



UNAP



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES**

TESIS

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON EL VIRUS DE INMUNO
DEFICIENCIA HUMANA, YURIMAGUAS 2021**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN ENFERMERÍA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES**

PRESENTADO POR:

**JESSICA KATERINE VILLACORTA GÓMEZ
TANIA CLAVEL MURRIETA SANDOVAL**

ASESORES:

**Lic. Enf. MARINA GUERRA VÁSQUEZ, Dra.
Ing. Ind. SAUL FLORES NUNTA, Dr.**

IQUITOS, PERÚ

2023



UNAP



**FACULTAD DE ENFERMERÍA
SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL EN ENFERMERÍA EN
ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES**

TESIS

**INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO
NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON EL VIRUS DE INMUNO
DEFICIENCIA HUMANA, YURIMAGUAS 2021**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD PROFESIONAL
EN ENFERMERÍA EN ENFERMEDADES INFECCIOSAS Y TROPICALES**

PRESENTADO POR:

**JESSICA KATERINE VILLACORTA GÓMEZ
TANIA CLAVEL MURRIETA SANDOVAL**

ASESORES:

**Lic. Enf. MARINA GUERRA VÁSQUEZ, Dra.
Ing. Ind. SAUL FLORES NUNTA, Dr.**

IQUITOS, PERÚ

2023



ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS N° 001-CGT-SEP-FE-UNAP-2023

En Iquitos, en el auditorio de la Facultad de Enfermería a los 17 días del mes de febrero del 2023, a horas 2:30pm., se dió inicio a la sustentación pública de la tesis titulada: **"INTERVENCIÓN EDUCATIVA SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON EL VIRUS DE INMUNO DEFICIENCIA HUMANA, YURIMAGUAS 2021"**, aprobado con Resolución Decanal N° 035-2023-FE-UNAP, presentado por las Lic. Enf. JESSICA KATERINE VILLACORTA GÓMEZ y TANIA CLAVEL MURRIETA SANDOVAL, para optar el Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería en Enfermedades Infecciosas y Tropicales que otorga la Universidad de acuerdo a Ley y Estatuto.

El Jurado calificador y dictaminador designado mediante Resolución Decanal N° 280-2022-FE-UNAP, está integrado por:

- Lic. Enf. Juana Emperatriz GUTIÉRREZ CHÁVEZ, Dra. - **Presidenta**
- Lic. Enf. Zoraida Rosario SILVA ACOSTA, Dra. - **Miembro**
- Lic. Enf. Josefa CÁRDENAS URBINA DE DÍAZ, Mgr. - **Miembro**

Luego de haber escuchado con atención y formulado las preguntas necesarias, las cuales fueron respondidas: *en su mayoría*.....

El jurado después de las deliberaciones correspondientes, llegó a las siguientes conclusiones:

La Sustentación pública y la **Tesis** han sido: *aprobada*..... con la calificación *Buena*.....

Estando la (el) (las) (los) Licenciada(o) apta (aptos) (as) (os) para obtener el Título de Segunda Especialidad Profesional en Enfermería **en Enfermedades Infecciosas y Tropicales**.

Siendo la(s) *5:00pm*..... se dio por terminado el acto *con felicitaciones*..... a la (el) (as) (os) sustentantes.

Juana E. Gutiérrez Chávez
Lic. Enf. Juana Emperatriz GUTIÉRREZ CHÁVEZ, Dra.
Presidenta

Zoraida Rosario Silva Acosta
Lic. Enf. Zoraida Rosario SILVA ACOSTA, Dra.
Miembro

Josefa Cárdenas Urbina de Díaz
Lic. Enf. Josefa CÁRDENAS URBINA DE DÍAZ, Mgr.
Miembro

Marina Guerra Vasquez
Lic. Enf. Marina GUERRA VASQUEZ, Dra.
Asesora

Saul Flores Nunta
Ing. Ind. Saul FLORES NUNTA, Dr.
Asesor



TESIS APROBADO EN SUSTENTACIÓN PÚBLICA EL DÍA 17, DEL MES DE FEBRERO DEL AÑO 2023, EN EL AUDITORIO DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL DE LA AMAZONÍA PERUANA, EN LA CIUDAD DE IQUITOS.

JURADO:



Lic. Enf. JUANA EMPERATRIZ GUTIÉRREZ CHÁVEZ, Dra.
PRESIDENTE

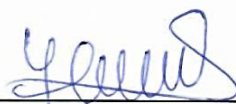


Lic. Enf. ZORAIDA ROSARIO SILVA ACOSTA, Dra.
MIEMBRO

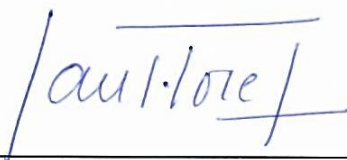


Lic. Enf. JOSEFA CÁRDENAS URBINA DE DÍAZ, Mgr.
MIEMBRO

ASESORES:



Lic. Enf. MARINA GUERRA VÁSQUEZ, Dra.
ASESORA



Ing. Ind. SAUL FLORES NUNTA, Dr.
ASESOR ESTADÍSTICO



Nombre del usuario:
Universidad Nacional de la Amazonia Peruana

ID de Comprobación:
69803227

Fecha de comprobación:
28.06.2022 14:15:40 -05

Tipo de comprobación:
Doc vs Internet

Fecha del Informe:
28.06.2022 14:17:31 -05

ID de Usuario:
Ocultado por Ajustes de Privacidad

Nombre de archivo: **TESIS RESUMEN TANIA CLAVEL MURRIETA SANDOVAL y JESSICA KATERINE VILLACORTA GÓMEZ**

Recuento de páginas: **45** Recuento de palabras: **10241** Recuento de caracteres: **67060** Tamaño de archivo: **743.70 KB** ID de archivo: **80844671**

26.3% de Coincidencias

La coincidencia más alta: **4.52%** con la fuente de Internet (<http://www.scielo.org/pdf/rsap/v17n4/v17n4a04.pdf>)

26.3% Fuentes de Internet 1000 Página 47

No se llevó a cabo la búsqueda en la Biblioteca

0.66% de Citas

Citas 2 Página 48

No se han encontrado referencias

0% de Exclusiones

No hay exclusiones

A mis amados hijos: Evans y Axel, razón de mi fortaleza y motivo para seguir mi desarrollo profesional y personal.

Jessica Katerine

A Dios, por brindarme sabiduría para ser apoyo de mis amados hijos: Joseph, Renato y Clavel, quienes motivan mi superación profesional y personal.

Tania Clavel

AGRADECIMIENTO

A las autoridades de la sección de postgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, por la oportunidad que nos brinda para acceder al logro de nuevas competencias en el desarrollo profesional.

A las autoridades del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, por las facilidades brindadas en la ejecución del trabajo de investigación, la colaboración incondicional con recursos humanos (psicóloga, nutricionista), materiales (data, dípticos) y un ambiente acondicionado para el desarrollo de la intervención educativa.

A los profesionales de Enfermería de la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual VIH/SIDA, Hepatitis B, por su participación y apoyo en la experiencia vivenciada, que han afianzado los conocimientos profesionales.

A los pacientes que asumieron el compromiso de participar con responsabilidad en la investigación, mostrando que se puede lograr un efecto positivo en base a la recepción de la información entregada.

A los Miembros del Jurado Calificador y Dictaminador: Lic. Enf. Juana Emperatriz Gutiérrez Chávez, Dra., Presidenta, Lic. Enf. Zoraida Rosario Silva Acosta, Dra., Miembro y Lic. Enf. Josefa Cárdenas Urbina de Díaz, Mgr., Miembro, por las valiosas sugerencias y aportes, que contribuyeron en la mejora de la investigación.

A los asesores: Lic. Enf. Marina Guerra Vásquez, Dra. y al Ing. Ind. Saul Flores Nunta, Dr. por la asesoría en la metodología y en el manejo estadístico.

A los profesionales de la salud, que contribuyeron en la validación de los instrumentos mediante el juicio de expertos, muchas gracias por su valioso aporte.

ÍNDICE GENERAL

	Páginas
CARÁTULA	i
CONTRACARÁTULA	ii
ACTA DE SUSTENTACIÓN	iii
JURADO Y ASESORES	iv
RESULTADO DEL INFORME DE SIMILITUD	v
DEDICATORIA	vi
AGRADECIMIENTO	viii
ÍNDICE GENERAL	ix
ÍNDICE DE TABLAS	x
ÍNDICE DE GRÁFICOS	xi
RESUMEN	xii
ABSTRACT	xiii
INTRODUCCIÓN	1
CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO	5
1.1. Antecedentes	5
1.2. Bases teóricas	8
1.3. Definición de términos básicos	17
CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES	18
2.1. Formulación de la Hipótesis	18
2.2. Variables y su operacionalización	18
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA	20
3.1. Tipo y diseño	20
3.2. Diseño muestral	21
3.3. Procedimiento de recolección de datos	21
3.4. Procesamiento y análisis de datos	24
3.5. Aspectos éticos	24
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	26
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	38
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES	43
CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES	44
CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN	45
ANEXOS	
1. Matriz de consistencia	
2. Ficha de cotejo	
3. Programa educativo sobre adherencia no farmacológica	
4. Consentimiento Informado	

ÍNDICE DE TABLAS

		Páginas
Tabla 1	Adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	26
Tabla 2	Actividad física en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	27
Tabla 3	Alimentación nutritiva en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	28
Tabla 4	Manejo de los estados emocionales en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	29
Tabla 5	Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	30
Tabla 6	Prevención de la reinfección por VIH y otras ITS en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	31
Tabla 7	Efecto de la intervención educativa en la actividad física en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	32
Tabla 8	Efecto de la intervención educativa en la alimentación nutritiva en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	33
Tabla 9	Efecto de la intervención educativa en el manejo de los estados emocionales en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	34
Tabla 10	Efecto de la intervención educativa en el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	35
Tabla 11	Efecto de la intervención educativa en la prevención de la reinfección por VIH y otras ITS en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	36
Tabla 12	Efecto de la intervención educativa en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	37

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Páginas
Gráfico 1 Adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	26
Gráfico 2 Actividad física en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	27
Gráfico 3 Alimentación nutritiva en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	28
Gráfico 4 Manejo de los estados emocionales en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	29
Gráfico 5 Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	30
Gráfico 6 Prevención de la reinfección por VIH y otras ITS en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.	30

RESUMEN

La investigación tuvo el objetivo de determinar el efecto del programa de intervención educativa sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico en los pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021. Metodología: el tipo de investigación fue experimental, el diseño cuasi-experimental de un solo grupo con dos mediciones (pretest y postest); la población de estudio fueron 20 pacientes, el instrumento una Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/Sida, con validez de 0,82 y confiabilidad de 0,729. Resultados: antes de la intervención educativa, 100% fueron no adherentes y después de la intervención el 100% fue adherente. Antes de la intervención educativa: el conocimiento era inadecuado en el 100% sobre actividad física, 75% sobre alimentación nutritiva, 95% sobre manejo de estados emocionales, 100% sobre consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicotóxicas, 85% sobre prevención del VIH y otras ITS; después de la intervención educativa: el conocimiento fue adecuado en el 95% sobre actividad física, 90% en alimentación nutritiva, 100% en manejo de estados emocionales, 60% en consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicotóxicas y 100% en prevención del VIH y otras ITS; el efecto del programa de intervención educativa en el tratamiento no farmacológico en pacientes con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021, fue positivo ($p\text{-valor}=0,000; <0,05$), aceptándose la hipótesis planteada. El estudio concluye que, la intervención educativa favorece la adherencia al tratamiento no farmacológico en el paciente.

Palabras clave: intervención educativa, adherencia, VIH, tratamiento no farmacológico.

ABSTRACT

The research has the general objective of determining the effect of the educational intervention program on adherence to non-pharmacological treatment in patients infected with the Human Immunodeficiency Virus treated at the Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021. Methodology: the type of research was experimental, the design was quasi-experimental for a single group with two measurements (pretest and posttest); The study population was 20 patients, the instrument was a Checklist on adherence to non-pharmacological treatment in patients with HIV/AIDS, with validity of 0.82 and reliability of 0.729. Results: before the educational intervention, 100% were non-adherent and after the intervention, 100% were adherent. Before the educational intervention: knowledge was inadequate in 100% about physical activity, 75% about nutritious eating, 95% about managing emotional states, 100% about the consumption of alcohol, tobacco and psychotoxic substances, 85% about HIV prevention and other STIs; After the educational intervention: knowledge was adequate in 95% about physical activity, 90% about nutritious eating, 100% about managing emotional states, 60% about alcohol, tobacco, and psychotoxic substance use, and 100% about HIV prevention, and other STIs; the effect of the educational intervention program on non-pharmacological treatment in patients with the Human Immunodeficiency Virus, Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021, was positive (p -value=0.000; <0.05), accepting the proposed hypothesis. The study concludes that the educational intervention favors adherence to non-pharmacological treatment in the patient.

Keywords: educational intervention, adherence, HIV, non-pharmacological treatment.

INTRODUCCIÓN

El Virus de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA), es una enfermedad de transmisión sexual, que infecta a las células del sistema inmunológico del organismo alterando o anulando su función de lucha contra las infecciones y enfermedades, produciendo un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente inmunodeficiencia. ¹

La adherencia no farmacológica en pacientes con VIH/SIDA, es poco investigado, a pesar de su relevancia por ser un complemento para el mantenimiento del bienestar del paciente afectado junto a la adherencia farmacológica, para disminuir la posibilidad de enfermedades oportunistas, recaídas y mejorar su calidad de vida junto a su familia.

En Latinoamérica (2016), se registró 1,8 millones de casos, de ellos 97,000 fueron nuevos, dos de cada 10 personas desconocían su diagnóstico, 36,000 fallecieron por comorbilidad, solo 58% tuvieron tratamiento y 1,800 nuevas infecciones fueron en niños. El Caribe registró 18,000 nuevos casos, cuatro de cada 10 desconocen su diagnóstico, 28% fallecieron, 52% recibieron tratamiento y menos de 1,000 nuevas infecciones fueron en niños. ²

En Perú (2017), el Ministerio de Salud (MINSA) a través del Centro Nacional de Epidemiología, Prevención y Control de Enfermedades reportó 149 814 casos (109 263 con VIH y 40 551 con SIDA), donde el 97% de la transmisión fue vía sexual y el 70% recibió tratamiento antirretroviral (TARV). Al valorar los casos que reciben TARV por regiones, se tiene que el 70% se concentran en Lima y Callao (27 704 en Lima Metropolitana y 3 990 en el Callao), y Loreto ocupa el tercer lugar con 2 478 casos con el 11,7% de no adherencia o de abandono al TARV; no se registran datos sobre la adherencia no farmacológica. ³

La baja adherencia al tratamiento VIH/SIDA, es reportado como un problema de salud pública a nivel mundial debido a su alarmante magnitud, sigue siendo un reto para el profesional de salud y los científicos sociales, es por ello que los esfuerzos están enfocados tanto en la baja adherencia a los tratamientos antirretrovirales como a la adherencia no farmacológica del tratamiento, que incluye: realización frecuente de actividad física, alimentación según recomendaciones nutricionales; el manejo de los estados emocionales que influyen negativamente en el estado inmunológico (estrés, ansiedad y depresión); evitar el consumo de alcohol, cigarrillo y otras sustancias psicoactivas, adoptar medidas de prevención de la reinfección del VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).⁴

Por otro lado, tanto en la práctica clínica como en las investigaciones se enfatiza sobre el tratamiento antirretroviral farmacológico, la asistencia a las citas médicas, entre otros. Sin embargo, el éxito del control del VIH/Sida no depende exclusivamente de este, también es necesaria la adherencia a los aspectos no farmacológicos, que implica cambiar el estilo de vida cuyos beneficios se evidencian en el aumento de la eficacia del tratamiento, disminuye la posibilidad de resistencia a los medicamentos, la reinfección, la adquisición de otras ITS, la transmisión del virus a otras personas, en suma contribuye a un mejor estado de salud y al bienestar general con calidad de vida.⁵

En el Hospital Santa Gema de Yurimaguas de nivel II-I, la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y Control de ITS, VIH/SIDA, Hepatitis B, ha reportado 90 casos entre 12 a 59 años (noviembre 2019), en diferentes grupos: 13 en la población general, 6 de sexo femenino (4 con 18 a 29 años y 2 entre 30 a 59 años), 4 de sexo masculino (2 entre 12 a 17 años, 1 entre 18 a 29 años, 1 entre 30 a 59 años) y 3 con resultado reactivo, 2 de sexo femenino entre 12 a 17 años y uno masculino entre 30 a 59 años; 6 personas expuestas, 3 de sexo femenino (2 entre 18 a 29 años y 1 entre 30 a 59 años) por exposición ocupacional y 2 entre 18 a 29 años por exposición no ocupacional; 4 personas viviendo con el VIH iniciaron terapia preventiva con Cotrimoxazol, 2 entre 18 a 29 años y 2 entre 30 a 59 años; 3 personas de población clave: trabajadores

sexuales tamizadas para VIH entre 18 a 29 años; y 64 personas de población clave: hombres que tienen sexo con otros hombres/trans (HSH/TRANS), de ellos 4 personas de sexo masculino fueron atendidos (1 entre 18 a 29 años y 3 entre 30 a 59 años), 58 personas no fueron atendidos, 48 de sexo femenino (11 entre 18 a 29 años, 36 entre 30 a 59 años, 1 de 60 a 59 años) y 10 de sexo masculino (3 entre 18 a 29 años, 7 de 30 a 59 años), y 2 personas con tamizaje para VIH, uno de ellos con el primer tamizaje y uno con resultado que inicia terapia antirretroviral. ⁶

Se ha observado dificultades en la adherencia al tratamiento farmacológico y también en la adherencia no farmacológica que aborda problemas de ansiedad, depresión, negativismo, insatisfacción, consumo de alcohol, tabaco, pérdida de esperanza, que son necesarios ser estudiados para determinar su influencia en el bienestar del paciente, porque la adherencia no farmacológica es un coadyuvante o complemento en el logro de la adherencia farmacológica, mejora la calidad de vida y la esperanza de vida.

En este contexto se formula el problema de investigación ¿Cuál es el efecto de la intervención educativa sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021?

El objetivo general es, determinar el efecto de la intervención educativa sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico en los pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021; y los objetivos específicos son: 1) Identificar la adherencia al tratamiento no farmacológico en las dimensiones: actividad física, alimentación nutritiva, manejo de los estados emocionales, consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, prevención de la reinfección del VIH y otras ITS, en los pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021; 2) Aplicar la intervención educativa en los pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021; 3) Evaluar el efecto de la

intervención educativa sobre el tratamiento no farmacológico en los pacientes con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021.

La importancia de la investigación que se presenta, es que es la primera que se realiza en la zona de estudio sobre el comportamiento de los usuarios en cuanto al tratamiento no farmacológico que se indica como complemento del tratamiento farmacológico o antirretroviral en los pacientes infectados por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), porque son elementos vitales para el bienestar del paciente y tranquilidad de su familia, porque logra interrumpir la cadena de transmisión de la infección disminuyendo la carga viral y en consecuencia disminuye el número de muertes, aumenta la esperanza de vida y mejora la calidad de vida de las personas que viven con el VIH.

El respeto a los principios éticos y bioéticos en la investigación se aplica en todo el proceso investigativo, las autorizaciones institucionales (documentos escritos) e individuales (firma del consentimiento informado) solicitados. No hubo limitaciones en el desarrollo de la investigación, por la accesibilidad de la población y el tiempo del estudio.

En la metodología, el tipo de investigación es experimental, el diseño de investigación, cuasi-experimental de un solo grupo con dos mediciones. La población accesible, está conformada por 86 pacientes que reciben tratamiento antirretroviral en la Estrategia Sanitaria Nacional prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, Hepatitis B, del Hospital Santa Gema de Yurimaguas y el tamaño de la muestra es de 20 pacientes.

La investigación comprende: introducción, capítulo I: Marco teórico, capítulo II: Variables e hipótesis, capítulo III: Metodología, capítulo IV: Resultados, capítulo V: Discusión de los resultados, capítulo VI: Conclusiones, capítulo VII: Recomendaciones, capítulo VIII: referencias bibliográficas, y anexos.

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

En el 2020, se desarrolló una investigación de tipo no experimental, observacional, de corte transversal, de diseño descriptivo, que incluyó como población de estudio a 15 pacientes con VIH, el objetivo fue la validación de instrumentos para determinar los factores que influyen o refuerzan (adherencia no farmacológica) la adherencia al tratamiento antirretroviral y analizar la percepción del paciente. La investigación determinó que: 60% refirieron nunca realizar actividad física y 40% hacen actividad física distinta a la que le exigen sus actividades cotidianas (7% siempre, 13% frecuentemente, 20% pocas veces); 7% refirieron no tener alimentación saludable (no evitan consumo excesivo de grasas, azúcares y harinas; comen frutas, verduras, toman agua, no comen enlatados, gaseosas y alimentos con preservantes) y 93% que se alimentan saludablemente (46% siempre, 40% frecuentemente, 7% pocas veces); en cuanto al manejo de las emociones, 13% refirieron nunca haberlo hecho y 87% que manejan sus emociones; en consumo de alcohol, 33% refirieron que nunca consumieron alcohol y 47% afirmaron consumir bebidas alcohólicas. El trabajo concluyó que, los factores sociodemográficos, comportamiento individual y conductas frente al tratamiento influyen en la adherencia terapéutica. ⁷

El año 2018, se desarrolló una investigación de tipo analítico de casos y controles, transversal, que incluyó como población de estudio a 220 pacientes con adherencia no farmacológica (110 casos no adecuados y 110 controles adecuados). La investigación determinó que: de todos los pacientes estudiados, el 20% tuvieron síntomas depresivos la última semana, 11,4% consumieron alcohol y 5% consumieron drogas en los últimos seis meses; mientras que, en los pacientes con adherencia no adecuada, 35% presentaron síntomas depresivos, 17% consumieron alcohol y 10% consumieron drogas los últimos seis meses. El estudio

concluyó que, los síntomas depresivos y el consumo de alcohol son factores de la adherencia no farmacológica inadecuada en pacientes que viven con VIH/SIDA y que reciben TARGA. ⁸

En el 2017, se desarrolló una investigación de tipo cualitativo-cuantitativo, descriptivo, que incluyó como población de estudio a 85 pacientes para identificar aspectos socio afectivos que inciden en la adherencia no farmacológica. La investigación determinó que: un 55% fueron calificados como adherentes y el 45% como no adherentes; del grupo de no adherentes, la mayoría refirió falta de recursos económicos para cumplir con el tratamiento antirretroviral (TARV) y controles médicos, calificaron con nivel bajo de autoestima donde 33% refirió sentirse con la moral decaída algunas veces, 40% refirió sentirse triste algunas veces, 77% indicó que nunca ha tenido ideas suicidas y 75% calificaron con estrés. El trabajo concluyó que, la adherencia al tratamiento no farmacológico se relaciona con las variables psicológicas y sociales, donde la autoestima y el apoyo familiar son claves, y que la calidad de vida y factores sociales inciden en que el 45% de pacientes no cumplan con los parámetros de adherencia lo cual es un riesgo para las enfermedades oportunistas. ⁹

El año 2016, se desarrolló una investigación de tipo intervención, cuasi experimental, que incluyó como población de estudio a 25 pacientes con VIH/SIDA. La investigación determinó que: después de haberse aplicado el programa de intervención educativa, 84% de los pacientes tuvieron adherencia al tratamiento y solamente 16% no se adherían al tratamiento; 100% percibía muchos beneficios con relación a una dieta nutritiva y la protección. El trabajo concluyó que, el programa educativo fue efectivo, pues se incrementó la adherencia terapéutica en los pacientes con tratamiento antirretroviral. ¹⁰

El año 2016, se desarrolló una investigación de tipo cuantitativa, no experimental, transversal, correlacional, que incluyó como población de estudio a 26 hombres con VIH/SIDA entre 21 y 62 años. La investigación determinó que: el 15,38% tuvo adherencia no farmacológica y el 84,62% (22) no tuvo adherencia no farmacológica. El estudio concluyó que, los resultados ponen en evidencia la importancia de realizar intervenciones integrales y con enfoque diferencial, en las que se fortalezca la adherencia en sus dos componentes, considerando la necesidad de contribuir al bienestar en las personas con VIH/SIDA y disminuir la morbimortalidad, en incluso la propagación del virus. ¹¹

En el año 2013, se desarrolló una investigación de tipo observacional, transversal, que incluyó como población de estudio a 277 personas con VIH/SIDA, mayores de 18 años, con VIH/SIDA al menos en los seis meses anteriores. La investigación determinó que: el 37% fueron adherentes al tratamiento no farmacológico y 63% no adherentes al tratamiento no farmacológico. El trabajo concluyó que, la adherencia al tratamiento no farmacológico es baja y parece ser un problema generalizado en la población con VIH/Sida, por lo que es necesario realizar intervenciones que mejoren la adherencia no-farmacológica para contribuir al control de la infección, que éstas deben implementarse en todas las personas diagnosticadas, con especial énfasis en la población joven. ¹²

1.2. Bases teóricas

Intervención educativa

La intervención educativa, se define como la acción intencional para la realización y el logro del desarrollo integral del educando. La intervención educativa tiene carácter teológico: existe un sujeto agente (educando-educador) existe el lenguaje propositivo (se realiza una acción para lograr algo), se actúa en orden a lograr un acontecimiento futuro (la meta) y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. ¹³

Se realiza mediante procesos de autoeducación y heteroeducación (formales, no formales o informales). La intervención educativa exige respetar la condición de agente en el educando. La acción (cambio de estado que un sujeto hace que acaezca) del educador debe dar lugar a una acción del educando y no sólo a un acontecimiento (cambios de estado que acaecen a un sujeto en una ocasión). ¹³ Un proyecto de intervención es un plan, acción o propuesta, creativa y sistemática, ideada a partir de una necesidad, a fin de satisfacer dicha carencia, problemática o falta de funcionalidad para obtener mejores resultados en determinada actividad. ¹⁴

La intervención educativa sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA, es un proceso de heteroeducación formal compuesta por contenidos diferentes al tratamiento farmacológico con antirretrovirales, pues incide en la educación al paciente sobre alimentación nutritiva, actividad física, manejo de los estados emocionales, consumo de sustancias psicoactivas, prevención de reinfección por VIH/SIDA y otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), cuya finalidad es contribuir al mantenimiento saludable del organismo mediante una alimentación equilibrada y la actividad física, contribuir a su equilibrio emocional que es básico para favorecer la inmunidad y el afrontamiento adaptativo de las situaciones estresantes y difíciles, así como protegerlo de

reinfecciones y recaídas, que en suma contribuyen a favorecer el bienestar biopsicosocial.

La intervención educativa está constituida por las siguientes fases:

- a) Planeación: comprende los momentos de elección de la preocupación temática, la construcción del problema generador de la propuesta y el diseño de la solución. Esta fase tiene como producto el proyecto de intervención educativa.
- b) Implementación: comprende los momentos de aplicación de las diferentes actividades que constituyen la propuesta de intervención educativa y su reformulación y/o adaptación, en caso de ser necesario.
- c) Evaluación: comprende los momentos de seguimiento de la aplicación de las diferentes actividades que constituyen el proyecto y su evaluación general.
- d) Socialización-difusión: comprende los momentos de: socialización, adopción y recreación. Esta fase debe conducir al receptor a la toma de conciencia del problema origen de la propuesta, despertar su interés por la utilización de la propuesta, invitarlo a su ensayo y promover la adopción-recreación de la solución diseñada. ¹⁵

La evaluación de la intervención educativa en el campo de la salud, proporciona información y argumentos para comprender los cambios ocasionados por la acción emprendida y para determinar en qué grado las actividades desarrolladas han sido eficaces y eficientes, y mediante qué procesos se han producido estos cambios. Se evalúa el proceso y los resultados, pues en el contexto de la promoción y de la educación para la salud, los cambios atribuibles a la actividad realizada, es la que tiene mucho valor. ¹⁶

Existen diferentes formas de medir el efecto de la intervención educativa, una de ellas lo mide como:

- Efectivo o efecto positivo, cuando los puntajes obtenidos en el postest se modifican positivamente o aumentan en comparación con

el puntaje del pretest, en los aspectos temáticos utilizados en la intervención.

- No Efectivo o efecto negativo, cuando los puntajes obtenidos en el postest no se modifican positivamente o disminuyen en comparación con el puntaje del pretest, en los aspectos temáticos utilizados. ¹⁷

Adherencia al tratamiento no farmacológico

Para entender la adherencia al tratamiento no farmacológico, se necesita precisar la adherencia al tratamiento farmacológico o las conductas que realiza el paciente en su vida diaria, como: tomar medicamentos antirretrovirales en horarios indicados, la cantidad exacta; asistir a las citas médicas programadas; exámenes de control, entre otros. ¹⁰

La adherencia al tratamiento no farmacológico, está referido a la realización de actividades como: hacer ejercicio en forma regular; alimentarse saludablemente; manejar los estados emocionales como el estrés, la ansiedad y la depresión que influyen en el estado inmunológico; evitar el consumo de alcohol, cigarrillos y drogas; medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual; auto observar el cuerpo para descubrir si hay cambios; darle prioridad al cuidado de sí mismo, entre otros. ¹⁰

Para valorar la adherencia al tratamiento no farmacológico, se utilizan diversos instrumentos, como la subescala de aspectos no-farmacológicos del Cuestionario de Adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA (CAT-VIH), que es un instrumento de auto reporte compuesto por preguntas cerradas con una escala de respuesta ordinal de tipo Likert , sus cinco primeros ítems miden la adherencia al tratamiento farmacológico en base al 95% o más de cumplimiento de los indicadores o criterios de adherencia ubicados con cinco a 20 puntos; y los ítems del seis al 16 corresponden miden la adherencia no farmacológica cuyos valores se ubican entre 11 (puntaje mínimo) y 48 (puntaje máximo) puntos. ¹⁰

En cuanto a la medición de la adherencia al tratamiento no farmacológico, Varela MT, Hoyos PA., en Colombia 2013 al estudiar la adherencia al tratamiento del VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales, lo calificó como: adherentes al tratamiento no farmacológico y no adherentes al tratamiento no farmacológico. ¹¹

La experiencia en el desempeño laboral, nos ha permitido observar que los usuarios infectados con el VIH/SIDA presentan algunas deficiencias en el autocuidado personal, físico y emocional, que son conductas necesarias para el complemento beneficioso del tratamiento antirretroviral y para lograr un mejor estado de salud y de bienestar general. Se estudió la adherencia no farmacológica en los siguientes aspectos:

Actividad Física

La actividad física, está referida a cualquier movimiento corporal producido por los músculos esqueléticos que exige un gasto de energía. Abarca al ejercicio (pasivo o activo) cuya intensidad dependerá de la situación del paciente y a otras actividades que entrañan movimiento corporal y se realizan como parte de los momentos de juego, del trabajo, de formas de transporte activas, de las tareas domésticas y de las actividades recreativas. ¹⁸

La actividad física incluye a todas las acciones motoras que se realizan a diario: el trabajo en la oficina, el quehacer doméstico, subir escaleras, caminar, correr y, en resumen, cualquier movimiento que efectúe una persona. ¹⁹ Se ha demostrado que la realización de ejercicios físicos por parte del paciente infectado con el VIH/SIDA, se refleja o influye de forma positiva a nivel inmunológico, virológico y cardiopulmonar. ²⁰

La actividad física será valorada como: adecuada, cuando el paciente infectado con VIH/SIDA realiza actividades motoras diariamente (trabajar, quehacer doméstico, subir y bajar escaleras, caminar, correr, entre otros; e inadecuada, cuando realiza escasa o nula actividad física.

Alimentación Nutritiva

Un alimento nutritivo, es aquel que aporta al organismo los nutrientes, las vitaminas, las calorías y demás componentes necesarios para la salud y para tener un rendimiento óptimo a lo largo del día. ²¹

El estar infectado con el VIH/SIDA, implica mayor consumo de energía, por ello, la alimentación es uno de los puntos claves para estar saludables. La alimentación nutritiva, combina proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales y agua en cantidades adecuadas a las necesidades. Comprende también a la higiene bucal, el manejo adecuado de los alimentos incluyendo su preparación y una dieta balanceada, para que el éxito del tratamiento sea más fácil de alcanzar; una alimentación deficiente, debilita o deteriora al sistema inmune, haciéndolo propenso a infecciones, a presentar síntomas como vómitos, diarreas, lesiones en la piel, lesiones en la boca que impiden comer, lo que a su vez aumenta la desnutrición y los efectos secundarios de los antirretrovirales son más frecuentes y más intensos. ²²

Una alimentación nutritiva, es aquella que se presenta balanceada respecto a los grupos de alimentación (proteínas, carbohidratos, lípidos, vitaminas y minerales), permite que las personas con VIH obtengan los nutrientes necesarios como fuente principal de energía, fortalezcan su sistema inmunológico que protege al organismo contra infecciones oportunistas y minimiza los efectos secundarios que pueden presentarse por los antirretrovirales como, la diarrea, pérdida de masa muscular, síndrome de lipodistrofia, entre otros. ²³

La alimentación nutritiva se valora como: Saludable, cuando el paciente con VIH/SIDA consume alimentos de forma balanceada o equilibrada (proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales); y No saludable, cuando no consume una dieta balanceada.

Manejo de los estados emocionales

Los estados emocionales son el motor del ser humano, forman parte de la existencia, condicionan las acciones y decisiones que toma. Un estado emocional determinado, hace que se perciba lo cotidiano de una forma determinada, que nos asalten determinados pensamientos, que emitamos determinados juicios y que realicemos determinadas acciones.²⁴

La salud mental, es crucial para garantizar el éxito del tratamiento en la persona con VIH/SIDA, un sistema inmunológico muy deteriorado puede causar alteraciones mentales severas. Al inicio de la atención del paciente, es común encontrar la presencia de algún grado de depresión (tristeza continua, falta de interés por las cosas cotidianas), trastornos del sueño y cambios en el humor o ansiedad; estos síntomas pueden presentarse también como efectos secundarios por el uso de algunos antirretrovirales.²²

Cuando la persona tiene un resultado reactivo en un tamizaje de VIH/SIDA, la primera reacción emocional que muestra es la negación de la realidad, vergüenza, manifiesta el deseo de no seguir viviendo, de no volver a casa, de separarse de su pareja, y otros, que necesita aprender a controlar y a manejarlos, porque alteran su salud mental y se evidencian en cuadros de estrés, ansiedad, depresión, entre otros. El adecuado control y manejo permite un afrontamiento saludable de las situaciones difíciles de la vida, lo cual redundará en el fortalecimiento inmunológico y en una mejor adherencia de la enfermedad. Para el control y manejo de los estados emocionales, se pueden realizar ejercicios de relajación, respiración profunda, terapia del perdón, reconocer los estados emocionales y las alternativas para su afrontamiento sano. Será valorada como: Saludable, cuando el paciente infectado con VIH/SIDA muestra un adecuado control y manejo de los estados emocionales; y No saludable, cuando muestra un control y manejo inadecuado.

Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), las sustancias psicoactivas comúnmente conocidas como drogas, son sustancias que al ser tomadas pueden modificar negativamente la conciencia, alteran el estado de ánimo y los procesos de pensamiento. Las sustancias psicoactivas pueden ser consideradas legales como el alcohol y tabaco (que igual son perjudiciales y peligrosas), e ilegales como el cannabis o marihuana, cocaína, anfetaminas, heroína, entre otros, que son muy perjudiciales y peligrosas.²⁵

El consumo de tabaco en personas que viven con VIH/SIDA, puede predisponer para el cáncer de pulmón, neumonías, cardiopatías, etc., porque en este tipo de pacientes el sistema inmunológico no es óptimo y al fumar el riesgo es mayor. Por otro lado, si el consumo de alcohol es frecuente hasta llegar a la embriaguez, se afecta el funcionamiento del sistema inmunológico, hay riesgo de sobrecargar al hígado con el alcohol y con los medicamentos que está recibiendo, y disminuye la disposición para tener relaciones sexuales protegidas con condón.²²

El consumo de alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas, será valorada como: Consume, cuando el paciente infectado con VIH/SIDA acepta que utiliza algunas de estas sustancias sea frecuentemente o en ciertas situaciones difíciles de la vida; y No consume, cuando no utiliza ninguna de estas sustancias.

Prevención de la reinfección del VIH y otras ITS

Para prevenir la reinfección del VIH, la adquisición de otras infecciones de transmisión sexual y la propagación del virus, el uso del preservativo de forma consistente y correcta durante las relaciones sexuales anales y buco-genitales, es el único método eficaz, porque funciona como una barrera protectora con una eficacia mayor del 98% ante el contacto con los fluidos corporales (sangre, semen, fluidos vaginales) involucrados durante las relaciones sexuales.²⁶

La prevención de la reinfección del VIH y otras ITS, fue valorada como: Adecuada, cuando el paciente infectado con VIH/SIDA utiliza medidas protectoras durante las relaciones sexuales; e Inadecuada, cuando no utiliza medidas protectoras durante las relaciones sexuales.

Teorías o modelos que fundamentan la investigación

La investigación se sustentó en el Modelo de Creencias en Salud: propuesto por GM. Hochbaum (1950), para explicar una variedad de conductas de salud, como la respuesta individual ante ciertos síntomas de enfermedad, el cumplimiento con los tratamientos y recomendaciones médicas, entre ellos la adherencia al tratamiento antirretroviral. Se basa en las teorías del valor esperado (expectativas) que postula que la conducta depende principalmente de dos variables, el valor que la persona da a un determinado objetivo y la estimación que la persona hace sobre la probabilidad de que al realizar una acción determinada logre el objetivo deseado. La combinación de las dos variables, proporcionará a la persona la motivación para actuar. ²⁷

Sus dimensiones son: a) Susceptibilidad percibida ante un determinado problema de salud: valora cómo los sujetos varían en la percepción de la propia vulnerabilidad a enfermar, desde el sujeto que niega cualquier posibilidad de contraer una enfermedad, pasando por el que admite la posibilidad "estadística" de que le ocurra un problema de salud pero que no considera la posibilidad real de que le ocurra, hasta el sujeto que expresa su convencimiento de estar en peligro cierto de contraer una enfermedad. b) Severidad percibida: son creencias sobre la gravedad de contraer una determinada enfermedad o dejarla sin tratar una vez contraída. Contempla dos tipos de consecuencias: medicoclínicas (como muerte, incapacidad o dolor) y sociales (disminución de relaciones sociales, efectos sobre la capacidad laboral o sobre sus relaciones familiares, etc.). c) Beneficios percibidos: el enfermo a pesar de estar asustado y sentirse amenazado, no seguirá las recomendaciones médicas al menos que las perciba como eficaces para enfrentar el trastorno, porque sus creencias sobre un curso de acción están influidas

por las normas y presiones del grupo social al que pertenece. d) Barreras percibidas: son aspectos negativos que se oponen a la ejecución de una conducta para enfrentarse a un trastorno de salud, son barreras para la acción. Ej. necesita un tratamiento, pero lo ve costoso, desagradable o doloroso. El resultado final del modelo considera diversas opciones que representan diferentes valores de las dimensiones y que se reflejarán en forma de conductas distintas frente a la salud y/o la enfermedad. Ejemplo, si la disposición a actuar es fuerte y los aspectos negativos son evaluados como débiles, es probable que realice la acción en forma de conducta preventiva o de salud; pero, si la disposición a actuar es débil y los aspectos negativos fuertes, éstos funcionarán como barreras, impidiendo la acción. Si la disposición para actuar es fuerte y las barreras son también fuertes, surgirá un conflicto difícil de resolver salvo que el sujeto disponga de otros cursos de acción alternativos de igual eficacia pero con menos barreras; caso contrario, el sujeto optará por alejarse psicológicamente del conflicto, realizando otras actividades que no solucionan el problema o puede caer en una crisis de ansiedad que le impida pensar en el problema objetivamente y, en consecuencia, quedar incapacitado para adoptar un curso de acción adecuado de solución del problema.²⁸

1.3. Definición de términos básicos

Intervención educativa. Es la acción intencional para la realización y el logro del desarrollo integral del educando. Tiene carácter teológico: existe un sujeto agente, el lenguaje, orden para lograr un acontecimiento futuro y los acontecimientos se vinculan intencionalmente. ¹³

Adherencia. Es el comportamiento de una persona infectada con el VIH, que se ajusta a la toma adecuada de los medicamentos antirretrovirales, sigue un régimen alimentario y ejecuta cambios en sus estilos de vida, en concordancia con las recomendaciones del profesional de salud. ²⁹

VIH. Siglas del Virus de la Inmunodeficiencia Humana, que causa la infección o el síndrome que afecta al sistema inmunológico que es el sistema de protección del organismo, dejándolo sin capacidad de defensa ante las enfermedades oportunistas y microorganismos del medio ambiente. ³⁰

Tratamiento no farmacológico. Realización de actividades como, ejercicios en forma regular, alimentación saludable, manejar los estados emocionales (estrés, ansiedad y depresión) que influyen en el estado inmunológico; evitar el consumo de alcohol, cigarrillo y drogas; adoptar medidas de prevención de infecciones de transmisión sexual. ¹⁰

Carga viral (CV). Recuento del número de copias replicadas del VIH circulando en plasma sanguíneo. ²⁹

CAPÍTULO II: HIPÓTESIS Y VARIABLES

2.1. Formulación de la Hipótesis

Hipótesis general

La intervención educativa tiene efecto positivo sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021.

2.2. Variables y su operacionalización

Variable	Definición conceptual	Tipo por su relación	Indicador	Escala medición	Categorías	Valores de las categorías	Medio de verificación
Intervención educativa	Es la acción intencional para la realización y el logro del desarrollo integral del educando.	Independiente	Actividad física	Ordinal	Adecuada		Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA (Pretest)
					Inadecuada		
			Alimentación nutritiva	Nominal	Adecuado	Logra 4 puntos en la dimensión	
					Inadecuado	Menos de 4 puntos	
			Manejo de estados emocionales	Intervalo	Adecuado	De 10 a 12 puntos	
					Inadecuado	Menos de 10 puntos	
			Consume alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas	Ordinal	Adecuado	De 10 a 12 puntos	
					Inadecuado	Menos de 10 puntos	
			Prevención de reinfección VIH y otras ITS	Nominal	Adecuada	Logra 4 puntos en la dimensión	
					Inadecuada	Menos de 4 puntos	
Adherencia no farmacológica	Intervalo	Adherente	De 32 a 36 puntos				
		No adherente	Menos de 32 puntos				
Efecto de la intervención educativa	Resultado de la evaluación enfocado hacia los cambios de las conductas y rendimientos, mediante el cual se verifican logros adquiridos en función de los objetivos propuestos.	Dependiente	Efecto	Nomina	Positivo	Cuando logra más de 32 puntos en los aspectos temáticos, en el postest.	
					Negativo	Cuando el puntaje se mantiene entre 31 puntos a menos en los aspectos temáticos, en el postest.	

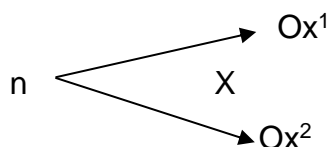
CAPÍTULO III: METODOLOGÍA

3.1. Tipo y diseño

El tipo de investigación fue experimental, porque se sometió a manipulación deliberada a la variable independiente, para determinar su efecto posterior.³¹

El diseño de investigación, fue el cuasi-experimental de un solo grupo con dos mediciones. La primera medición de la variable independiente fue antes de iniciar la intervención educativa mediante un pretest, después de aplicar la intervención educativa, se aplicó la segunda medición mediante un posttest dos días después de terminado el programa educativo.³¹

Diagrama del diseño:



Especificaciones:

M : Muestra.

Ox¹ : Medición antes de la intervención educativa

X : Aplicación de la Intervención educativa

Ox² : Medición después de la intervención educativa

3.2. Diseño muestral

Población de estudio

Estuvo conformada por 86 pacientes que reciben tratamiento antirretroviral en la Estrategia Sanitaria Nacional prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, Hepatitis B, del Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas, entre 18 a 59 años, de diferentes géneros, residentes en la ciudad de Yurimaguas.

Tamaño de la muestra

El tamaño de la muestra de estudio, fue un subconjunto de la población accesible. No se utilizó ninguna fórmula estadística para calcularlo, porque la investigación es de intervención en consecuencia requiere de un número mínimo de participantes (entre 15 a 20) para una mayor efectividad en los resultados. por ello se tomó el criterio de trabajar con 20 pacientes, con el compromiso de la enfermera especializada responsable de la estrategia sanitaria, de seguir aplicando los resultados en beneficio de todos los pacientes.

El tipo de muestreo fue el no probabilístico, por conveniencia porque se consideraron a los pacientes que llegaban cada día a la cita en la estrategia sanitaria, de acuerdo a su accesibilidad y los criterios de inclusión, hasta que se completó los 20 pacientes.

3.3. Procedimiento de recolección de datos

En la recolección de datos, se realizó el siguiente procedimiento:

- Se solicitó a la Dirección del Hospital Santa Gema de Yurimaguas la autorización para el desarrollo de la investigación en sus instalaciones.
- Se coordinó con la jefa de Enfermería del Hospital Santa Gema de Yurimaguas para dar a conocer los objetivos de la investigación.

- Se abordó a los pacientes cuando asistían al control ambulatorio en la estrategia sanitaria nacional de prevención y control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH/SIDA, Hepatitis B, de forma diaria, por un periodo de 15 días hasta completar los 20 participantes previa verificación de que cumplían con los criterios de inclusión.
- Primero se les informaba sobre la investigación aplicando el consentimiento informado, dándoles a conocer los requisitos de participación, firmando el documento respectivo si aceptaba participar, se solicitaba el número de teléfono y la dirección en algunos casos para coordinar la asistencia a las actividades.
- Cuando se completó el tamaño de la muestra, se comunicó a todos para el inicio de las actividades, acordando las reuniones para los días martes, jueves y sábado, de 10 am. a 12 m., durante cuatro semanas (mes de marzo), en un ambiente apropiado del hospital.
- El primer día de las actividades, se dio la bienvenida y agradecimiento a todos los participantes, motivándolos a asistir por el beneficio en su salud. Después se aplicó el instrumento de recolección de datos como pretest o prueba de entrada, seguido del desarrollo de la sesión 1 del programa educativo.
- Se desarrolló una sesión por día a razón de tres sesiones por semana, hasta completar las 11 sesiones.
- Una vez concluido el desarrollo del programa de intervención educativa en la cuarta semana, se acordó la asistencia dos días después (día 12) para aplicar el post test o prueba de salida en los pacientes participantes.

Técnica e instrumentos

La técnica de recolección de datos fue la encuesta para aplicar el instrumento.

El instrumento de recolección de datos, fue una Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA, elaborado por las dos investigadoras, para valorar en el

paciente la adherencia al tratamiento no farmacológico y sus dimensiones. Consta de 36 ítems, en base a cinco dimensiones: actividad física, alimentación nutritiva, manejo de los estados emocionales, consumo de alcohol, tabaco y otras drogas psicoactivas, y prevención de reinfección por VIH y otras ITS, cada ítem con dos alternativas de respuesta de SI cuyo puntaje es cero y No con el puntaje de 1. Se categorizó como: Adherente, cuando logró entre 32 a 36 puntos, No Adherente, cuando logró menos de 32 puntos.

Validez y confiabilidad

El instrumento fue probado en su validez mediante el juicio de expertos o método Delphi, con ocho profesionales de la salud con experticia en el tema de estudio (tres médicos infectólogos, una psicóloga, dos enfermeras asistenciales y dos enfermeras docentes), obteniendo 96,52 que significa validez elevada. La confiabilidad fue comprobada mediante la prueba piloto o Coeficiente de Cronbach, en 10 pacientes con VIH/SIDA que pertenecen a la estrategia sanitaria del hospital Santa Gema de Yurimaguas, los mismos que no formaron parte de la muestra de estudio, obtuvo 0,729 de confiabilidad aceptable.

Criterios de selección

Los criterios de inclusión, son: Pacientes atendidos en la Estrategia Sanitaria, residentes en la ciudad de Yurimaguas, entre 18 a 59 años de edad, cualquier grado de instrucción y de todos los géneros o preferencias sexuales, que acepta participar y firma el consentimiento informado y se compromete a asistir a las sesiones, tres veces por semana.

Los criterios de exclusión, son: Menor de 18 años y mayor de 59 años, evidencia incapacidad mental o física (sordo, mudo), no acepta participar.

3.4. Procesamiento y análisis de datos

El procesamiento de la información se realizó con el software estadístico SPSS, versión 25, en español. El análisis de datos se realizó mediante la estadística descriptiva para presentar la distribución de los datos de forma univariada; y para probar la relación entre las variables, se utilizó la estadística inferencial mediante la prueba estadística no paramétrica Z de Kolmogorov-Smirnov para analizar a un grupo comparativamente, es decir, antes y después de la intervención educativa sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico; pero como los datos de la población no presentaron distribución normal, se utilizó la prueba estadística no paramétrica de distribución libre Rangos de Wilcoxon para muestras apareadas, para comparar el efecto antes y después de la intervención educativa. El nivel de confianza fue de 95%, el nivel de error = 0,05 y el nivel de significancia de 5% ($p < 0,05$) para aceptar la hipótesis planteada en la investigación.

3.5. Aspectos éticos

El Sub Comité de la sección de Postgrado de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana, revisó el plan del trabajo de investigación, el mismo que fue aprobado porque no significó riesgo para los participantes, pues no incluía procedimientos físicos invasivos.

Los principios éticos considerados, son:

- Autonomía: los pacientes fueron informados de que pueden decidir libremente participar o no en la investigación, sin perjuicio alguno. Se solicitó su participación voluntaria mediante el consentimiento informado el mismo que fue firmado en señal de aceptación.
- Justicia: todos los pacientes que participaron tuvieron las mismas garantías de protección de su dignidad e integridad.

- Beneficencia: Se ha protegido la información obtenida, los mismos que generaron el planteamiento de recomendaciones para mejorar o reforzar la adherencia al tratamiento no farmacológico en su beneficio.
- No maleficencia: la información obtenida se ha protegido mediante la confidencialidad, no se ha solicitado la identidad del paciente en los instrumentos a fin de no causar daños o amenaza a la integridad física, emocional o moral, de los pacientes.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

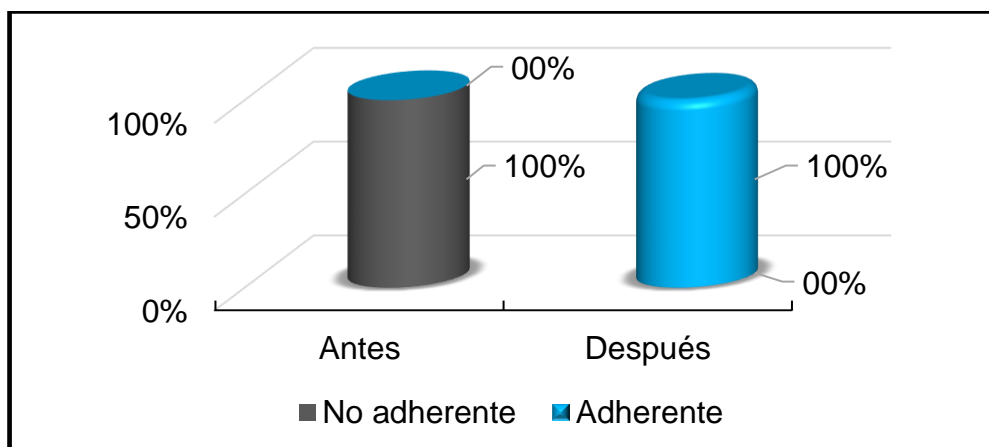
4.1. Resultados univariados

Tabla 1: Adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021

Adherencia	Antes		Después	
	n	%	n	%
No adherente	20	100,0	0	0,0
Adherente	0	0,0	20	100,0
Total:	20	100,0	20	100,0

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.

Gráfico 1: Tabla 1: Adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.



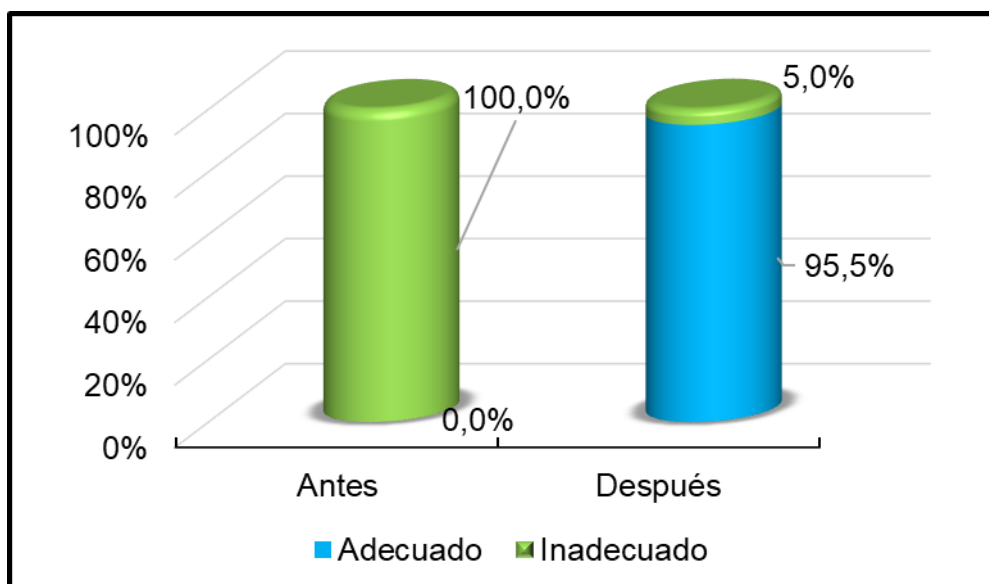
La tabla y gráfico 1, muestra que antes de la intervención educativa el 100% de pacientes fueron no adherentes y después de la intervención educativa, el 100% se convirtieron en adherentes al tratamiento no farmacológico.

Tabla 2. Actividad física en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.

Actividad física	Antes		Después	
	n	%	n	%
Adecuado	0	0,0	19	95,0
Inadecuado	20	100,0	1	5,0
Total	20	100,0	20	100,0

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.

Gráfico 2: Actividad física en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.



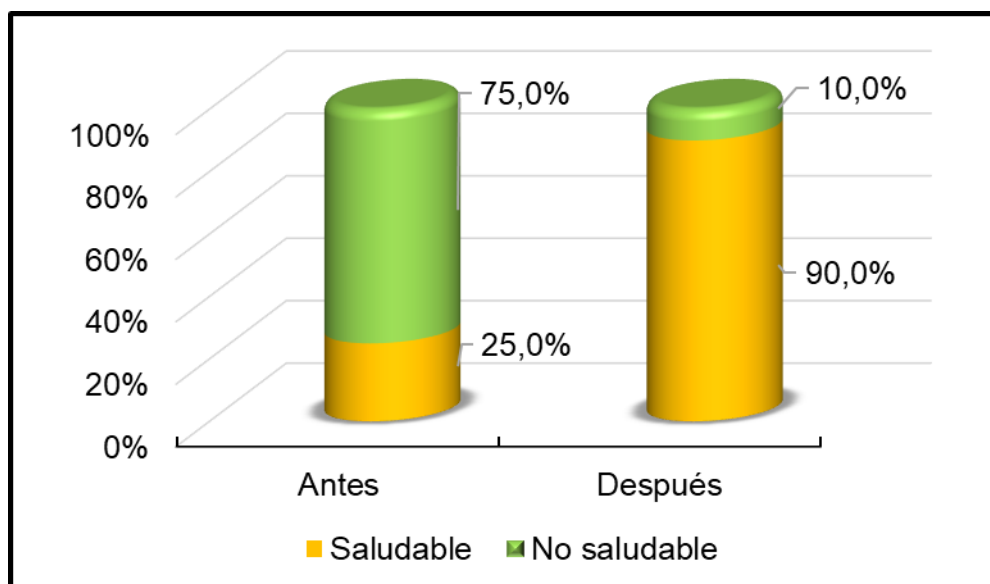
La tabla y gráfico 2, muestra que antes de la intervención educativa el 100% de pacientes tenía adherencia inadecuada en la actividad física y después de la intervención educativa el 95% cambió a adherencia adecuada y un 5% con adherencia inadecuada.

Tabla 3: Alimentación nutritiva en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.

Alimentación nutritiva	Antes		Después	
	n	%	n	%
Adecuado	5	25,0	18	90,0
Inadecuado	15	75,0	2	10,0
Total	20	100,0	20	100,0

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.

Gráfico 3: Alimentación nutritiva en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.



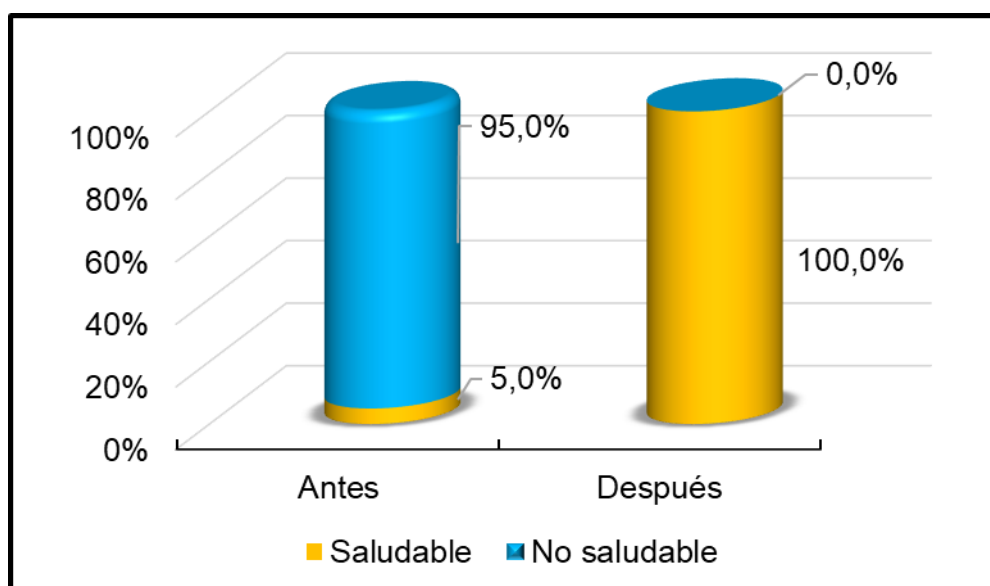
La tabla y gráfico 3, muestra que antes de la intervención educativa el 25% tuvieron adherencia adecuada en alimentación nutritiva y 75% inadecuado, después de la intervención cambió a 90% con adherencia adecuada y 10% inadecuado.

Tabla 4: Manejo de los estados emocionales en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.

Manejo de los estados emocionales	Antes		Después	
	n	%	n	%
Adecuado	1	5,0	20	100,0
Inadecuado	19	95,0	0	0,0
Total	20	100,0	20	100,0

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.

Gráfico 4: Manejo de los estados emocionales en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.



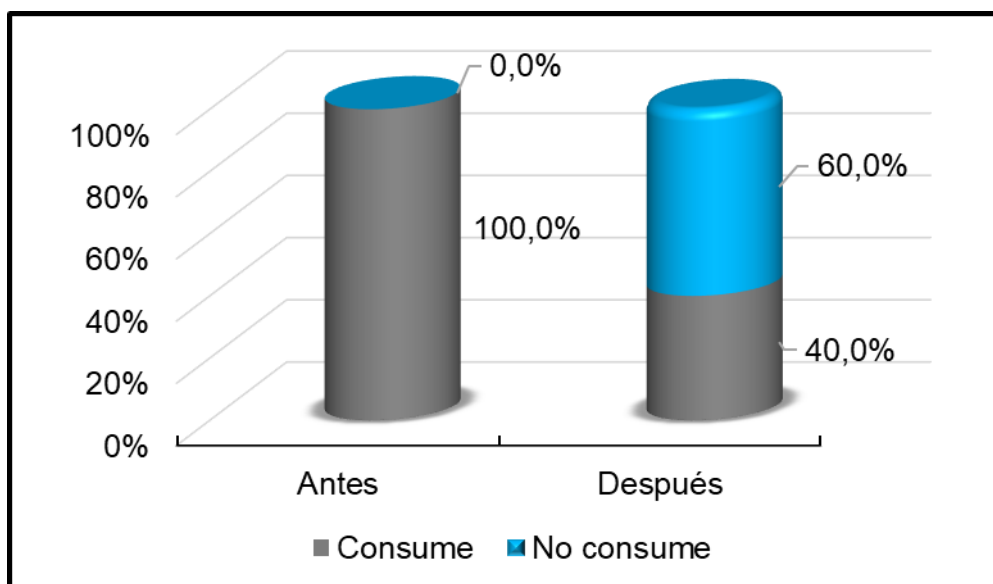
La tabla y gráfico 4, muestra que antes de la intervención educativa el 95% obtuvo adherencia inadecuada en el manejo de los estados emocionales y 5% adecuado; después de la intervención el 100% mostró adherencia adecuada sobre el manejo de los estados emocionales.

Tabla 5: Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.

Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas	Antes		Después	
	n	%	n	%
Adecuado	0	0,0	12	60,0
Inadecuado	20	100,0	8	40,0
Total	20	100,0	20	100,0

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA..

Gráfico 5: Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.



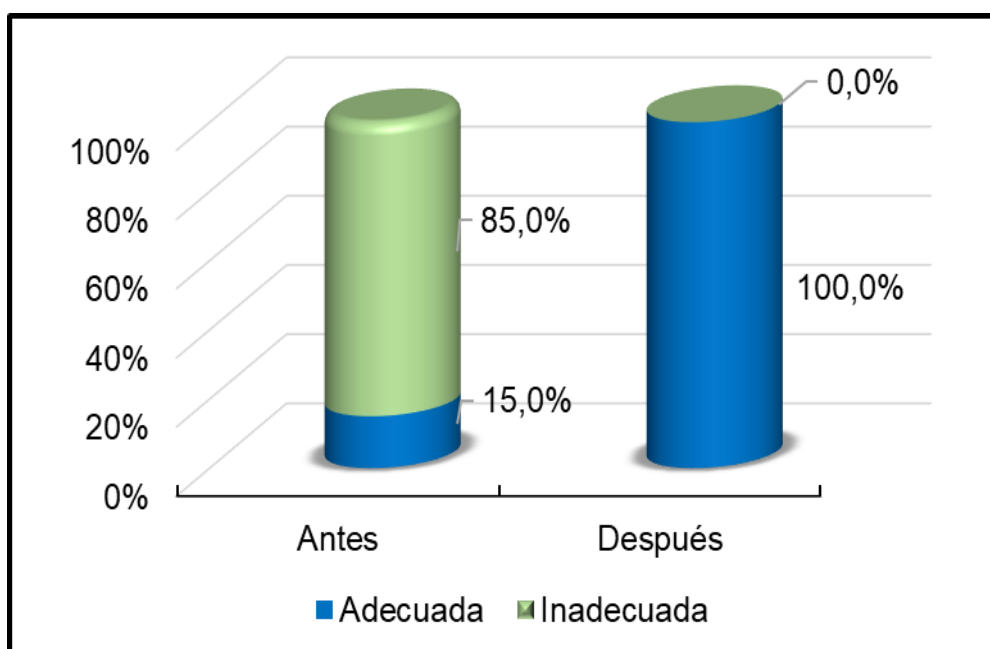
La tabla y gráfico 5, muestra que antes de la intervención educativa el 100% tuvo adherencia inadecuada sobre el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicotóxicas; después de la intervención un 60% tuvo adherencia adecuada y 40% inadecuada.

Tabla 6: Prevención de la reinfección por VIH y otras ITS en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.

Prevención de reinfección por VIH y otras ITS	Antes		Después	
	n	%	n	%
Adecuada	3	15,0	20	100,0
Inadecuada	17	85,0	0	0,0
Total	20	100,0	20	100,0

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.

Gráfico 6: Prevención de la reinfección por VIH y otras ITS en pacientes infectados con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.



La tabla y gráfico 6, muestra que antes de la intervención educativa el 85% calificaron con adherencia inadecuada en las medidas de prevención del VIH y otras ITS y 15% adecuada; después de la intervención educativa, el 100% calificaron con adherencia adecuada.

4.2. Análisis Bivariado

Tabla 7: Efecto de la intervención educativa en la actividad física en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.

Estadísticos	Antes	Después
Media	2,25	3,95
Desviación estándar	0,716	0,224
Mínimo	1	3
Máximo	3	4
Z (K-S)*	0,252	0,538
P-valor**	0,002	0,000

*K-S, Prueba estadística de Kolmogorov - Smirnov
**P < 0.05, no presenta distribucional normal

Se aplica la prueba estadística Rangos de Wilcoxon

Z***	-3,895
p-valor	0,000 de la prueba de hipótesis

***Z: Estadístico de Rangos de Wilcoxon

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.

La tabla 7, muestra que el efecto de la intervención educativa sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en la actividad física fue positivo, pues al aplicar la prueba estadística de Kolmogorov-Smirnov, se obtuvo una P-valor = 0,000; < 0,05; y como no presentaba una distribución normal, se aplicó la prueba estadística de Rangos de Wilcoxon, obteniendo Z = -3,895 y una p-valor = 0,000; < 0,05, aceptando la hipótesis planteada pues el puntaje medio de la evaluación se había incrementado de 2,25 a 3,95.

Tabla 8: Efecto de la intervención educativa en la alimentación nutritiva en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.

Estadísticos	Antes	Después
Media	2,80	3,90
Desviación estándar	0,834	0,308
Mínimo	2	3
Máximo	4	4
Z(K-S)*	0,281	0,527
P-valor**	0,000	0,000

*K-S, Prueba estadística de Kolmogorov - Smirnov
 **P < 0.05, no presentan distribucional normal

Prueba estadística, Rangos de Wilcoxon

Z***	-3,508
p-valor	0,000

***Z: Estadístico de Rangos de Wilcoxon

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.

La tabla 8, muestra que el efecto de la intervención educativa en la adherencia al tratamiento no farmacológico sobre la alimentación nutritiva, fue positivo, pues cambiaron de una adherencia inadecuada en la mayoría a una adherencia adecuada, al aplicar la prueba estadística de Kolmogorov – Smirnov, se obtuvo una P-valor = 0,000; < 0,05; y como no presentaba una distribución normal, se aplicó la prueba estadística de Rangos de Wilcoxon, obteniendo Z = -3,508 y una p-valor = 0,000; < 0,05, aceptando la hipótesis planteada pues el puntaje medio de la evaluación se había incrementado de 2,80 a 3,90.

Tabla 9: Efecto de la intervención educativa en el manejo de los estados emocionales en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.

Estadísticos	Antes	Después
Media	7,40	12,00
Desviación estándar	1,847	0,000
Mínimo	3	12
Máximo	10	12
Z(K-S)*	0,277	---
P-valor**	0,000	---

*K-S, Prueba estadística de Kolmogorov - Smirnov

**P < 0.05, no presentan distribucional normal

Prueba estadística, Rangos de Wilcoxon

Z*** -3,955

p-valor 0,000

***Z: Estadístico de Rangos de Wilcoxon

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.

La tabla 9, muestra que el efecto de la intervención educativa sobre adherencia al tratamiento no farmacológico sobre el manejo de los estados emocionales, fue positivo pues al aplicar la prueba estadística de Kolmogorov – Smirnov, se obtuvo una P-valor = 0,000; < 0,05; y como no presentaba una distribución normal, se aplicó la prueba estadística de Rangos de Wilcoxon, obteniendo Z = -3,955 y una p-valor = 0,000; < 0,05, aceptando la hipótesis planteada pues el puntaje medio de la evaluación se había incrementado de 7,40 a 12,00.

Tabla 10: Efecto de la intervención educativa en el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, en pacientes con Virus de Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.

Estadísticos	Antes	Después
Media	7,25	11,40
Desviación estándar	2,173	0,503
Mínimo	3	11
Máximo	11	12
Z(K-S)*	0,154	0,387
P-valor**	0,200	0,000

*K-S, Prueba estadística de Kolmogorov - Smirnov

**P < 0.05, no presentan distribucional normal

Prueba estadística, Rangos de Wilcoxon

Z*** -3,832

p-valor 0,000

***Z: Estadístico de Rangos de Wilcoxon

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.

La tabla 10, muestra que el efecto de la intervención educativa sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas, fue positivo pues al aplicar la prueba estadística de Kolmogorov – Smirnov, se obtuvo una P-valor = 0,000; < 0,05; y como no presentaba una distribución normal, se aplicó la prueba estadística de Rangos de Wilcoxon, obteniendo Z = -3,832 y una p-valor = 0,000; < 0,05, es decir, aceptando la hipótesis planteada pues el puntaje medio de la evaluación se había incrementado de 7,25 a 11,40.

Tabla 11: Efecto de la intervención educativa en la prevención de la reinfección por VIH y otras ITS en pacientes con Virus de Inmuno deficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.

Estadísticos	Antes	Después
Media	2,75	4,00
Desviación estándar	0,716	0,000
Mínimo	2	4
Máximo	4	4
Z(K-S)*	0,252	---
P-valor**	0,002	---

*K-S, Prueba estadística de Kolmogorov - Smirnov

**P < 0.05, no presentan distribucional normal

Prueba estadística, Rangos de Wilcoxon

Z*** -3,729

p-valor 0,000

***Z: Estadístico de Rangos de Wilcoxon

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.

La tabla 11, muestra que el efecto de la intervención educativa sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en la prevención de reinfección por VIH y otras ITS, fue positivo pues al aplicar la prueba estadística de Kolmogorov – Smirnov, se obtuvo una P-valor = 0,002; < 0,05; y como no presentaba una distribución normal, se aplicó la prueba estadística de Rangos de Wilcoxon, obteniendo Z = -3,729 y una p-valor = 0,000; < 0,05, aceptando la hipótesis planteada pues el puntaje medio de la evaluación se había incrementado de 2,75 a 4,00.

Tabla 12: Efecto de la intervención educativa en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con Virus de inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema. Yurimaguas 2021.

Estadísticos	Antes	Después
Media	22,45	35,25
Desviación estándar	4,273	0,550
Mínimo	16	34
Máximo	31	36
Z(K-S)*	0,108	0,375
P-valor**	0,200	0,000

*K-S, Prueba estadística de Kolmogorov - Smirnov
 **P < 0.05, no presentan distribucional normal

Prueba estadística, Rangos de Wilcoxon

Z***	-3,923
p-valor	0,000

***Z: Estadístico de Rangos de Wilcoxon

Fuente: Ficha de cotejo sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.

La tabla 12, muestra que el efecto de la intervención educativa sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, fue positivo pues al aplicar la prueba estadística de Kolmogorov – Smirnov, se obtuvo una P-valor = 0,000; < 0,05; y como no presentaba una distribución normal, se aplicó la prueba estadística de Rangos de Wilcoxon, obteniendo Z = -3,923 y una p-valor = 0,000; < 0,05, aceptándose la hipótesis planteada pues el puntaje medio de la evaluación se había incrementado de 22,45 a 35,25.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

El efecto del programa de intervención educativa en la actividad física fue positivo, pues se inició con el 100% que tenía adherencia inadecuada y después de la intervención el 95% presentó adherencia adecuada, incrementándose el puntaje medio de 2,25 a 3,95 (p -valor = 0,000; $< 0,05$), aceptándose la hipótesis planteada. Este resultado tiene similitud con lo obtenido por Triana E. (Ecuador, 2020), en su estudio sobre factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes infectados con VIH, donde el 60% de pacientes refirieron nunca realizar actividad física, frente a 40% que lo realizan. De acuerdo a los resultados, la actividad física es deficiente en todos los pacientes con VIH antes de la intervención educativa, sin embargo, esta situación cambia después de la intervención educativa con la mayoría de pacientes con conocimiento adecuado sobre la actividad física. El paciente necesita conocer los beneficios de la actividad física a favor de su salud, sobre todo cuando esta es practicada de forma diaria o interdiaria por al menos 20 o 30 minutos, porque activa los músculos, fortalece los huesos y articulaciones, regula el sistema cardiovascular, pulmonar, digestivo (mejor digestión, reduce alteraciones metabólicas, previene los efectos de la lipodistrofia debido a efectos secundarios de algunos antirretrovirales) y aumenta la protección inmunitaria, beneficiando no solamente la función biológica sino también a la emocionalidad aumentando la sensación de bienestar y mayor nivel de energía.

El efecto del programa de intervención educativa en alimentación nutritiva fue positivo, porque del 75% con adherencia inadecuada antes de la intervención, cambiaron a un 90% con adherencia adecuada después de la intervención, observándose que el puntaje medio se incrementa de 2,80 a 3,90 (p -valor = 0,000; $< 0,05$), aceptándose la hipótesis planteada. Este resultado se ha comparado y no concuerda con lo obtenido por Triana E. (Ecuador, 2020), en su estudio sobre factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes infectados con VIH, donde encontró que 7 % refirieron no tener alimentación saludable y 93 % se alimentan

saludablemente. El resultado evidencia la problemática actual respecto a la alimentación en general, donde se observa que cada vez predomina la alimentación no saludable por diversas motivaciones, sea por trabajo, estudios, no vivir en el hogar familiar, entre otros; sin embargo, la alimentación balanceada y nutritiva, permite que los pacientes afectados con VIH obtengan los nutrientes necesarios para recuperar energías, fortalecer el organismo y aumentar el sistema inmunológico, todo lo cual son factores protectores que disminuyen la vulnerabilidad del paciente contra las infecciones oportunistas, y si es afectado por alguna otra enfermedad los síntomas se minimizan, reducen también los efectos secundarios de los antirretrovirales (frecuencia de diarreas, pérdida de peso, síndrome de lipodistrofia, entre otros).

El efecto de la intervención educativa en el manejo de los estados emocionales fue positivo, evidenciado en que el 95 % de pacientes que iniciaron con adherencia inadecuada antes de la intervención educativa, terminaron el 100 % con adherencia adecuada después de la intervención educativa, pues el puntaje medio se incrementó de 7,40 a 12 (p -valor = 0,000; $< 0,05$), aceptándose la hipótesis planteada. Este resultado tiene cierta similitud con lo encontrado por Matute I. (Trujillo, 2018), en su estudio sobre factores predictores de la adherencia no adecuada al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes que viven con VIH/SIDA, encontrando que: el 20% de pacientes tuvieron síntomas depresivos la última semana y tenían adherencia inadecuada; pero no concuerda con lo encontrado por Triana E. (Ecuador, 2020), en su estudio sobre factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes infectados con VIH, donde un 13% refirieron nunca haber hecho buen manejo de las emociones y 87% que manejan bien sus emociones. El resultado muestra la vinculación inherente entre la salud física y la salud mental. Las experiencias dolorosas o inesperadas de la vida como puede ser un diagnóstico de VIH/SIDA, pueden afectar los estados emocionales con la presencia de alteraciones como estados depresivos, ansiedad y estrés, que, si la persona no ha aprendido a manejarlos y a controlarlos adecuadamente, estos alteran el funcionamiento de su comportamiento, disminuye el sistema inmunológico, el sistema nervioso y endócrino, que a la larga influirán negativamente en el

desarrollo, el afrontamiento y la tolerancia de la enfermedad, así como en la disposición de aceptar el tratamiento. El adecuado manejo de los estados emocionales favorece que las personas con VIH tengan una calidad de vida saludable y perciban un mejor bienestar emocional y físico.

El efecto de la intervención educativa en el consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas fue positivo, porque del 100% de pacientes que antes de la intervención educativa tenían adherencia inadecuada, el 60% terminaron con adherencia adecuada después de la intervención educativa, y el puntaje medio se incrementó de 7,25 a 11,40 (p -valor = 0,000; $< 0,05$), aceptándose la hipótesis planteada. Este resultado, tiene cierta similitud con lo encontrado por Triana E. (Ecuador, 2020), en su estudio sobre factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes infectados con VIH, donde obtuvo que 33% refirieron que nunca consumieron alcohol y 47% afirmaron consumir bebidas alcohólicas. El resultado muestra que la mayoría de pacientes consumen alcohol, tabaco y otras drogas, debido a la costumbre impuesta por el tipo de cultura en el contexto donde se desenvuelven, siempre hay un motivo para celebrar con alcohol sean noticias buenas o noticias no tan buenas, como al conocer que tienen el diagnóstico de VIH y no saber qué hacer, qué decisión tomar, entre otras, puede coadyuvar un mal manejo de los estados emocionales con el perjuicio a sí mismos y a su familia. Los pacientes diagnosticados con VIH/Sida, tienen prescrito por el médico no consumir alcohol y otras sustancias psicoactivas como parte de la terapéutica, porque es perjudicial para la conservación y el mantenimiento de la salud; sin embargo, se ha obtenido que hay un predominio de consumo de estas sustancias en los pacientes quienes incluso llegan a afirmar que “no les pasa nada”. El consumo de alcohol de forma excesiva, aparte de alterar el funcionamiento del sistema nervioso central, puede motivar a la adopción de conductas sexuales de riesgo (promiscuidad sexual, relaciones sexuales sin protección); por su parte, el consumo de drogas psicotóxicas como la marihuana, la PBC, etc., produce problemas para lograr adherencia al tratamiento.

El efecto de la intervención educativa en la prevención de reinfección por VIH y otras ITS fue positivo, porque antes de la intervención educativa el 85% tenía adherencia inadecuada, cambiando al 100% con adherencia adecuada después de la intervención educativa, observando que el puntaje medio se incrementó de 2,75 a 4,00 (p -valor = 0,000; $< 0,05$), aceptándose la hipótesis planteada. Este resultado no pudo compararse con otras investigaciones porque no accedimos a investigaciones con similares variables; sin embargo, estos resultados muestran que el conocimiento inadecuado respecto a la prevención de la reinfección del VIH y otras ITS conlleva a adoptar conductas de riesgo que se alejan de las prácticas de prevención contra las infecciones en el funcionamiento sexual, debido al descontrol y alteración cognitiva que produce el consumo de alcohol, aumentando el riesgo de promiscuidad sexual y relaciones sexuales sin protección o sin preservativo, que funciona como una barrera protectora ante el contacto con los fluidos corporales como la sangre, fluidos sexuales y semen durante las relaciones sexuales, exponiendo al paciente a reinfecciones con otras cepas de VIH o con infecciones de transmisión sexual.

El efecto de la intervención educativa en la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, fue positivo, porque antes de la intervención educativa el 85% tuvieron adherencia inadecuada, cambiando al 100% de adherencia adecuada después de la intervención, pues el puntaje medio se incrementó de 22,45 a 35,25 (p -valor=0,000; $< 0,05$), aceptándose la hipótesis planteada. Este resultado, tiene cierta similitud con nuestros resultados antes de la intervención educativa y con lo encontrado por Benavides MF. (Colombia, 2017), en su estudio sobre adherencia al tratamiento y autoeficacia en hombres con VIH/SIDA de la ciudad de Cali, donde encontró que 15,38% mostraron adherencia no farmacológica y 84,62% mostraron no tener adherencia no farmacológica. Al respecto, se ha observado que la adherencia tanto al tratamiento farmacológico como al tratamiento no farmacológico, es dificultoso de lograr en el paciente con VIH/Sida sobre todo si no tiene el conocimiento suficiente de cómo ponerlo en práctica y muchas veces aun teniendo el conocimiento adecuado no lo llevan a la acción por dificultades en el manejo y control de

sus emociones; por lo que en base al estudio realizado, se puede afirmar que una intervención educativa es efectiva para contribuir evidentemente en la mejora de la adherencia no farmacológica, por lo que es necesario que el equipo de salud implemente éstas actividades para contribuir al control de la infección y mejorar la calidad de vida del paciente junto a su familia.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES

De acuerdo a los objetivos propuestos, las conclusiones son:

1. La adherencia al tratamiento no farmacológico, antes de la intervención educativa fue del 100% no adherentes y después de la intervención educativa el 100% se convirtieron en adherentes.
2. En las dimensiones del tratamiento no farmacológico: antes de la intervención educativa, la adherencia fue inadecuada, el 100% en la actividad física, 75% en alimentación nutritiva, 95% en manejo de estados emocionales, 100% en consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicotóxicas, 85% en medidas de prevención del VIH y otras ITS. Después de la intervención educativa, la adherencia fue adecuada, en el 95% en actividad física, 90% en alimentación nutritiva, 100% en manejo de estados emocionales, 60% en consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicotóxicas y 100% en medidas de prevención del VIH y otras ITS.
3. El efecto de la intervención educativa sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico fue positivo en: actividad física (p -valor=0,000;<0,05), alimentación nutritiva (p -valor=0,000;<0,05), manejo de los estados emocionales (p -valor=0,000;<0,05), consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas (p -valor=0,000;<0,05) y en la prevención de la reinfección por VIH y otras ITS (p -valor=0,000;<0,05), aceptándose la hipótesis planteada.
4. El efecto de la intervención educativa en el tratamiento no farmacológico en pacientes con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana, Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021, fue positivo (p -valor=0,000; <0,05), aceptándose la hipótesis planteada.

CAPÍTULO VII: RECOMENDACIONES

1. Al Hospital Santa Gema de Yurimaguas
 - Utilizar el programa de intervención educativa sobre adherencia no farmacológica, para aplicar en todos los pacientes usuarios de la estrategia sanitaria, haciendo seguimiento de su aplicación en la vida diaria, a fin de favorecer un mayor bienestar y mejor salud.
 - Utilizar la metodología de la investigación y los instrumentos utilizados, para replicarlo en otras estrategias sanitarias, a favor del paciente y su familia.
2. A la Sección de postgrado de la Facultad de Enfermería
 - Propiciar que los profesionales que utilizan sus servicios educativos, logren cada vez mayores competencias en la especialización de los profesionales de la salud considerando a las dimensiones del tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA.
3. A la comunidad científica
 - Difundir los resultados de la investigación, para que puedan utilizarse como antecedentes en nuevas investigaciones que se realicen a nivel global, para fomentar la calidad de vida del paciente afectado con el VIH y su familia.
 - Difundir las recomendaciones para mejorar la adherencia al tratamiento no farmacológico en personas con VIH, porque contribuye al mejoramiento de la calidad de vida, y reorientar las intervenciones que buscan fortalecer la adherencia al tratamiento de una manera integral, y no reduciéndola únicamente a la toma de antirretrovirales.

CAPÍTULO VIII: FUENTES DE INFORMACIÓN

1. Orellana GE. Factores asociados a la adherencia al TARGA en pacientes con VIH/SIDA. Tesis. Lima: Universidad Ricardo Palma, Lima; 2017.
2. Organización Panamericana de la Salud. Organización Mundial de la Salud.. Intensificar esfuerzos de prevención del VIH y ofrecer todas las opciones disponibles para evitar nuevas infecciones. Información estadística. Lima: OPS/OMS, Lima; 2017.
3. Ministerio de Salud. Situación Actual del VIH-SIDA en el Perú. Informe Técnico. Lima: MINSA, Lima; 2018.
4. Varela MT, Salazar IC, Correa D. Adherencia al tratamiento en la infección por VIH/SIDA. Consideraciones teóricas y metodológicas para su abordaje. Acta Colombiana de Psicología. 2008 noviembre;11(2): p.14.
5. Organización Mundial de la Salud. Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción Sabaté E, editor. Washington DC: OMS; 2004.
6. Ministerio de Salud. Hoja de monitorización mensual de la Estrategia Sanitaria Nacional Prevención y control de ITS, VIH/SIDA, Hepatitis B. Mensual. Yurimaguas: Hospital Santa Gema, Loreto; 2019.
7. Triana E. Factores que influyen en la adherencia al tratamiento farmacológico en pacientes infectados con VIH. Guayaquil. Tesis de Maestría en Salud Pública Guayaquil, Ecuador. Universidad Estatal de Milagro; 2020.
8. Matute I. Factores predictores de la adherencia no adecuada al tratamiento antirretroviral de gran actividad en pacientes que viven con VIH/SIDA. Tesis. Trujillo: Universidad Nacional de Trujillo, La Libertad; 2018.
9. Villacres FE, Ruíz I, Ochoa JP. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital "Martin Icaza". Dominio de la Ciencia. 2017 marzo 15; 3(2): p. 17.

10. Pérez E, Soler YM, Hung Y, Rondón M. Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antirretroviral. *Archivo Médico de Camagüey*. 2016 marzo 2; 20(2): p. 14.
11. Benavides MF. Adherencia al tratamiento y autoeficacia en hombres con VIH/SIDA de la ciudad de Cali. Tesis. Cali: Pontificia Universidad Javeriana; 2017.
12. Varela MT, Hoyos PA. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista de Salud Pública*. 2015 enero 9; 17(4).
13. Touriñan JM. Intervención Educativa, Intervención Pedagógica y Educación: la mirada pedagógica. *Revista Portuguesa de Pedagogía*. 2011;; p. 284.
14. Torres G. *blogspot.com*. [Online].; 2011 [cited 2020 febrero. Available from: <http://uvprintervencioneducativa.blogspot.com/2011/09/que-es-un-proyecto-de-intervencion-por.html>.
15. Barraza A. Elaboración de propuestas de intervención educativa. 1st ed. Durango UPd, editor. Durango; 2010.
16. Ministerio de Salud de Chile. *minsal.cl*. [Online].; 2014 [cited 2020 enero. Available from: <https://www.minsal.cl/sites/default/files/orienplancom2014.pdf>.
17. Isla A, Solar MT. Efecto de un programa educativo en el conocimiento y actitud de las adolescentes de una Institución Educativa para la prevención del cáncer de cuello uterino. Tesis de Licenciatura. Lima: Escuela de Enfermería Padre Luis Tezza, Lima; 2015.
18. Organización Mundial de la Salud. OMS. [Online].; 2019 [cited 2020 marzo. Available from: <https://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet-recommendations/es/>.
19. Ministerio de Salud de Costa Rica. *ministerio de salud.gob.cr*. [Online].; 2019 [cited 2020 marzo. Available from: https://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/guiasalimentarias/actividad%20fisica.pdf.

20. Agostini M, Lupo S, Palazzi J, Marconi L, Masante L. Dieta y ejercicio físico aeróbico sistematizado: tratamiento no farmacológico de la lipodistrofia en pacientes VIH positivos bajo tratamiento antirretroviral de alta eficacia. *Revista Médica de Rosario*. 2009;(75): p. 6.
21. EcuRed. EcuRed. [Online].; 2014 [cited 2020 marzo. Available from: https://www.ecured.cu/Alimento_Nutritivo.
22. Ministerio de Salud y de protección Social. *minsalud.gov.co*. [Online].; 2012 [cited 2020 marzo.
23. Ministerio de Salud de Nicaragua. *minsa.gob.ni*. [Online].; 2010 [cited 2020 marzo. Available from: <http://www.minsa.gob.ni/sida/doc/03%2015>.
24. Cañamero R. Execoach. [Online].; 2012 [cited 2020 marzo. Available from: <https://www.execoach.es/estados-emocionales/>.
25. Rioja Gdl. InfoDrogas. [Online].; 2015 [cited 2020 marzo. Available from: <https://www.infodrogas.org/drogas>.
26. ONUSIDA. Plan nacional de respuesta ante las ITS-VIH/SIDA. Colombia 2014-2017. Bogotá: Talleres gráficos de nuevas ediciones; 2014.
27. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tratamiento antirretroviral del paciente adulto con infección por VIH. Clínica CTdE, editor. Durango;
28. Instituto Mexicano del SEguro Social; 2017.
Moreno E, Roales J. El Modelo de creencias de salud: Revisión teórica, consideración crítica y propuesta alternativa. *Rev. Internac. Psicol. y Ter. Psicol.* 2003, Vol. 3(1); pp. 91-109. Universidad de Almería. España. 2003.
29. Paz CE. Efectividad del tratamiento con antirretrovirales en la transmisión vertical del VIH en embarazadas. Tesis Doctoral. Babahoyo: Universidad Nacional Mayor de San Marcos.; 2017.
30. Ministerio de Salud. Norma técnica de salud de atención integral del adulto con infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. NTS N° 097-MINSA/2018/DGIESP- V. 03. (R.M. 215-2018/MINSA). 3rd ed. Lima; 2018.
31. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. Cartagena, Colombia. 2017.

ANEXOS

ANEXO 1
MATRIZ DE CONSISTENCIA

Título de la Investigación	Problema de Investigación	Objetivos de la Investigación	Hipótesis	Tipo y Diseño de estudio	Población de estudio y Procesamiento	Instrumentos recolección
Intervención educativa sobre adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, Yurimaguas 2021.	¿Cuál es el efecto de la intervención educativa sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021?	Determinar el efecto del programa de intervención educativa sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico en los pacientes infectados con el Virus de la Inmunodeficiencia Humana atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021.	La intervención educativa tiene efecto positivo sobre la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con el Virus de Inmunodeficiencia Humana, atendidos en el Hospital Santa Gema de Yurimaguas 2021.	Método Cuantitativo Tipo: Experimen-tal Diseño: Cuasi experimen-tal	Población de estudio: 86 pacientes con tratamiento antirretroviral en la Estrategia Sanitaria Nacional prevención y control de ITS, VIH/SIDA, Hepatitis B, del Hospital Santa Gema de la ciudad de Yurimaguas. Tamaño de muestra: 20 pacientes con VIH/SIDA.	Ficha de cotejo sobre Adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con VIH/SIDA

ANEXO 2

FICHA DE COTEJO SOBRE ADHERENCIA AL TRATAMIENTO NO FARMACOLÓGICO EN PACIENTES CON VIH/SIDA

I. Presentación

Instrumento elaborado por las investigadoras, para evaluar el conocimiento que tienen sobre las dimensiones que comprende la adherencia no farmacológica en los pacientes con VIH/SIDA, en su modalidad de pretest y de postest. Duración: 15 minutos.

II. Instrucciones

Encierre en un círculo la respuesta SI o NO en cada ítem, según considere si es correcto o no.

III. Contenido

FECHA: / /		CÓDIGO:	
Edad:		Sexo: M () F () Otro ()	
Estado civil:		Grado de instrucción:	
I	ACTIVIDAD FÍSICA	SI	NO
	1. Realizar actividad física todos los días (caminata, subir/bajar escaleras, bailar o práctica de deporte).	1	0
	2. Realizar ejercicios físicos al menos tres veces a la semana	1	0
	3. Los ejercicios físicos deben durar al menos 20 minutos	1	0
	4. Realizar ejercicios físicos moderados	1	0
II	ALIMENTACIÓN NUTRITIVA	SI	NO
	5. Utilizar alimentos ricos en proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas y minerales.	1	0
	6. Poner en práctica lo aprendido sobre la alimentarme nutritiva	1	0
	7. Desconocer cómo es una alimentación sana o saludable	0	1
	8. Alimentarse como siempre lo hacía antes de enfermar	0	1
III	MANEJO DE LOS ESTADOS EMOCIONALES		
	a) Identificación de Estrés	SI	NO
	9. Temor que la familia conozca mi diagnóstico de VIH	0	1
	10. Temor que los amigos y otras personas conozcan mi diagnóstico de VIH.	0	1

	11. Temor de ser discriminada por los demás debido al VIH	0	1
	12. Llorar y desesperarse al pensar en el diagnóstico de VIH	0	1
	b) Identificación de Síntomas Depresivos	SI	NO
	13. Sentir tristeza por estar infectada con el VIH	0	1
	14. Pérdida de interés por las cosas que antes interesaban	0	1
	15. Sueño alterado (dormir más o menos que antes)	0	1
	16. Apetito bastante disminuido	0	1
	c) Identificación de Ansiedad	SI	NO
	17. Sentirse muy nervioso/a sin saber porqué	0	1
	18. Tener dolores de cabeza frecuentes, sin estar enfermo	0	1
	19. Sentir angustia inexplicable dentro del ser	0	1
	20. Sentir preocupación por algo, sin saber por qué	0	1
IV	CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y SUSTANCIAS PSICOACTIVAS		
	a) Identificación de consumo de Alcohol	SI	NO
	21. No beber o consumir bebidas alcohólicas	1	0
	22. Beber alcohol de vez en cuando en ocasiones especiales	0	1
	23. La pareja/familia se preocupan porque el paciente sigue consumiendo alcohol	1	0
	24. No puede evitar tomar excesivamente alcohol	1	0
	b) Identificación de consumo de Tabaco	SI	NO
	25. No fumar o consumir tabaco	1	0
	26. Fumar muy de vez en cuando	0	1
	27. La pareja/familia se preocupan cuando el paciente sigue fumando.	1	0
	28. No poder dejar de fumar, el deseo domina	1	0
	c) Identificación de consumo de drogas psicoactivas	SI	NO
	29. No consumir ningún tipo de drogas perjudiciales	1	0
	30. Consumir drogas muy de vez en cuando	0	1
	31. La pareja/familia se preocupan por el consumo de drogas	1	0
	32. Los amigos se preocupan si el paciente consume drogas.	0	1
V	PREVENCIÓN DE REINFECCIÓN POR VIH Y OTRAS ITS	SI	NO
	33. Tener solo una pareja sexual o no tener ninguna	1	0
	34. Tener más de una pareja sexual	0	1
	35. En las relaciones sexuales usar condón y/o exigir su uso	1	0

	36. En las relaciones sexuales no usar condón ni exigir su uso	0	1
	TOTAL:		

IV. Observaciones:

.....

.....

.....

¡Muchas gracias por su valiosa información!

CALIFICACIÓN

PRETEST

1. Actividad física: valorada como:
 - Adecuada: cuando logra 4 puntos.
 - Inadecuada: cuando logra menos de 4 puntos.

2. Alimentación nutritiva: valorada como:
 - Adecuada: cuando logra 4 puntos.
 - Inadecuada: cuando logra menos de 4 puntos.

3. Manejo de los estados emocionales: valorada como:
 - Adecuado: cuando logra entre 10 a 12 puntos.
 - Inadecuado: cuando logra menos de 10 puntos.

4. Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas: valorada como:
 - Adecuado: cuando logra 12 puntos.
 - Inadecuado: cuando logra menos de 12 puntos.

5. Prevención de reinfección del VIH y otras ITS: valorada como:
 - Adecuada: cuando logra 4 puntos.
 - Inadecuada: cuando logra menos de 4 puntos.

6. Adherencia no farmacológica: valorada como:
 - Adherente: cuando logra de 34 a 36 puntos.
 - No Adherente: cuando logra menos de 34 puntos.

POSTEST

- Efecto positivo: cuando en el postest logra puntaje mayor de 34 puntos.
- Efecto negativo: cuando en el postest se mantiene o disminuye de 34 puntos.

ANEXO 3
PROGRAMA EDUCATIVO SOBRE ADHERENCIA
NO FARMACOLÓGICA

El programa de intervención educativa, fue elaborado por las investigadoras y la asesora, en base a 12 sesiones. Las actividades de las dimensiones: 1 Actividad física, 2 Alimentación nutritiva y 3 Manejo de los estados emocionales, a cargo de la Lic. Enf. Tania Clavel Murrieta. Las actividades de las dimensiones: 4 Consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas, 5 Prevención de reinfección por VIH y otras ITS, a cargo de la Lic. En. Jessica Villacorta. Cada sesión contiene: objetivos, materiales, contenido, desarrollo y evaluación.

CONTENIDO

1. ACTIVIDAD FÍSICA

Sesión 1: Moviéndonos para la vida

Sesión 2: Biodanza: Fortaleciendo los vínculos

2. ALIMENTACIÓN NUTRITIVA

Sesión 3: Reconociendo los alimentos vitales

Sesión 4: Demostración de preparación de dietas tipo

3. MANEJO DE LOS ESTADOS EMOCIONALES

Sesión 5: Reconociendo mis estados emocionales

Sesión 6: Biodanza: Terapia del amor

Sesión 7: Terapia de relajación física y emocional

4. CONSUMO DE ALCOHOL, TABACO Y OTRAS SUSTANCIAS PSICOACTIVAS

Sesión 8: Poder contra el uso de sustancias psicoactivas

Sesión 9: El cerebro adicto. Video-foro

5. PREVENCIÓN DE REINFECCIÓN POR VIH Y OTRAS ITS

Sesión 10: “Conociendo al VIH y otras ITS, para prevenirlo”

Sesión 11: “Sanando el amor para el disfrute de la sexualidad”

II. ÍNDICE DE CONTENIDO

N°		Pág.
I.	Portada	1
II.	Índice	2
III.	Objetivo	3
IV.	Contenido	
	3.1. Dimensión Actividad Física	4
	3.2. Dimensión Alimentación nutritiva	11
	3.3. Dimensión Manejo de estados emocionales	16
	3.4. Dimensión Consumo de alcohol, tabaco y sustancias psicoactivas	22
	3.5. Dimensión Prevención de reinfección de VIH y otras Infecciones de Transmisión Sexual	27
V.	Bibliografía	32

III. OBJETIVO DE LA INTERVENCIÓN EDUCATIVA

Modificar positivamente la adherencia no farmacológica en los pacientes con VIH/SIDA del Hospital Santa Gema de Yurimaguas, favoreciendo su bienestar biopsicosocial.

Evaluar el efecto del programa de intervención educativa sobre Adherencia no farmacológica en personas con VIH/SIDA.

V. CONTENIDO

**PROGRAMA DE INTERVENCIÓN EDUCATIVA
“ADHERENCIA NO FARMACOLÓGICA EN
PERSONAS CON VIH/SIDA”**



ELABORADO POR:

Lic. Enf. TANIA CLAVEL MURRIETA SANDOVAL

Lic. Enf. JESSICA KATERINE VILLACORTA GÓMEZ

Dra. Cs. MARINA GUERRA VÁSQUEZ

**IQUITOS - PERÚ
2022**

1. ACTIVIDAD FÍSICA

SESIÓN 1: “MOVIÉNDONOS PARA LA VIDA”

- 1. OBJETIVO:** Reconocer la importancia de la actividad física en el mantenimiento de la salud física y mental.
- 2. TIEMPO:** 45 minutos.
- 3. MATERIALES:** diapositivas, cuaderno, lapicero, laptop, proyector data, parlante, ropa cómoda.
- 4. METODOLOGÍA**

Actividad 1: Bienvenida

Muy buenos días a todos, mi nombre es....., soy Licenciada en Enfermería, encargada de la Estrategia Sanitaria de Les doy la bienvenida al programa educativo, estoy muy feliz de compartir con ustedes este tiempo, los felicito por darse la oportunidad de participar para incrementar sus conocimientos a fin de que se sientan bien en su salud física y psicológica. Nos damos un aplauso todos. Quiero que se comprometan a asistir a todas las sesiones sin fallar ningún día.

Actividad 2: Dinámica presentación por parejas.

Bien, antes de iniciar haremos una dinámica de presentación por parejas, para conocerse un poco más. Formen pareja con una persona que este a su lado, conversen durante 6 minutos brindándose información mutuamente sobre: su nombre, procedencia, con quienes vive, su plato favorito, como se siente como persona y porqué, y qué expectativas tiene de su vida.

Actividad 3: Marco teórico.

Pregunte: ¿Es lo mismo actividad física y ejercicio físico? Después de 2 o 3 respuestas, indique.

No es lo mismo, pero ambos son beneficiosos. La actividad física, incluye los movimientos que hacemos cuando realizamos las tareas domésticas cotidianas como: caminar (en vez de usar el ómnibus/motocarro), subir y bajar escaleras (en vez de usar el ascensor), utilizar bicicletas, tareas de jardinería, entre otros. El ejercicio físico, incluye movimientos planeados, estructurados, programados y repetidos como: caminatas rápidas diarias, correr, realizar ciclos de ejercicios físicos en el hogar, al aire libre o en un gimnasio.

Pregunte: ¿Qué beneficios le otorga los ejercicios físicos?

Los beneficios de realizar entre 20 a 30 minutos tres veces a la semana son:

- Bienestar físico: estimula el sistema inmunitario, favorece la salud del corazón porque controla la presión arterial, aumenta la flexibilidad de los músculos y el movimiento de las articulaciones porque mejora el sistema óseo, mejora el apetito, regula la digestión y controla el peso porque disminuye la grasa corporal y mantiene la masa muscular.
- Previene el desarrollo de enfermedades, como: diabetes, hipertensión arterial, obesidad, enfermedad cardiaca, osteoporosis, cáncer de colon y mama, aumenta los valores del colesterol bueno (HDL), disminuye el colesterol malo (LDL) y los triglicéridos. Si la persona está enferma, ayuda a controlar la enfermedad.
- Bienestar mental, porque disminuye el estrés, mejora el estado de ánimo, aumenta la autoestima, contribuye a preservar las funciones mentales en el adulto mayor (comprensión, memoria, concentración) y mejora la calidad de vida.

Pregunte ¿Qué perjuicios ocasiona la falta de ejercicios físicos?

Los perjuicios por la falta de actividad física o el sedentarismo, es un factor de riesgo para las enfermedades crónico-degenerativas como la obesidad,

diabetes, algunos tipos de cáncer; y especialmente para el desarrollo de enfermedades cardiovasculares y sus factores de riesgo.

Pregunte: ¿Cuál es la frecuencia recomendable para el ejercicio físico?

Se recomienda:

- Realizar al menos tres veces por semana. Comenzar en forma gradual.
- Consultar con el médico antes de empezar cualquier rutina de ejercicio físico, para adecuarlos a las necesidades de cada persona.
- Adoptar una postura correcta y adecuada evita lesiones y molestias.
- El programa de ejercicios debe combinar diferentes actividades, como: aeróbicos, que utiliza gran cantidad de músculos y de energía, aumentan la respiración y frecuencia cardíaca, aumentan la capacidad de transporte y absorción de oxígeno por las células, y porque al inicio utilizan como combustible a los carbohidratos y después utilizan a las grasas; también ejercicios de fuerza 2 o 3 veces por semana.
- Iniciar con un precalentamiento de 5 a 10 minutos y terminar la rutina con 5 a 10 minutos de ejercicios de estiramiento.

Pregunte ¿Qué cuidados debe tener con los ejercicios físicos?

- En caso de personas muy sedentarias o con alguna enfermedad, el ejercicio físico debe realizarse después de una valoración médica.
- No bañarse inmediatamente después de practicar el ejercicio.
- Esperar al menos dos horas después de comer antes de iniciar el ejercicio.
- Utilice ropa cómoda, holgada, de algodón; un zapato suave, cómodo y liviano; en una superficie suave, adecuada preferiblemente como el césped.
- Realice un calentamiento del cuerpo, antes de iniciar los ejercicios físicos, y un estiramiento después de concluir. Complementar con respiraciones profundas, inhalando por la nariz, reteniendo y exhalando por la boca.
- Realizar ejercicios de forma gradual, empezando con 10 minutos la primera semana, 15 minutos la segunda semana y 20 minutos la tercera semana.

- Los ejercicios pueden ser activos o pasivos y adaptados a la edad y condición física de la persona.
- Tome sorbos de agua antes, durante y después del ejercicio, para mantener una buena hidratación.
- No trate de competir con otros al caminar o correr. Siga su propio ritmo. Si es capaz de mantener una conversación mientras camina está bien, pero si está sin aliento para hablar, su paso está demasiado rápido.
- Detener el ejercicio si presenta: palpitaciones; presión en el pecho, brazo o garganta durante o después del ejercicio; mareos; sudor frío.

- Cuidar la postura en las tareas domésticas:
 - ✓ Planchar sentado o de pie, colocando un pie sobre algo a la altura de una grada de escalón, cambiando de rato en rato de brazo y de pie, la tabla de planchar (sentado o de pie) debe quedar a la altura de la cadera.
 - ✓ Lavar, colocando un pie sobre algo a la altura de una grada de escalón, puede utilizar el espacio de debajo del lavadero y cambiar de pie alternativamente.
 - ✓ Arreglar la cama, flexionando las piernas y la espalda recta. Si la cama está pegada a la pared es mejor separarla que estirarse.
 - ✓ Barrer, manteniendo la espalda lo más recta posible, para ello el palo de la escoba debe tener la altura suficiente.
 - ✓ Limpiar las ventanas: sin estirarse o forzar o de puntas de pie, subiendo a una escalera para alcanzar las zonas altas.

- No pasar mucho tiempo sentado, cada hora levantarse, caminar unos metros, hacer pequeños estiramientos, caminar una vuelta a la manzana.

Actividad 4: Ejercicio físico propiamente dicho.

Materiales: ropa deportiva cómoda, medias y zapatillas, toallita pequeña, envase con agua.

Procedimiento: todos de pie, póngase su ropa de ejercicio (si no lo hicieron), tomen un poco de agua, si el cabello es largo recójense (colet,

vincha), vayan al servicio higiénico si tienen alguna necesidad fisiológica, pongan en silencio su celular.

Poner video 1: “Ejercicio físico-cardio”

Ahora realizaremos los ejercicios físicos propiamente dicho, durante 15 minutos. Seguir el video, que inicia con ejercicios de calentamiento, seguido de ejercicios físicos y culmina con ejercicios de calentamiento.

Actividad 5: Evaluación y retroalimentación

Bien señores participantes ¿cómo se sienten?, ¿se sienten igual que al llegar o mejor?. Muy bien.

Bien señores para concluir les haré algunas preguntas para evaluar cuanto han comprendido.

1. ¿Es lo mismo actividad física y ejercicio físico?
2. ¿Qué beneficios otorgan los ejercicios físicos?
3. ¿Cuál es la frecuencia recomendada para los ejercicios físicos?
4. ¿Qué cuidados debe tener antes de empezar a realizar ejercicios físicos?

Actividad 6: Cierre, agradecimiento y despedida

Señores participantes si tuvieran alguna pregunta sobre el tema tratado estamos listas para contestar. Si no hay preguntas o comentarios, nos despedimos hasta la siguiente actividad. Muchas gracias por su gentil atención.

SESIÓN 2: “BIODANZA: IMPORTANCIA DE LOS VÍNCULOS”

1. **OBJETIVO:** reconocer el vínculo materno y la importancia de establecer vínculos con los otros a través del movimiento en una biodanza.
2. **TIEMPO:** 60 minutos.
3. **MATERIALES:** equipo de sonido, música, micrófono, parlante, laptop, ropa cómoda, medias gruesas.

4. METODOLOGÍA

Actividad 1: Cambiarse para la Biodanza.

Ponerse ropa cómoda, quitarse los zapatos, colocarse las medias gruesas, sin zapatos.

Actividad 2: Saludo e indicaciones.

Muy buenos días a todos, es un gusto volver a encontrarnos para seguir aprendiendo como mejorar o conservar su salud física y emocional como complemento favorable para el tratamiento farmacológico en el VIH/SIDA.

Actividad 3: Marco teórico.

Pregunte: ¿Alguno de ustedes ha participado en una biodanza?, ¿saben qué es la biodanza?

La biodanza es una terapia, que etimológicamente significa “danza de la vida”.

Es moverse en armonía, conectando con nosotros mismos, sintiéndose invadidos por una sensación de paz en todo el cuerpo, logrando una vitalidad desbordante. Es una experiencia íntima, única.

Pregunte: ¿cuáles son las líneas de vivencias en las que se basa?

Se basa en cinco líneas de vivencias: vitalidad, afectividad, creatividad, sexualidad y trascendencia. Explicar cada uno de manera puntual.

Actividad 4: Biodanza propiamente dicha. Música.

Iniciaremos esta actividad sentados, en círculos.

“Quiero que este lugar esté lleno de seres humanos que dejaron estacionado afuera sus pequeños o grandes problemas; quiero que se dejen llevar por la experiencia al ritmo de la música, que vivan intensamente el presente en forma de danza, de amistad y cariño, con una sonrisa en sus rostros”.

Durante la Biodanza hagan un compromiso de no hablar (conmigo o entre ustedes), pues la comunicación será exclusivamente no verbal. Yo iré poniendo determinadas músicas y ustedes danzarán haciendo los movimientos que deseen porque no es un baile, no se trata de bailar un ritmo, puedes moverte como quieras.

Hablar sobre los vínculos humanos, incluyendo el vínculo más importante que es el materno y cómo se origina.

Empezar la biodanza propiamente dicha, ponerse de pie en un círculo, sin cogerse de las manos, mirarse. Ir poniendo diversas músicas con intermedios para dar mensajes sobre los vínculos que va estableciendo el ser humano, entendiendo el origen del vínculo con la madre en primer lugar, luego con los demás, aprendiendo a tener una mirada diferente de la vida.
Finalizar

Actividad 4: Reconocimiento de lo vivenciado en la experiencia.

Pregunte ¿cómo se han sentido durante la actividad?, escuchar a 3 o 4 personas. ¿qué fue lo más difícil de lo vivenciado y qué fue lo más fácil? ¿cómo se sienten ahora? ¿qué aprendizaje se llevan?. Finalizar reforzando los comentarios.

Actividad 5: Cierre, agradecimiento y despedida.

Señores participantes si tuvieran algún comentario más sobre el tema tratado estamos listas para escuchar. Si no hay preguntas o comentarios, nos despedimos hasta la siguiente actividad. Muchas gracias por su gentil atención.

2. ALIMENTACIÓN NUTRITIVA

SESIÓN 3: “RECONOCIENDO LOS ALIMENTOS VITALES”

1. **OBJETIVO:** Reconocer la importancia de los alimentos en una alimentación nutritiva para el mantenimiento de la salud.
2. **TIEMPO:** 45 minutos.
3. **MATERIALES:** diapositivas, cuaderno, laptop, proyector data, lapicero, video, alimentos según grupo.
4. **METODOLOGÍA**

Actividad 1: Saludo.

Buenos días estimados participantes, que bueno es volver a encontrarnos nuevamente para continuar con nuestro programa educativo, espero que se encuentren muy bien y con muchas ganas de participar.

Actividad 2: Dinámica “El ceviche”.

Realizar la dinámica. Comentarios.

Actividad 3: Marco teórico sobre alimentación nutritiva.

Pregunte ¿Cómo debe ser la alimentación de la persona con VIH?. Esperar 2 o 3 respuestas, seguidamente complementar o enseñar.

- Los alimentos deben ser de buena calidad, evitar alimentos crudos en especial las carnes y mariscos.
- Almacenar y refrigerar adecuadamente los alimentos y prepararlos con la mayor higiene para prevenir molestias digestivas e infecciones.
- Los suplementos nutritivos y las vitaminas, no reemplazan a una alimentación balanceada.

- Evitar la diarrea, deshidratación o cualquier dificultad para comer, e informar prontamente al profesional de salud para evitar alteraciones nutricionales.
- La higiene bucal es muy necesaria, después de ingerir los alimentos.

Pregunte ¿Cuáles son los grupos de alimentos?

Los alimentos aptos para el consumo humano se clasifican por grupos, que son:

Grupo 1: Carbohidratos: pan, arroz, cereales, pasta, legumbres, tubérculos (papa, yuca), plátanos.

Grupo 2: Proteínas: carnes, huevos y pescados; la leche y sus derivados (queso, yogurt, suero, nata).

Grupo 3: Grasas y lípidos: aceite, manteca y mantequillas.

Grupo 4: Vitaminas: hortalizas, verduras, frutas frescas y secas.

Grupo 5: Minerales: sal y azúcar.

Ninguna alimentación está completa sin una adecuada hidratación. Por lo tanto, el agua es un componente fundamental de una buena dieta.

Pregunte ¿En qué consiste una alimentación nutritiva?

Es aquella alimentación que combina en cada dieta que ingerimos, alimentos de los cinco grupos; es decir, alimentos ricos en proteínas, carbohidratos, grasas, vitaminas, minerales, además del agua en cantidades adecuadas a las necesidades (6 a 8 vasos al día).

Pregunte ¿Por qué la persona con VIH/SIDA debe tener una alimentación balanceada o equilibrada?

El sólo hecho de estar infectadas con VIH/SIDA, hace que las personas consuman más energía, por ello la alimentación es un punto clave para estar saludables. La alimentación no saludable o adecuada, conlleva a que el sistema inmune se debilite y deteriore, la persona está más propensa a infecciones y a presentar síntomas como vómitos, diarreas, lesiones en la piel, lesiones en la boca que le impiden comer, que a su vez le causa desnutrición; asimismo, los efectos secundarios de los antirretrovirales son más frecuentes y hasta más intensos.

Pregunte ¿Qué beneficios tienen los alimentos en personas con VIH?

Los alimentos no solo son responsables de la nutrición, sino también afectan el desarrollo psicológico y social de los individuos.

- Nutrición: los alimentos tienen por primera función nutrir al organismo desde el punto de vista fisiológico. La adecuada alimentación permite el desarrollo de los tejidos y la captación de energía para el funcionamiento del cuerpo.
- Desarrollo psicológico: los alimentos tienen el poder de influir en el desarrollo de los procesos cognitivos y emocionales. Por eso, una adecuada nutrición es fundamental para el desarrollo de la inteligencia, así como las habilidades motoras. Además, ya que comer es un placer que estimula olfato y gusto, aporta satisfacción.
- Desarrollo social: los alimentos suelen ser compartidos en comunidad. Esto hace que los lazos se vuelvan más estrechos y se establezcan relaciones afectivas de calidad.

Pregunte ¿Conoce el valor nutritivo de algunos alimentos de la región?

La selva, cuenta con diversos alimentos y que abundan en determinadas épocas del año; es necesario conocer su valor nutritivo, la forma de consumirlo, el contenido en nutrientes y las propiedades que genera dentro del organismo humano. Debemos aprovechar los recursos que nos brinda la región, reduciendo la dependencia alimentaría externa hasta niveles razonables, cambiando poco a poco los patrones de consumo, por estas alternativas que pueden resultar muy beneficiosas para mejorar la nutrición y que a su vez aseguran una mayor disponibilidad de los alimentos.

Alimento/consumo	Contenido	Propiedades
Los peces en primer lugar, la carne de monte (de animales silvestres) en segundo lugar.	aportan la mayor cantidad de proteínas en la dieta	Su consumo es de gran valor nutritivo, para tomarlos en consideración e insertarlos en las dietas que combatan la desnutrición infantil.
Especies domesticadas: como yuca, camote, maní,	Las frutas son numerosas.	Tienen gran potencial de aporte a la alimentación humana y al desarrollo de una agroindustria local.

guayaba, piña, cacao, papaya, vainilla.		
Camucamu: En jugos y refrescos. En polvo se acompañan a los batidos, zumos y yogures.	Gran cantidad de vitamina C (40 veces más que la naranja y 12 veces más que el limón).	Refuerza el sistema inmune, excelente antigripal y ayuda a combatir el estrés. Evita que se formen depósitos de colesterol en las paredes arteriales y previene la anemia y absorbe eficientemente el hierro en la sangre.
Aguaje: se come directamente, se usa en jugos, refrescos y helados.	Rico en vitaminas A, C, E y minerales (calcio).	Alto contenido en vitamina A, vitamina E que protege la piel y retrasa el envejecimiento; posee betacaroteno, cuya función antioxidante es ideal para reducir el riesgo de cáncer de mama, colon, próstata y enfermedades cardiovasculares.
Cocona	Contiene vitamina C, hierro y vitamina B5, y minerales (calcio, fósforo, fibra).	Bajo aporte calórico y de azúcar que se convierte a la cocona en el alimento ideal para las personas con diabetes, tiene propiedades muy positivas en la alimentación diaria por su alto valor nutricional.
Plátano bellaco	Rica en hidratos de carbono, potasio y fibra.	Fuente energética. tiene mayor aporte de fibra que otras especies de plátano.

Actividad 4: Evaluación y retroalimentación

1. ¿Cuáles son los grupos de alimentos?
2. ¿Cuáles son los tipos de nutrientes de los alimentos?
3. ¿En qué consiste una alimentación nutritiva?
4. ¿Qué beneficios tienen los alimentos en personas con VIH?

Actividad 5: Cierre, agradecimiento y despedida

Señores participantes si tuvieran algún comentario más sobre el tema tratado estamos listas para escuchar. Si no hay preguntas o comentarios, nos despedimos hasta la siguiente actividad. Muchas gracias por su gentil atención.

SESIÓN 4: “DEMOSTRACIÓN DE PREPARACIÓN DE DIETAS TIPO”

1. **OBJETIVO:** Aprender a preparar dietas sencillas, económicas y nutritivas con alimentos accesibles.
2. **TIEMPO:** 90 minutos (1.5 horas).
3. **MATERIALES:** Rotafolio, mandil, gorro, utensilios de cocina, alimentos de todos los grupos, mantel o papel craft, toallita de mano, agua, cloro, jabón líquido.
4. **METODOLOGÍA**

Actividad 1: Saludo

Buenos días estimados participantes, que bueno es volver a encontrarnos nuevamente para continuar con nuestro programa educativo, espero que se encuentren muy bien y con muchas ganas de participar.

Actividad 2: Organizar materiales y equipos.

Colocarse el mandil, gorro y lavar los alimentos seleccionados según la dieta que se vaya a preparar.

Actividad 3: Lavado de manos.

Antes, durante y después de la preparación de los alimentos, debe lavarse las manos, para evitar la contaminación de los alimentos.

Asimismo, debe mantenerse la higiene adecuada en las ollas, cuchillos, cucharones y tablas de picar.

Actividad 4: Demostración de la preparación de las dietas.

Se realizará la preparación de una dieta tipo, nutritiva, balanceada en nutrientes, utilizando alimentos de la zona y de temporada. Llevar los insumos necesarios.

Actividad 5: Redemostración.

Se solicitará la redemostración de dos participantes.

Actividad 6: Agradecimiento y despedida.

Señores muchas gracias por su excelente participación, nos despedimos esperando contar con su presencia en la próxima fecha de reunión.

3. MANEJO DE LOS ESTADOS EMOCIONALES

SESIÓN 5: “RECONOCIENDO MIS ESTADOS EMOCIONALES”

1. **OBJETIVO:** aprender a reconocer los estados emocionales relacionados con el estrés, ansiedad y depresión.
2. **TIEMPO:** 120 minutos (2 horas).
3. **MATERIALES:** diapositivas, laptop, proyector data, parlante, micrófono, cuaderno, lapicero.

4. METODOLOGÍA

Actividad 1: Dinámica de estados emocionales “Beto se ha muerto”

Se valora la expresión de la alegría, tristeza, ira, miedo, en una frase.

Actividad 2: Marco teórico.

Pregunte ¿Qué sentimientos o emociones expresa la persona diagnosticada con VIH?. Espere dos o tres respuestas y después indique lo siguiente.

Es natural que se expresen diversos sentimientos/emociones en las personas cuando reciben la confirmación del diagnóstico de VIH. Estos son:

- Negación: no aceptan el estar infectados por el VIH y usan la negación como mecanismo de defensa para reducir la ansiedad y el dolor emocional que están sintiendo.
- Miedo/temor: no sólo tienen miedo a la muerte, sino al sufrimiento.
- Culpa: pueden sentirse culpables por haber contraído la infección, en el “qué dirán” los demás, también pueden culpar a otros de su situación.
- Enojo: siente ira o cólera por lo que le está pasando.
- Angustia: porque no se saben qué es ni lo que debe hacer, sienten palpitaciones, tristeza, desesperación.

- Depresión: se sienten desganadas o desmotivadas física y mentalmente, sin voluntad para hacer nada, todo parece aburrido o sin sentido.
- Aceptación: después de algún tiempo las personas comienzan a aceptar el hecho de vivir con la infección por el VIH.
- Esperanza: al pasar el tiempo los individuos diagnosticados dejan de sentirse pesimistas y comienzan a tener sentimientos de esperanza, lo cual mejora el ánimo y recobran fuerzas para enfrentar las situaciones nuevas.

Actividad 3: Estrés: manejo y control.

Explicar de forma breve y puntual sobre el estrés. **Presentar video 2: “Las consecuencias del estrés en el organismo”**. Comentarios.

Actividad 5: Ansiedad: manejo y control.

Explicar de forma breve y puntual sobre la ansiedad. Presentar video 3: “Qué es la ansiedad”. Comentarios.

Actividad 6: Depresión: manejo y control.

Explicar de forma breve y puntual la depresión. Presentar video 4: “Yo tenía un perro negro”. Comentarios.

Actividad 7: Evaluación, retroalimentación.

Bien señores, antes de concluir necesito verificar si han captado la información planteando las siguientes preguntas:

1. ¿Qué sentimientos o emociones expresa la persona diagnosticada con VIH?
2. Comente de forma breve y puntual sobre el estrés.
3. Comente de forma breve y puntual sobre la ansiedad.
4. Comente de forma breve y puntual sobre la depresión.

Actividad 8: Cierre, agradecimiento y despedida.

Bien señores damos por concluida la actividad, muchas gracias por su valiosa participación, esperamos que sea de mucho beneficio para ustedes, y nos despedimos hasta la siguiente actividad.

SESIÓN 6: “BIODANZA RECONOCER AL AMOR”

1. **OBJETIVO:** Sanación del amor como una forma de buscar la felicidad a través de la biodanza.
2. **TIEMPO:** 60 minutos.
3. **MATERIALES:** música, parlante, laptop, ropa cómoda, medias gruesas.
4. **METODOLOGÍA:**

Actividad 1: Implementación de la actividad.

Cambiarse para la biodanza: ponerse ropa cómoda, holgada, colocarse las medias gruesas, sin zapatos.

Actividad 2: Bienvenida. Saludo e indicaciones.

A los participantes sentados en círculo, dar la bienvenida a la actividad. Muy buenos días a todos señores participantes, es un gusto volver a encontrarnos para seguir aprendiendo como mejorar y conservar la salud mental, reconociendo que es un estado de bienestar favorable para las personas que viven con el VIH/SIDA. La indicación es que la interacción entre todos se realice sin hablar, siguiendo las indicaciones de la facilitadora.

Actividad 3: Biodanza propiamente dicha. Música.

Se iniciará haciendo un círculo cogidos de las manos, danzando al compás de la música, cada cierto tramo se acercarán los participantes mirándose a los ojos y sonriéndose se darán un beso en la cara como saludo.

Danzando solos, van reflexionando sobre la percepción que tienen sobre el amor, de dónde viene el amor, dónde está el amor.

Cómo fue el amor en nosotros cuando fuimos bebés, en qué momento cambió ese amor, cómo es el amor ahora en nosotros.

Se encontrarán con su niño/a interior para darlo amor y tranquilizarlo, después se encontrarán con su alma gemela, reconociendo el amor que está en cada uno de nosotros.

Aprenderán a expresar el amor que tienen a otra persona (a su prójimo), de manera sincera, transparente, genuina.

Terminaremos alegres, felices de haberse reencontrado con el gran amor que siempre está en nosotros.

Actividad 4: Reconocimiento de lo vivenciado en la experiencia.

Al terminar pedir comentarios sobre la experiencia vivida, cómo se sentían antes y como se sienten ahora después de la biodanza. Qué lección o qué aprendizaje se llevan.

Actividad 5: Cierre, agradecimiento y despedida.

Bien señores damos por concluida la actividad, muchas gracias por su valiosa participación, esperamos que sea de mucho beneficio para ustedes, y nos despedimos hasta la siguiente actividad.

SESIÓN 7: “TERAPIA DE RELAJACIÓN FÍSICA Y EMOCIONAL”

1. **OBJETIVO:** Aliviar tensiones, tener una experiencia de sanidad física y emocional.
2. **TIEMPO:** 60 minutos.
3. **MATERIALES:** música, parlante, laptop, ropa cómoda, medias, colchoneta, almohada pequeña, sabana.

4. **METODOLOGÍA:**

Actividad 1: Implementación de la actividad.

Cambiarse para la terapia de relajación: ponerse ropa cómoda, holgada, colocarse las medias gruesas, sin zapatos.

Acomodar la colchoneta, cubrir con la sabana, colocar la almohada.

Actividad 2: Bienvenida. Saludo e indicaciones.

A los participantes sentados en círculo: señores participantes muy buenos días a todos, bienvenidos a la actividad de hoy, es un gusto volver a encontrarnos para seguir aprendiendo como mejorar y conservar la salud mental de las personas que viven con el VIH/SIDA.

La indicación es que traten de escuchar siempre mi voz, no se pierdan para que no se queden dormidos, sigan y realicen las indicaciones de la facilitadora.

Posición adecuada: acostados de cúbito dorsal, con los brazos extendidos ligeramente separados a lo largo del cuerpo y palmas de las manos hacia arriba, las piernas ligeramente separadas con los pies hacia afuera a los costados.

La relajación se complementará con la respiración profunda: 5 – 5 – 7.

Actividad 3: Ejercicio de relajación propiamente dicha. Música.

Se iniciará con los participantes acostados, en la posición adecuada, cerrando los ojos.

La facilitadora pedirá que todos hagan tres respiraciones profundas (5 – 5 - 7), tratando de poner la mente en blanco.

Se inicia con la relajación complementando con respiraciones profundas, primero se efectúa la relajación a nivel muscular, empezando por las manos, los brazos, seguido de los pies, las piernas, los glúteos, el abdomen y estómago, los hombros y el tórax, el cuello, las mandíbulas, la cara, los ojos, la frente, el cuero cabelludo; luego verificar si todos los músculos están relajados, si no lo están relajarlos.

Luego iniciar la relajación emocional, reconociendo el ombligo y su función importante en el origen de la vida.

Volver a vivenciar eventos alegres y eventos tristes, tratar de manejarlos adecuadamente si no lo hicieron en su momento.

Encontrarse con Jesús y conversar con él, entregándole las cargas que agobian, reconociendo que con su ayuda todo es más llevadero.

Reconocer la importancia del perdón, de la comunicación y de la expresión de afectos con las personas que amamos, en primer lugar con la familia.

Cierre de la terapia de relajación.

Actividad 4: Reconocimiento de lo vivenciado en la experiencia.

Al terminar pedir comentarios sobre la experiencia vivida, cómo se sentían antes y como se sienten ahora después de la terapia de relajación. Qué lección o qué aprendizaje se llevan.

Actividad 5: Cierre, agradecimiento y despedida.

Bien señores damos por concluida la actividad, muchas gracias por su valiosa participación, esperamos que sea de mucho beneficio para ustedes, y nos despedimos hasta la siguiente actividad.

4. CONSUMO DE SUSTANCIAS PISCOACTIVAS

SESIÓN 8: “ PODER CONTRA EL USO DE SUSTANCIAS PSICOACTIVAS”

1. **OBJETIVO:** Empoderarse para autocontrolar el consumo de alcohol, tabaco y otras sustancias psicoactivas perjudiciales para la persona con VIH/SIDA.
2. **TIEMPO:** 90 minutos (1.5 horas).
3. **MATERIALES:** diapositivas, laptop, proyector data, parlante, micrófono, cuaderno, lapicero.
4. **METODOLOGÍA:**

Actividad 1: Saludo y bienvenida.

Señores tengan ustedes muy buenos días, muchas gracias por estar aquí, por seguir participando con bastante responsabilidad en el programa educativo que se ha planteado en beneficio de su salud y bienestar.

Actividad 2: Video 5: Prevención del consumo de sustancias psicoactivas.

Terminada la presentación del video, pida tres o cuatro comentarios sobre el tema, los aspectos positivos, aspectos negativos y enseñanza obtenida.

Actividad 3: Marco teórico.

Pregunte ¿Cómo afecta el alcohol a la persona con VIH/SIDA?

El consumo de alcohol o de otras sustancias psicoactivas por personas que viven con VIH/SIDA, hace que enferme más fácilmente y muera joven antes de 65 años porque se afecta el funcionamiento del sistema inmunológico, afecta seriamente al hígado que al ser sobrecargado con alcohol y con los medicamentos que recibe, trae otras consecuencias negativas; y en los que

no consumen alcohol, la expectativa de vida es igual al de las personas que no viven con VIH/SIDA y que no presentan factores de riesgo.

Pregunte ¿Cómo afecta el tabaco a la persona con VIH/SIDA?

Para las personas que viven con VIH/SIDA, fumar es un factor de riesgo altísimo para cáncer de pulmón, neumonías y para enfermedades del corazón, entre otras enfermedades, porque tienen el sistema inmunológico no óptimo y al fumar los riesgos son mayores.

Pregunte ¿Cómo afecta el consumo de sustancias psicoactivas en la persona con VIH/SIDA?

Las drogas psicoactivas, así como el alcohol y el tabaco, pueden debilitar y dañar aún más el sistema inmunitario y empeorar la infección por el VIH. El VIH es perjudicial para el sistema inmunitario, le dificulta combatir las infecciones y ciertos tipos de cáncer. Los efectos a largo plazo de la cocaína dependen en parte de la forma de consumo e incluyen los siguientes: si se aspira hay pérdida del sentido del olfato, hemorragias nasales, lesiones nasales y problemas para tragar si se fuma: tos, asma y daño en los pulmones. La persona que consume drogas, a simple vista puede verse más pálida de lo habitual, muestra ojeras, tiene las pupilas dilatadas, los ojos rojos o amarillentos e incluso vidriosos.

Actividad 5: Evaluación, retroalimentación.

¿Cómo afecta el consumo de sustancias psicoactivas en el VIH/SIDA?

Actividad 6: Cierre, agradecimiento y despedida.

Bien señores damos por concluida la actividad, muchas gracias por su valiosa participación, esperamos que sea de mucho beneficio para ustedes, y nos despedimos hasta la siguiente actividad.

SESIÓN 9: “EL CEREBRO ADICTO”

1. **OBJETIVO:** Reconocer el efecto de las drogas en el cerebro y cómo se vuelve patológica convirtiéndose en una adicción.
2. **TIEMPO:** 60 minutos.
3. **MATERIALES:** Video, multimedia data, parlante, dos micrófonos.
4. **METODOLOGÍA:**

Actividad 1: Saludo de bienvenida y presentación de la actividad.

Señores participantes tengan ustedes muy buenos días.

Actividad 2: Presentar el video 6: El cerebro adicto.

Terminada la presentación del video, pida tres o cuatro comentarios sobre el tema, los aspectos positivos, aspectos negativos y enseñanza obtenida.

Actividad 3: Marco teórico.

Pregunte ¿Qué pasa en el cerebro por el consumo de drogas?

El cerebro humano es el órgano más complejo del cuerpo, es el centro de toda la actividad humana, regula las funciones básicas del cuerpo, permite interpretar y responder a todo lo que experimentamos y moldea el comportamiento. Las drogas desarrollan cambios en la fisiología cerebral, porque activan prioritariamente al sistema cerebral del placer; este efecto aumenta la probabilidad de que el sujeto consuma nuevamente la droga.

Pregunte ¿Cómo actúan las drogas en el cerebro?

Las drogas interfieren en la forma en que las neuronas envían, reciben y procesan las señales que transmiten los neurotransmisores. Así: la marihuana y la heroína, se adhieren a las neuronas y las activan porque su estructura química es similar a la de un neurotransmisor natural del organismo, pero no las activan de la misma manera que un neurotransmisor natural, sino que provocan el envío de mensajes anormales. La anfetamina

o la cocaína, hacen que las neuronas liberen cantidades anormalmente altas de neurotransmisores naturales o que al interferir con los transportadores, eviten el reciclamiento normal de estas sustancias químicas del cerebro, lo cual amplifica o altera la comunicación normal entre las neuronas. Los opioides, alteran otras partes del cerebro, como el tronco del encéfalo que controla funciones indispensables para la vida como la frecuencia cardíaca, la respiración y el sueño. Esta interferencia explica por qué las sobredosis pueden debilitar la respiración y causar la muerte del consumidor.

Pregunte ¿Por qué las drogas son más adictivas que la satisfacción natural?

Porque el cerebro no diferencia las recompensas normales de las recompensas de las drogas, sino que se ajusta y produce menos neurotransmisores en el circuito de recompensa o reduce la cantidad de receptores que pueden recibir señales. El resultado es que la capacidad de la persona para experimentar placer con las actividades que estimulan la recompensa en forma natural (es decir, que refuerzan el comportamiento) también disminuye. Por eso, la persona que consume drogas se siente apagada, sin motivación, desanimada o deprimida y no puede disfrutar de cosas que antes le causaban placer, necesita continuar consumiendo drogas para sentir apenas un nivel normal de recompensa, lo que solo empeora el problema y crea un círculo vicioso. A menudo, también necesitará tomar cantidades mayores de la droga para lograr la familiar euforia, un efecto que se conoce como tolerancia. El consumo de drogas a largo plazo deteriora el funcionamiento del cerebro.

Actividad 4: Evaluación y comentarios.

¿Qué pasa en el cerebro por el consumo de drogas?

¿Cómo actúan las drogas en el cerebro?

¿Por qué las drogas son más adictivas que las recompensas naturales?

Actividad 5: Cierre, agradecimiento y despedida.

Bien señores damos por concluida la actividad, muchas gracias por su valiosa participación, esperamos que sea de mucho beneficio para ustedes. Nos despedimos hasta la siguiente actividad.

5. PREVENCIÓN DE REINFECCIÓN POR VIH Y OTRAS ITS

SESIÓN 10: “VIVIENDO CON VIH/SIDA Y OTRAS ITS”

1. **OBJETIVO:** Reconocer la posibilidad de reinfección VIH y otras infecciones de transmisión sexual (ITS).
2. **TIEMPO:** 90 minutos (1.5 horas).
3. **MATERIALES:** diapositivas, laptop, proyector data, parlante, micrófono, cuaderno, lapicero.
4. **METODOLOGÍA:**

Actividad 1: Saludo inicial.

Señores participantes tengan ustedes muy buenos día, felices de volver a encontrarnos para seguir este proceso de enseñanza aprendizaje, que esperemos les esté ayudando a entender lo que les pasa y cómo pueden contribuir a su bienestar general.

Actividad 2: Marco teórico sobre el VIH

Presentar el **video 7: VIH y SIDA**. Pedir comentarios.

Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana es un microorganismo que ataca el sistema de las defensas del cuerpo y se encuentra en la sangre, el semen, las secreciones vaginales, la leche materna, los fluidos y los órganos internos del cuerpo.

Factores protectores en la sexualidad y VIH/SIDA.

- Es difícil revelar el diagnóstico serológico y hablar sobre el sexo seguro con la pareja, pero hay que hacerlo buscando el mejor momento para

ello, eso les genera confianza y acerca más. Es ideal que la pareja sexual conozca la situación.

- **Sexo protegido:** La relación sexual protegida para evitar contraer infecciones de transmisión sexual (ITS) o adquirir una nueva cepa del VIH y tener una reinfección, que pueda causar resistencia al tratamiento que está recibiendo. Para ello, debe utilizar barreras de protección (condones masculinos o femeninos) si tiene relaciones sexuales penetrativas. La relación sexual, es la forma de comunicación más profunda e íntima que existe, y la vida sexual no debe afectarse en la persona que vive con el VIH, debe aprender a protegerse.
- **Sexo seguro:** implica no tener relaciones sexuales penetrativas, es tener claro que la sexualidad no está concentrada sólo en los genitales, sino en todo el cuerpo. El riesgo está en el intercambio de fluidos potencialmente infectantes como: el semen, secreciones vaginales o sangre; asimismo, el sexo oral es de riesgo para quien realiza el sexo. No hay riesgo en: los besos, caricias, masturbación, masajes y otras prácticas.
- **Abstinencia sexual:** implica evitar tener sexo, es la única forma 100% segura de no adquirir una nueva ITS y de no reinfectarse.

Factores de riesgo de transmisión

El VIH, se transmite sólo por 3 mecanismos:

- **Relaciones sexuales penetrativas** (vagina, boca, ano) desprotegidas, entre hombre-mujer, entre hombre-hombre o entre mujer-mujer.
- **Contacto con sangre o fluidos contaminados:** que ingresan al cuerpo por transfusiones sanguíneas, usar rasuradores y cepillos dentales de otra persona, compartir agujas, jeringas para inyectarse medicamentos o drogas, cuando cae sangre o fluidos contaminados en una herida, en la boca o en los ojos.
- **Madre con VIH/SIDA** que no recibe tratamiento y transmite la infección a su hijo durante el embarazo, el parto o la lactancia materna.

Sexualidad y VIH

Puede haber pérdida del deseo o del interés por la actividad sexual, sobre todo al principio debido al sentimiento de culpa o vergüenza que experimentan, a la ansiedad, depresión o también por efectos secundarios de algunos antirretrovirales; pero a medida que la persona aprende a vivir con el VIH, aprende a manejar de manera placentera y segura su sexualidad.

Pueden utilizarse algunos medicamentos para lograr o mantener la erección, como: el Sildenafil (Viagra), Vardenafil (Levitra) y Tadalafil (Cialis), previa consulta con el médico para saber si puede tomarlo o no y en qué dosis, porque tienen efectos no deseados (hipotensión, infartos o daños severos al corazón) a veces mortales, por sobredosis o por combinarlo con otras sustancias; pero, es necesario que la persona se encuentre excitada y desee tener la relación sexual para que haga efecto.

Prevención y recomendaciones

- Aparta cualquier sentimiento de culpa, no es saludable y tampoco cambia las cosas, contraer el VIH es algo que puede pasarle a cualquier persona. Nunca sientas que debes disculparte por vivir con el VIH, tú eres una persona valiosa y el VIH es solamente uno de los aspectos de tu vida, es seguro que tienes muchas virtudes y felicidad para ofrecer a otras personas.
- Recupera y redefine los proyectos de vida que tenías antes: no debes cortar sueños, metas, esperanzas e ilusiones, hay que continuar realizando las actividades cotidianas y hacer que la vida tenga sentido.
- Usa siempre condón y un lubricante en la relación sexual, es la mejor forma de cuidar, proteger y demostrar afecto hacia tu pareja.
- Relacionarse sexualmente con otras personas seropositivas, aumenta el disfrute de una vida sexual placentera con menor ansiedad; no significa que únicamente deba relacionarse sexual y afectivamente con personas con VIH; no hay reglas, la opción es de cada uno.

- Los lubricantes con base en agua o glicerina evitan traumatismos en los genitales femeninos, disminuyen el riesgo de ruptura del condón y aumentan la estimulación sexual.
- Evitar el sexo desprotegido o prácticas como el bareback (sexo sin protección asumiendo que los demás conocen el riesgo y que si no se protegen tú no llevas responsabilidad).
- Evitar exponerse a fluidos potencialmente infectantes como la sangre, al compartir agujas, implantar piercings o realizarte tatuajes sin las debidas precauciones de bioseguridad (elementos estériles o desinfectados).
- Desechar de manera apropiada el papel higiénico, algodones o prendas que contengan tus fluidos corporales (restos de semen, sangre). No compartir, en general elementos de aseo personal (cepillo de dientes, máquinas de afeitar).
- Si sientes dificultades emocionales, se recomienda abordar el tema con el psicólogo a fin de recuperar la confianza y perder el miedo.
- No hay necesidad de dormir separado, si es que las otras personas no tienen tos o cualquier enfermedad contagiosa al tacto o por el aire, que te puedan transmitir, como tuberculosis, sarampión, varicela o en general cualquier enfermedad eruptiva.

Actividad 3: Evaluación, retroalimentación.

1. ¿Qué es el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)?
2. Indique los factores protectores
3. Indique los factores de riesgo
4. ¿Cómo debe ser la sexualidad en la persona que vive con VIH?
5. ¿Qué recomendaciones debe seguir?

Actividad 4: Agradecimiento y despedida.

Estimados pacientes, si tuvieran alguna duda o preguntas sobre el tema tratado o deseen realizar aportes, estaremos gustosas de escuchar y aclararlos. Si todo está claro, agradecemos su atención y gran participación en este taller. Me despido hasta la próxima sesión donde espero contar con su importante presencia.

SESIÓN 11: “TERAPIA DE PERDÓN”

- 1. OBJETIVO:** Reconocer que el amor es la base primordial de la convivencia humana, que disfrutar la vida sexual en libertad, es un derecho.
- 2. TIEMPO:** 60 minutos (1 hora).
- 3. MATERIALES:** laptop, música, parlante, micrófono, ropa cómoda, colchoneta, almohada, sabana, formatos.

4. METODOLOGÍA

Actividad 1: Saludo a los participantes.

Señores participantes tengan ustedes buen día, es muy grato para nosotros trabajar con ustedes agradeciendo su presencia en este último taller que desarrollaremos dentro del programa educativo, indicando que muestren atención y que participen con sus aportes o experiencias vividas.

Actividad 2: Indicaciones previas.

- Formar un círculo con los participantes sentados, y explicarles en qué consistirá el taller vivencial y cómo se desarrollará.

Actividad 3: Terapia de perdón propiamente dicha. Música.

Se brinda un breve marco teórico sobre el perdón y su relevancia en nuestras vidas y en la vida de las personas que nos rodean.

Todos los participantes se colocarán sobre las colchonetas en posición de cúbito dorsal.

Se pone música y se inicia la terapia complementado con respiraciones profundas.

El participante es guiado a perdonarse a sí mismo en primer lugar, a aclarar sus sentimientos de culpa por la falta de perdón.

Luego inicia el proceso de perdón a la persona que siente que le ha hecho mucho daño en algún momento de su vida y que no se puede liberar de esa carga.

Finaliza la actividad con la experiencia de sentirse bastante aliviados emocionalmente.

Actividad 5: Comentarios individuales de la experiencia vivida.

1. ¿Qué nos podría comentar sobre la experiencia vivida?
2. ¿Tenía necesidad de perdonar a alguna persona en especial?
3. ¿Usted siente que se ha perdonado también?

Actividad 6: Cierre, con agradecimiento y despedida.

Estimados pacientes, si tuvieran algún comentario o pregunta pueden hacerlo ahora, caso contrario hemos concluido. Agradecemos su valiosa participación en este taller. Esperamos haber cumplido con sus expectativas.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Significado.com. Significado de alimento. Disponible en: <https://www.significados.com/alimento/>
2. Ramírez C. Alimentos de la selva ricos en nutrientes. Nutricionista. Salud, Iquitos, Perú. 4 junio, 2019.
3. Ministerio de la mujer y desarrollo social. Hábitos alimenticios de la población amazónica. Perú.
4. National Institute on Drug Abuse (NIH). Las drogas, el cerebro y la conducta: la ciencia de la adicción. Las drogas y el cerebro. EE. UU. 2020.

ANEXO 4
CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA: / /

HORA:

Propósito

Soy Licenciada en Enfermería, egresada de la Especialidad de Enfermería en Enfermedades Infecciosas y Tropicales de la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional de la Amazonía Peruana. Me he acercado a usted, para solicitarle su participación en un estudio que busca determinar el efecto de la intervención educativa para la adherencia al tratamiento no farmacológico en pacientes con el virus de Inmunodeficiencia Humana atendidos en un Hospital a fin de plantear mejoras para la adecuada adherencia al tratamiento antirretroviral.

Contacto con la investigadora

La participación es voluntaria, puede elegir libremente retirarse del estudio sin represalia alguna, sin dar explicaciones, ni daños en su tratamiento, integridad física o moral. La información será manejada solo por las investigadoras con confidencialidad. Si se sintiera incómoda/o, contactar con la investigadora al celular indicado. No se asignará pago alguno por su participación.

Elección de participar

He leído la información pertinente, estoy de acuerdo en todos los puntos indicados y doy mi conformidad para participar voluntariamente.

Iquitos, de del 2022

.....

Firma de la Participante



Huella Digital