designar a un miembro de su entorno social (familiar o allegado, amigo, pareja, pares) para formarlo como Agente de Soporte Personal (APS) para garantizar la sostenibilidad de su tratamiento? | | | | | |
| 41 | ¿El personal de salud identificó los factores que impidieron el cumplimiento del TARGA? (consumo de drogas, alcohol, depresión, etc.) | | | | | |
| 42 | ¿Le enseñaron a identificar los signos de alarma de infecciones oportunistas que pudiera tener para su remisión oportuna al centro hospitalario? | | | | | |
| 43 | ¿Le hicieron seguimiento a su enfermedad y refirieron oportunamente cuando el caso lo requirió? | | | | | |
| 44 | ¿Le indicaron tratamiento profiláctico para prevenir otras enfermedades oportunistas? | | | | | |
| ENTORNO | | | | | | |
| 45 | ¿Considera que el hospital tiene buena ubicación y es accesible? | | | | | |
| 46 | ¿El servicio donde se atiende cuenta con señalización de seguridad visible? | | | | | |
| 47 | ¿El ambiente donde se atiende cuenta con buena iluminación y ventilación? | | | | | |
| 48 | ¿El servicio donde es atendido, se mantiene limpio y en orden? | | | | | |
| 49 | La sala de espera y/o consultorio de atención es cómodo? | | | | | |
| 50 | ¿El personal de salud tiene vestimenta adecuada y limpia durante la atención? | | | | | |
| 51 | ¿La infraestructura del establecimiento de salud donde es atendido, está libre de riesgos? | | | | | |
| 52 | ¿Considera que el equipamiento hospitalario es adecuado? (cuenta con camilla, escritorio, muebles, etc.) | | | | | |
| 53 | ¿Respetan su privacidad durante la atención? | | | | | |

Anexo 2.

Cuestionario para la evaluación de la adherencia al TARGA

(Basado en la Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)". (Anexo 08). Res. Ministerial N° 962-2014/MINSA. Aprobado el 11 de diciembre 2014)

| Nro. | Ítems | Alternativa |
|------|--|---|
| 1 | Alguna vez ¿Olvida tomar la medicación? | Si () No () A veces () |
| 2 | ¿Toma siempre los fármacos a la hora indicada? | Si () No () A veces () |
| 3 | Alguna vez ¿Deja de tomar los fármacos si se siente mal? | Si () No () A veces () |
| 4 | ¿Olvidó tomar la medicación durante el fin de semana? | Si () No () A veces () |
| 5 | En la última semana ¿Cuántas veces no tomó alguna dosis? | A. Ninguna () B. 1 – 2 veces () C. 3 – 5 veces () D. 6 – 10 veces () E. Más de 10 () |
| 6 | Desde la última vista ¿Cuántos días completos no tomó la medicación? | días |

1. Respuestas correctas para identificar Adherencia:

- a. Ítem 01: No
- b. Ítem 02: Si
- c. Ítem 03: No
- d. Ítem 04: No
- e. Ítem 05: A
- f. Ítem 06: menos de 2 días.

Anexo 3.

Formato de consentimiento informado

PERSONAS VIVIENDO CON VIH: PERCEPCIÓN SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN Y ADHERENCIA AL TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL DE GRAN ACTIVIDAD (TARGA) HOSPITAL II-2 TARAPOTO, PROVINCIA SAN MARTÍN. ENERO – AGOSTO 2018.

Este documento de consentimiento informado está dirigido a todas las personas que están recibiendo atención en el Hospital II-2 MINSA – Tarapoto y que viven con el virus del VIH/SIDA, a quienes se les ofrece la oportunidad de participar en un estudio titulado: “**Personas Viviendo con VIH: Percepción sobre la Calidad de Atención y Adherencia al Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA) Hospital II-2 Tarapoto, Provincia San Martín. Diciembre 2017 – junio 2018.**”.

Yo JANETT ROSARIO RAMÍREZ TORRES, Licenciada en Enfermería, y trabajo en el este establecimiento de salud estoy llevando a cabo mi tesis de maestría con el fin de entender su percepción acerca de la atención que ha recibido y cómo esto afecta su adherencia al TARGA. Me gustaría invitarle a formar parte de esta investigación.

Es posible que encuentre algunos términos en la encuesta que no le resulten familiares. No dude en hacer preguntas para obtener explicaciones detalladas. Su participación en este estudio es opcional y solo se utilizará con fines de investigación. Puede decidir participar o no, y esto no afectará la atención que reciba en este lugar. Garantizamos la confidencialidad de la encuesta, por lo que no es necesario que proporcione su nombre o apellido. La información recopilada solo se utilizará con fines de investigación.

Por lo tanto, expreso lo siguiente: He sido invitado a formar parte de la investigación. Se me ha comunicado el propósito del uso de la información. Reconozco que es posible que no obtenga beneficios personales de mi participación. Se me ha facilitado el nombre de la investigadora, con quien puedo contactar fácilmente utilizando la información proporcionada sobre su nombre y dirección. He revisado la información proporcionada o me la han explicado detalladamente. He tenido la oportunidad de plantear preguntas al respecto, y estas han sido respondidas satisfactoriamente. Acepto participar voluntariamente en este estudio como sujeto de investigación y comprendo que tengo la libertad de retirarme en cualquier momento sin que esto tenga repercusiones en mi atención médica.

Nombre del Participante _____

Firma del Participante _____

Fecha _____

Tabla 1 A: Relación entre las dimensiones de la calidad y la adherencia al TARGA.**Dimensión Humana de la Calidad**

| Dimensión | | Adherencia al TARGA | | | Total |
|-----------|-------------|---------------------|-------|-------|--------|
| | | Alta | Media | Baja | |
| Alta | Recuento | 18 | 9 | 3 | 30 |
| | % del total | 10,2% | 5,1% | 1,7% | 16,9% |
| Media | Recuento | 54 | 30 | 30 | 114 |
| | % del total | 30,5% | 16,9% | 16,9% | 64,4% |
| Baja | Recuento | 18 | 9 | 6 | 33 |
| | % del total | 10,2% | 5,1% | 3,4% | 18,6% |
| Total | Recuento | 90 | 48 | 39 | 177 |
| | % del total | 50,8% | 27,1% | 22,0% | 100,0% |

Dimensión Técnica de la Calidad

| Dimensión | | Adherencia al TARGA | | | Total |
|-----------|-------------|---------------------|-------|-------|--------|
| | | Alta | Media | Baja | |
| Alta | Recuento | 18 | 6 | 3 | 27 |
| | % del total | 10,2% | 3,4% | 1,7% | 15,3% |
| Media | Recuento | 57 | 33 | 30 | 120 |
| | % del total | 32,2% | 18,6% | 16,9% | 67,8% |
| Baja | Recuento | 15 | 9 | 6 | 30 |
| | % del total | 8,5% | 5,1% | 3,4% | 16,9% |
| Total | Recuento | 90 | 48 | 39 | 177 |
| | % del total | 50,8% | 27,1% | 22,0% | 100,0% |

Dimensión Entorno de la Calidad

| Dimensión | | Adherencia al TARGA | | | Total |
|-----------|-------------|---------------------|-------|-------|--------|
| | | Alta | Media | Baja | |
| Alta | Recuento | 27 | 9 | 6 | 42 |
| | % del total | 15,3% | 5,1% | 3,4% | 23,7% |
| Media | Recuento | 36 | 30 | 18 | 84 |
| | % del total | 20,3% | 16,9% | 10,2% | 47,5% |
| Baja | Recuento | 27 | 9 | 15 | 51 |
| | % del total | 15,3% | 5,1% | 8,5% | 28,8% |
| Total | Recuento | 90 | 48 | 39 | 177 |
| | % del total | 50,8% | 27,1% | 22,0% | 100,0% |