Rev. Latino-Am. Enfermagem
2020;28:e3228
DOI: 10.1590/1518-8345.3117.3228
www.eerp.usp.br/rlae

RLAE Revista Latino-Americana de Enfermagem

Artículo Original

Validación de Guía de Consejería para adherencia al tratamiento antirretroviral usando ciencia de la implementación*

Flor Yesenia Musayón-Oblitas[1]
https://orcid.org/0000-0002-0895-4605
Cesar Paul Cárcamo[2]
https://orcid.org/0000-0002-2495-2490
Sarah Gimbel[3]
https://orcid.org/0000-0003-3330-1208
Juan Ignacio Echevarria Zarate[4]
https://orcid.org/0000-0002-2403-5414
Ana Beatriz Graña Espinoza[5]
https://orcid.org/0000-0001-5647-0755

* Apoyo financiero del Centro Internacional Fogarty del Instituto Nacional de Salud de los Estados Unidos (Programa de Capacidades Avanzadas de Investigación para el SIDA en el Perú - PARACAS) – Proceso D43 TW009763 y del Caribbean, Central and South America Network for HIV Epidemiology (CCASANET) – Proceso 5U01AI069923-14, Peru.

[1] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Enfermería, Lima, LIM, Peru.
[2] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Facultad de Salud Pública y Administración "Carlos Vidal Layseca", Lima, LIM, Peru.
[3] University of Washington, Department of Global Health, Washington, WA, Estados Unidos da America.
[4] Universidad Peruana Cayetano Heredia, Instituto de Medicina Tropical "Alexander von Humboldt, Lima", LIM, Peru.
[5] Hospital Cayetano Heredia, Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual, VIH y SIDA, Lima, LIM, Peru.

Objetivo: determinar los contenidos necesarios a incluir a la consejería habitual para mejorar la adherencia al TARV de pacientes con VIH según sus diferentes niveles de consumo de alcohol, y determinar la validez de la Guía de Consejería para mejorar la adherencia al TARV en paciente que consumen alcohol usando Ciencia de la Implementación. Método: estudio Observacional con fase formativa y de validación. La fase formativa permitió definir el contenido, enfoque y estructura de la consejería. La validación incluyó grupos focales con pacientes y enfermeras, juicio experto y prueba piloto. Los criterios evaluados en base a la Ciencia de la Implementación fueron: fuente de intervención, fuerza y calidad de la evidencia, ventaja relativa y complejidad. También se evaluó: utilidad, practicidad, aceptabilidad, sostenibilidad, efectividad; consistencia y congruencia del contenido; cumplimiento, dificultades del procedimiento y tiempo empleado en la consejería. Resultados: la consejería tiene fuerza de evidencia Alta -IIA, fuerte nivel de recomendación, presenta utilidad, practicidad, aceptabilidad, sostenibilidad y efectividad. Ocho de 11 expertos, sostuvieron que la Guía es clara, consistente y congruente. La consejería de inicio toma en promedio 24 minutos y 21 minutos la de seguimiento. Los instrumentos de la Guía tienen un nivel de fiabilidad entre bueno y alto (0,65 ≥ alfa ≤ 0,92). Conclusión: la guía de consejería es válida para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes que consumen alcohol.

Descriptores: Consejería; VIH; Terapia Antirretroviral Altamente Activa; Consumo de Bebidas Alcohólicas; Enfermería; Cuidado de Enfermería.

Cómo citar este artículo

Musayón-Oblitas FY, Cárcamo CP, Gimbel S, Echevarría JI, Graña AB. Validation of a counseling guide for adherence to antiretroviral therapy using implementation science. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2020;28:e3228. [Access ___/___/___]; Available in: _____. DOI: http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.3117.3228.

mes día año URL

Introducción

Proponer, desarrollar e implementar programas de intervención en salud eficaces dirigidos a grupos poblacionales específicos, en diferentes contextos y con propósitos definidos requiere de un marco operacional consensuado, y basado en evidencia[1].

Alrededor de 2009, algunos científicos empezaron a estudiar, los procesos, dominios y estructuras vinculadas al resultado exitoso de la implementación, consolidando el marco de referencia de la ciencia de la implementación[2–4]. La ciencia de la implementación facilita el análisis integral que se requiere para implementar intervenciones efectivas en un servicio de salud[2], para lo cual consigna cinco dominios fundamentales: la intervención, el frente interno (Vg. organización), el frente externo (Vg. regulaciones), los individuos involucrados y los procesos[2–4].

Algunas experiencias de implementación de programas en personas viviendo con Virus de Inmunodeficiencia Humana-Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida VIH/SIDA (PVVS) se han basado en la ciencia de la implementación[5-6], con resultados prometedores; más aún si se establece una trabajo estrecho entre investigación, servicio y políticas públicas[7]; lo que incluye estándares de evidencia, participación de proveedores de salud, gobierno local y algún componente educacional[8–11]. Sin embargo, no se ha encontrado estudios sobre la aplicación de la Ciencia de la implementación como estrategia para desarrollar nuevas intervenciones y modelos de abordaje en salud en el país donde fue llevada a cabo el presente estudio.

La adherencia al Tratamiento Antirretroviral (TARV) es una conducta obligada si se requiere tener algún nivel de éxito en la efectividad de tratamientos; sin embargo incorporarla requiere no sólo acceso al tratamiento sino de conocimiento[12] y determinación. Sin embargo, a menudo es difícil mantener un comportamiento adherente durante mucho tiempo. La consejería es una estrategia aplicada en diferentes contextos y entornos cuyo propósito es empoderar al paciente para la toma de decisiones que contribuyan a mejorar, mantener y cuidar su salud[13-14], crear alternativas y sugerir estrategias para la solución de problemas o el logro de resultados[15], en este caso mantener la adherencia al tratamiento.

La consejería se brinda a todo paciente antes del diagnóstico de VIH y posterior a él, previo al inicio del TARV y a lo largo de su vida. Existen en el medio diversas iniciativas y propuestas para brindar la consejería, desde diferentes enfoques, incluso con diferente metodología[16–20], sin embargo no se tiene disponible en el medio, una Guía de consejería que haya sido validada científicamente, y que permita establecer con cierta nivel de certeza que es efectiva para lo que se pretende aplicar.

El consumo peligroso de alcohol se asocia a la disminución de la adherencia y la supresión viral[21-22]; por ello se hace necesario en este tipo de intervenciones, incluir estrategias que permitan a los pacientes tener conductas saludables y reducir el consumo de alcohol para mejorar la adherencia y calidad de vida[23]. En el servicio de salud seleccionado, de acuerdo a como se señala en la Norma Técnica vigente, debe explorarse los patrones de consumo de alcohol en el protocolo de entrevista de enfermería para "definir los diagnósticos de enfermería y/o conducir al paciente a proponer sus propias soluciones"[24].

Investigaciones demuestran que la consejería es efectiva en la adherencia al TARV[20,25–27], pero sus métodos o procedimientos varían; más aún el constante recambio de personal de enfermería podría ocasionar diferentes formas en el abordaje y niveles de efectividad. En tal sentido; es necesario desarrollar y validar una guía de consejería que contribuya a mejorar la adherencia al TARV y a reducir niveles de riesgo de consumo de alcohol.

El objetivo del presente estudio fue determinar los contenidos necesarios a incluir a la consejería habitual para mejorar la adherencia al TARV de pacientes con VIH según sus diferentes niveles de consumo de alcohol, y determinar la validez de la Guía de Consejería para mejorar la adherencia al TARV en paciente que consumen alcohol usando Ciencia de la Implementación.

Método

El proceso se desarrolló en dos fases. En la primera se realizó una investigación formativa para consolidar la intervención y dado que la guía de consejería está orientada a personas que viven con VIH pero que consumen alcohol, en esta fase también se definió el contenido diferenciado según los niveles de consumo de alcohol de los pacientes. La segunda fase fue la validación.

Se usó el "Marco de Referencia Consolidado para la Ciencia de Implementación" o *Consolidated Framework for Implementation Research* (CFIR)[2] como guía para establecer los constructos de evaluación. Los dominios y constructos del CFIR se encuentra disponible en: http://www.cfirguide.org/constructs.html. Los dominios fueron: "características de la intervención", que incluye los siguientes constructos: "fuente de intervención, fuerza y calidad de la evidencia, ventaja relativa y

complejidad", a ello se incluyó: utilidad, practicidad, aceptabilidad, sostenibilidad y efectividad.

La fase de investigación formativa para desarrollar la Guía de consejería como intervención para mejorar la adherencia al TARV en pacientes que además consumen alcohol fue realizada a partir de la búsqueda de evidencias científicas disponibles, se evaluó la "fuerza y calidad de la evidencia". Uno de los resultados de ésta primera fase fue la elaboración de una revisión sistemática que dio como conclusión que la consejería cara a cara dispone de fuerte evidencia científica para ser elegida como intervención[26]. En esta fase se definió todo el contenido de la Guía.

La Guía incluyó orientaciones para su uso, objetivos, definición, perfil del consejero, teorías en la que se sustenta, tipos de consejería, momentos de la consejería, duración aproximada de cada sesión y procedimiento según tipo de consejería; todo el contenido fue descrito en el documento denominado "Guía de Consejería para mejorar la Adherencia al Tratamiento en Pacientes con VIH y con conducta de consumo de Alcohol".

La guía fue desarrollada para su validación, en un Hospital de la ciudad capital de un país suramericano. Se trata de un Hospital que pertenece a una red integrada de salud que atiende aproximadamente a más de 800 pacientes nuevos de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Transmisión Sexual/VIH SIDA y brinda tratamiento a más de 6,500 pacientes.

Se realizaron entrevistas con la enfermera jefe y las enfermeras con más años de experiencia en el Servicio, lo que sirvió para definir con precisión el proceso de consejería, conocer las regulaciones y normas, identificar tiempos de realización de la intervención, momentos y características generales de los pacientes que recibían TARV y consejería. Con esta descripción se empezó a consolidar la propuesta del contenido el mismo que fue discutido con el personal para identificar si recogía lo requerido o se iba adaptando a la realidad. De esta manera y después de dos o tres ciclos de retroalimentación con algunas enfermeras del equipo que brindaba la consejería, se tenía una propuesta terminada para someterla a validación.

En la segunda fase se realizó la validación de contenido, constructo y la validación clínica. La validación se realizó por juicio de expertos, grupos focales y prueba piloto.

La validez de contenido fue evaluada por once expertos, los mismos que fueron identificados por su prestigio en el área o por referencia de las enfermeras e investigadores del servicio y seleccionados por tener más de 5 años de trabajo en el área o tener investigaciones realizadas y publicadas en el tema de VIH, consumo de alcohol y consejería. Los 11 expertos fueron: tres consejeros entrenados, dos de ellas enfermeras; una enfermera especialista en salud mental; dos psicólogos (uno experto en terapia cognitivo conductual y uno humanista), dos médicos de la estrategia sanitaria, dos expertos en temas de consumo de alcohol y una educadora.

En la validación de contenido se evaluó: 1. claridad del contenido, entendida como facilidad en el entendimiento del mensaje; 2. consistencia, determinada como la coherencia en los mensajes vertidos a lo largo del documento y 3. congruencia, identificada como la articulación lógica de ideas, partes o segmentos del documento. Se diseñó un instrumento Ad-hoc que facilitó la revisión del profesional experto de todo el contenido de la Guía de Consejería, por segmentos, manera de lista de chequeo e identificar coincidencias en la opinión de los jueces respecto a cada criterio evaluado. Las posibles respuestas disponibles para cada criterio fueron: cumple, cumple parcialmente y no cumple.

Cada experto fue contactado personalmente, por correo electrónico y vía telefónica, y se le envió la versión impresa y electrónica de la Guía de Consejería a ser validada, un instructivo de evaluación y el instrumento Ad-hoc para la validación del contenido, ésta última en *Google Form*. A todos los expertos se les dio un plazo de 12 días para que entregar sus evaluaciones, con las cuales se procedió a realizar mejoras en la Guía de consejería. Con una versión mejorada se procedió a la fase de validación por grupos focales.

Para realizar los grupos focales del estudio participaron siete enfermeras; y 30 pacientes que reciben TARV de la Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de Infecciones de Trasmisión Sexual (ITS), VIH/SIDA del Hospital escenario del estudio, de julio a diciembre de 2017.

Las siete enfermeras estaban laborando en ese momento en el servicio y ninguna se encontraba de licencia o vacaciones. Los pacientes fueron mayores de 18 años, de ambos sexos, invitados a participar de manera voluntaria en un grupo focal; se realizó dos grupos focales con 15 participantes cada uno. Los pacientes participantes debían estar recibiendo TARV en el servicio de estudio, no estar en fase SIDA, ni encontrarse hospitalizados o tener enfermedad mental que limitara su voluntad o que originara la dependencia de un tercero para la toma de sus medicamentos. En cada grupo focal participaron también de manera voluntaria tres familiares o agentes de soporte de dichos pacientes.

Se diseñaron dos guías para grupo focal, una para enfermeras y otra para pacientes tomando como guía las

"herramientas para guía de entrevista" disponibles en la página web CFIR[2]: http://www.cfirguide.org/guide/app/index.html#/guide_select. Los indicadores evaluados fueron: "percepción de los actores claves acerca de si la intervención se desarrolla internamente o externamente"; la "ventaja relativa", entendida como la "percepción de los actores sobre la ventaja de implementar la intervención frente a una solución alternativa"; la "adaptabilidad", es el "grado en que una intervención puede ser adaptada, afinada o reinventada para satisfacer las necesidades locales"; la "confiabilidad", es la "capacidad de probar la intervención a pequeña escala en la organización, y ser capaz de revertir el curso (deshacer la intervención) si se justifica"; y la "complejidad", se definió como "dificultad percibida de ejecución, que se refleja en la duración, el alcance, la radicalidad, orden, centralidad, la complejidad del contenido y el número de pasos necesarios para aplicar". Los constructos incluidos fueron definidos de la siguiente manera: Utilidad de la consejería, estuvo referida a la "referencia de los pacientes y enfermeras sobre si consideran el contenido de la consejería propuesta como provechosa para mejorar la adherencia"; la practicidad, estuvo referida a "si lo trabajado en la consejería se ajusta a lo que sucede en la realidad con los pacientes"; la aceptabilidad, se considerado así cuando "el participante considera que en contenido propuesto en la consejería puede incorporarse en la rutina habitual de su cuidado de manera voluntaria"; sostenibilidad, se consideró cuando "el participante percibe que la consejería propuesta puede mantenerse durante un tiempo prolongado sin desmedro del contenido ni el propósito de la misma", y efectividad es "cuando los participantes consideran que la consejería propuesta puede (o con sus sugerencias) mejorar la adherencia al TARV en pacientes con VIH que además consumen alcohol".

La información vertida en cada grupo focales fue registrada previa autorización de los participantes.

Con la información obtenida en los grupos focales, la Guía fue mejorada para finalmente pasar a la fase final de validación; la validación clínica a través de la prueba piloto.

La prueba piloto se realizó con 10 pacientes voluntarios: 05 que participaron en la consejería inicial y 05 en la sesión de seguimiento. Los pacientes que participaron en la sesión de inicio fueron quienes empezaban a recibir TARV, mayores de 18 años y de ambos sexos; y los pacientes que participaron en la sesión de seguimiento fueron quienes ya habían recibido alguna consejería de inicio, voluntarios, mayores de 18 años y de ambos sexos.

Para el desarrollo de la prueba piloto, dos enfermeras fueron capacitadas para la aplicación de la Guía de Consejería, hubo sesiones para disipar dudas e inquietudes en la aplicación.

Una enfermeras aplicó la Guía para la Consejería de Inicio, esto es para pacientes nuevos en TARV y la otra en Consejería de Seguimiento. Cada una de ellas aplicó la consejería según la Guía, y debía evaluar cumplimiento del procedimiento con un SI o NO en una lista de chequeo, las dificultades que presentaba en el proceso, así como la hora de inicio y término de la consejería.

Posterior a la aplicación de la prueba piloto, se conversó con cada una de las enfermeras para rescatar alguna otra dificultad o inconveniente no registrado en el instrumento.

Tomando en cuenta los resultados de la fase piloto, la Guía fue nuevamente mejorada hasta su versión final.

Para el análisis de datos las fichas de evaluación entregadas por cada experto fueron tabuladas y a partir de ello se evaluó el índice de acuerdos (IA)[28], se calculó la prueba binomial y en Coeficiente V de Aiken[29] para cada segmento de la guía por criterio evaluado. Se consideró válido un índice de acuerdo de 80% a más[28], la prueba binomial con una significancia de $p<0.05$ al igual que el Coeficiente V de Aiken[29].

En el caso de la información obtenida de los grupos focales, ésta fue analizada individualmente para cada grupo focal, según los constructos evaluados; y luego se identificó consensos, acuerdos y desacuerdos en los grupos focales de pacientes.

Las fichas obtenidas de la prueba piloto, fueron tabuladas y las dificultades en la aplicación del a Guía de Consejería fueron analizadas con las enfermeras participantes del proceso. El tiempo empleado en cada tipo de consejería fue analizado con medidas de tendencia central.

Los resultados de la validación permitieron retroalimentar y mejorar la Guía de Consejería planteada.

El estudio contó con la aprobación del Comité Institucional de Ética en Humanos (CIEH) de la Universidad (código 066991) y del Comité de Ética del Hospital donde se llevó a cabo la investigación. Todos los sujetos participantes recibieron orientación sobre el objetivo del estudio, los procedimientos, riesgos y beneficios, y los que aceptaron participar firmaron el consentimiento informado. Se protegió la identidad de los participantes.

Resultados

Para los actores clave, esto es las enfermeras y los pacientes, la fuente de generación de la intervención es interna; aunque normada de manera externa por el Ministerio de Salud, como ente regulador. En cuanto a la "fuerza de la evidencia", la consejería se muestra un nivel de evidencia IIA según el *Association of Physicians in AIDS*

Care Panel, esto es evidencia Alta: evidencia con ensayo aleatorizado y controlado con limitaciones importantes, evidencia sólida de estudios observacionales, y fuerte nivel de recomendación: "Casi todos los pacientes deben recibir el curso de acción recomendado"[30].

Se identificó como "ventajas relativas" de la intervención; la práctica actual de consejería que se realiza en el servicio, pero sin estructura formalmente definida; la experiencia del personal de enfermería en consejería; la aceptabilidad de los pacientes al procedimiento; la necesidad de los pacientes de soporte educacional y emocional de parte del personal de salud para la adherencia y reconocimiento de la consejería como intervención realizada por el personal de enfermería.

En la Tabla 1 puede observarse la respuesta de 8 jueces de 11 invitados, quienes coincidieron que la Guía tiene un contenido claro, consistente y congruente. Si bien el puntaje máximo otorgado era de dos, sólo en tres ítems hasta dos expertos otorgaron un puntaje de 1 por lo que en estos segmentos de la guía no se obtuvo un acuerdo absoluto pero sí de mayoría. En estos casos el contenido fue revisado para mejorarlo.

Tabla 1 - Validez de la Guía de Consejería según Juicio de Expertos. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS*, VIH/SIDA† de un Hospital Local. Lima, LI, Perú, 2017

Contenido	Claridad				Consistencia				Congruencia			
	AJ‡	IA§	PB‖	V¶	AJ‡	IA§	PB‖	V¶	AJ‡	IA§	PB‖	V¶
Objetivos	8	1	0.009	1	6	0.8	0.144	0.875	6	0.8	0.144	0.875
Definiciones												
Consejería sobre adherencia al TARV** para pacientes con VIH††	8	1	0.003	1	8	1	0.003	1	7	0.9	0.027	0.937
Consejería sobre adherencia al TARV** para pacientes con VIH†† que consumen alcohol	6	0.8	0.144	0.875	6	0.8	0.144	0.875	6	0.8	0.144	0.875
Perfil del consejero												
Quién desarrolla la consejería	8	1	0.003	1	8	1	0.003	1	7	0.9	0.027	0.937
Teorías sobre las que se apoya la consejería												
Base de la consejería para mejorar la Adherencia al TARV** en pacientes con VIH†† que además consumen alcohol	7	0.9	0.027	0.937	6	0.8	0.082	0.875	6	0.8	0.082	0.875
Aplicación de la Teoría Humanista y la Teoría Cognitivo conductual en la consejería	7	0.9	0.035	0.937	7	0.9	0.035	0.937	7	0.9	0.035	0.937
Procedimiento												
Cómo se realiza la consejería	5	0.6	0.136	0.75	6	0.8	0.082	0.875	5	0.6	0.136	0.812
Consideraciones en la consejería para mejora la adherencia al TARV** en pacientes que consumen alcohol	5	0.6	0.363	0.812	5	0.6	0.363	0.812	5	0.6	0.363	0.812
Consejería de inicio												
Etapa inicial	8	1	0.003	1	8	1	0.003	1	7	0.9	0.027	0.937
Etapa Central	7	0.9	0.035	0.937	8	1	0.003	1	7	0.9	0.035	0.937
TARV**	7	0.9	0.035	0.937	6	0.8	0.144	0.875	6	0.8	0.144	0.875
Régimen Alimentario	8	1	0.003	1	6	0.8	0.144	0.875	6	0.8	0.144	0.875
Estilo de vida saludable	7	0.9	0.035	0.937	6	0.8	0.144	0.875	6	0.8	0.144	0.875
Adherencia TARV**	7	0.9	0.035	0.937	8	1	0.003	1	8	1	0.003	1
Riesgos del Consumo de alcohol	8	1	0.003	1	7	0.9	0.035	0.937	7	0.9	0.035	0.937
Etapa Final	7	0.9	0.035	0.937	6	0.8	0.144	0.875	6	0.8	0.144	0.875
Consejería de seguimiento												
Etapa inicial	8	1	0.003	1	8	1	0.003	1	8	1	0.003	1
Etapa Central	8	1	0.003	1	8	1	0.003	1	8	1	0.003	1
Etapa Final	8	1	0.003	1	8	1	0.003	1	8	1	0.003	1

*ITS = Infecciones de Trasmisión Sexual; †VIH/SIDA = Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; ‡AJ = Acuerdo de Jueces; §IA = Índice de Acuerdo; ‖PB = Prueba Binomial; ¶V = Coeficiente V de Aiken; **TARV = Tratamiento Antirretroviral; ††VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana

En la validación por grupos focales, tanto pacientes como familiares identificaron la guía como de mucha ayuda para aprender más y saber que hacer sobre su enfermedad, y sugirieron algunos temas que de acuerdo a su experiencia se requiere de orientación. De manera similar las enfermeras consideraron que si bien posiblemente su aplicación tomará un tiempo adicional, asegurará dar una consejería completa para que los pacientes mejoren su estilo de vida y su adherencia al TARV. Sin embargo las enfermeras sugirieron reemplazar algunas palabras técnicas por otras más sencillas (Figura 1). Los contenidos y recomendaciones sugeridas fueron incluidos en la guía.

Según la prueba piloto, esto es en la aplicación de la guía de consejería con pacientes, se encontró que la enfermera emplea 24 minutos en promedio para la consejería de inicio y 21 minutos para el seguimiento, con un mínimo de 13 minutos. Las enfermeras participantes en la prueba piloto reconocieron lo beneficioso del uso de la guía en cuanto a precisión, orden y abordaje completo del contenido, sin embargo identificaron también que las dificultades propias del sistema y la estructura actual del servicio generan algunas dificultades en su aplicación, por ejemplo, el escaso espacio que se dispone para brindar la consejería, la falta de privacidad, entre otros (Figura 2).

Todos los instrumentos que forman parte de la Guía de consejería tienen un nivel de confiabilidad entre buena y alta (Tabla 2).

La Guía Consejería validada es un documento técnico estructurado que tiene como propósito "facilitar la actuación del personal de salud para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral de paciente con VIH y que además consumen alcohol".

Dado que el documento se ha diseñado con un formato auto instructivo y amigable, inicia con el segmento denominado "Instrucciones de uso", donde se detalla el escenario de aplicación, la forma de aplicar, la ruta de consejería, los beneficiarios y las recomendaciones finales.

Constructos	Enfermeras	Pacientes y Familiares
Evaluación General	Buena estrategia, útil y de importancia para el paciente. De mucha ayuda para poder mejorar los parámetros de consejería. Permite seguir pasos o procedimientos en relación al trato y a la atención que se le pueda brindar al paciente. Permite tocar temas ligados a la realidad, como problemas con el alcohol.	Será de mucha ayuda para saber qué hacer.
Complejidad	El lenguaje es el adecuado. Podría haber dificultad con los nombres de los medicamentos. La consejería está muy bien diseñada	Algunas palabras no son comprendidas, por ejemplo Adherencia, por lo que solicitan hacer definiciones sencillas.
Utilidad	Servirá para que los pacientes y sus soportes puedan mejorar o cambiar los estilos de vida y mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Mejorar y ampliar su conocimiento y calidad de estilo de vida. Para detectar a tiempo problemas de consumo y actuar de forma oportuna.	Ayudará a conocer mejor el tratamiento y como tomarlo, además de que comer y como cuidarse. Debe incluirse que hacer cuando no se logra tomar una dosis, como solucionar cada situación, la importancia de tomar agua. Debe iniciarse indagando cómo es el estilo de vida cada paciente y cómo puede apoyar la familia. Saber cómo hace daño el alcohol y que deben hacer para cuidarse.
Practicidad	Las dificultades podrían ser la disponibilidad de tiempo y para la escucha. Las enfermeras podrían brindar la consejería, recomienda preparación.	Podría ser el tiempo, pero si es importante para la salud debe darse el tiempo necesario.
Aceptabilidad	Las enfermeras aceptarían. No se considera pérdida de tiempo.	No se considera pérdida de tiempo.
Sostenibilidad	No se considera perdida de dinero o recursos, probablemente lleve más tiempo, pero será de utilidad.	Si debería aplicarse.
Efectividad	Sí, porque ayudará a mejorar su conocimiento y empoderamiento. Ayudará a analizar la situación de quienes consumen alcohol.	Incluir lo mencionado.

*ITS = Infecciones de Trasmisión Sexual; †VIH/SIDA = Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Figura 1 - Evaluación de la Guía de Consejería por Grupos Focales según constructos definidos. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS*, VIH/SIDA† de un Hospital Local. Lima, LI, Perú, 2017

Criterios	Consejería de Inicio	Consejería de Seguimiento
Perfil del Consejero	La enfermera participante cumple con el perfil para realizar el proceso de consejería o está en proceso de cumplirlo	La enfermera participante cumple con el perfil para realizar el proceso de consejería o está en proceso de cumplirlo
Beneficios	Permite tener la información disponible. Se tiene más orden y la consejería es más completa. Los pacientes se van más contentos	Permite ahondar el contenido. Obliga a completar la consejería
Dificultades del Proceso	Es necesario saber cómo se aplica y los instrumentos que se deben aplicar. Durante la consejería falta de privacidad. Se requiere confidencialidad, falta espacio para poder brindarla adecuadamente. No hay comodidad, hay sobrecarga.	Se requiere conocer la Guía previamente, es necesario entrenamiento, simulación. Se debe conocer bien el procedimiento. Toma más tiempo obliga a profundizar. Se requiere espacio, más enfermeras entrenadas.
Tiempo promedio empleado en minutos ± Sd‡	24 ± 0.003‡	21 ± 0.005‡
Máximo tiempo empleado en minutos	31	30
Mínimo tiempo empleado en minutos	20	13

*ITS = Infecciones de Trasmisión Sexual; †VIH/SIDA = Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; ‡Sd = Desviación estándar

Figura 2 - Apreciaciones de las enfermeras que participaron en la Prueba Piloto de la Guía de Consejería sobre el proceso de aplicación y tiempo empleado en cada tipo de consejería. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS*, VIH/SIDA† de un Hospital Local. Lima, LI, Perú, 2017

Tabla 2 - Coeficiente de Confiabilidad de cada uno de los instrumentos aplicados en la Prueba Piloto de la Guía de Consejería. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS*, VIH/SIDA† de un Hospital Local. Lima, LI, Perú, 2017

Instrumento	Alfa de Cronbach	Interpretación
Prueba de Identificación de Trastornos por Consumo de Alcohol (AUDIT)	0.65	Buena
Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island (URICA)		
Pre-contemplación	0.79	Buena
Contemplación	0.94	Alta
Acción	0.93	Alta
Mantenimiento	0.88	Alta
Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia al TARV‡	0.92	Alta

*ITS = Infecciones de Trasmisión Sexual; †VIH/SIDA = Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; ‡TARV = Tratamiento Antirretroviral

Los objetivos (Obj.) de la guía fueron redactados de manera concreta, coherente al tema y orientado a resultados: Tema 1: Tratamiento Antirretroviral, Obj: Reconocer su tratamiento antirretroviral y el régimen terapéutico al que está sujeto; Tema 2: Estilo de vida saludable, Obj: Enunciar las características de un estilo de vida saludable para mejorar la adherencia al TARV; Tema 3: Régimen alimentario, Obj: Reconocer la existencia de diferentes regímenes alimentarios y los tipos de alimentos que contribuyen para mejorar la adherencia al TARV; Tema 4: Adherencia al tratamiento, Objs: Explicar que es adherencia al tratamiento antirretroviral y su importancia; Identificar sus fortalezas y potencialidades para mejorar y fortalecer la adherencia al tratamiento con VIH e Involucrar a la familia o cuidador primario, a través del dominio de conocimientos básicos acerca de la adherencia al TARV, si el paciente lo requiere; Tema 5: Consumo de Alcohol, Obj: Enunciar los riesgos del consumo de alcohol y Tema 6: Estrategias para controlar el consumo de alcohol, Obj: Proponer estrategias para controlar o reducir el consumo de alcohol.

En la guía, la consejería se define como "una estrategia de intervención en salud realizada por personal entrenado para generar, en un ambiente de confianza, una relación profesional que ayude al

paciente a identificar su situación de salud, los factores de riesgo a los que está expuesto, lo empodere en el manejo de su salud, le permita desarrollar habilidades básicas para resolver problemas y le permita tomar decisiones y adquirir prácticas que contribuyan a su mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral". Y, la consejería en pacientes que consumen alcohol se define como "una consejería orientada al paciente que consume alcohol no dependiente, para que además reconozca los riesgos y consecuencias del consumo de alcohol, desarrolle estrategias para evitar, controlar o reducir el consumo a un nivel de no riesgo y para que incorpore conductas saludables que contribuyan a mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral".

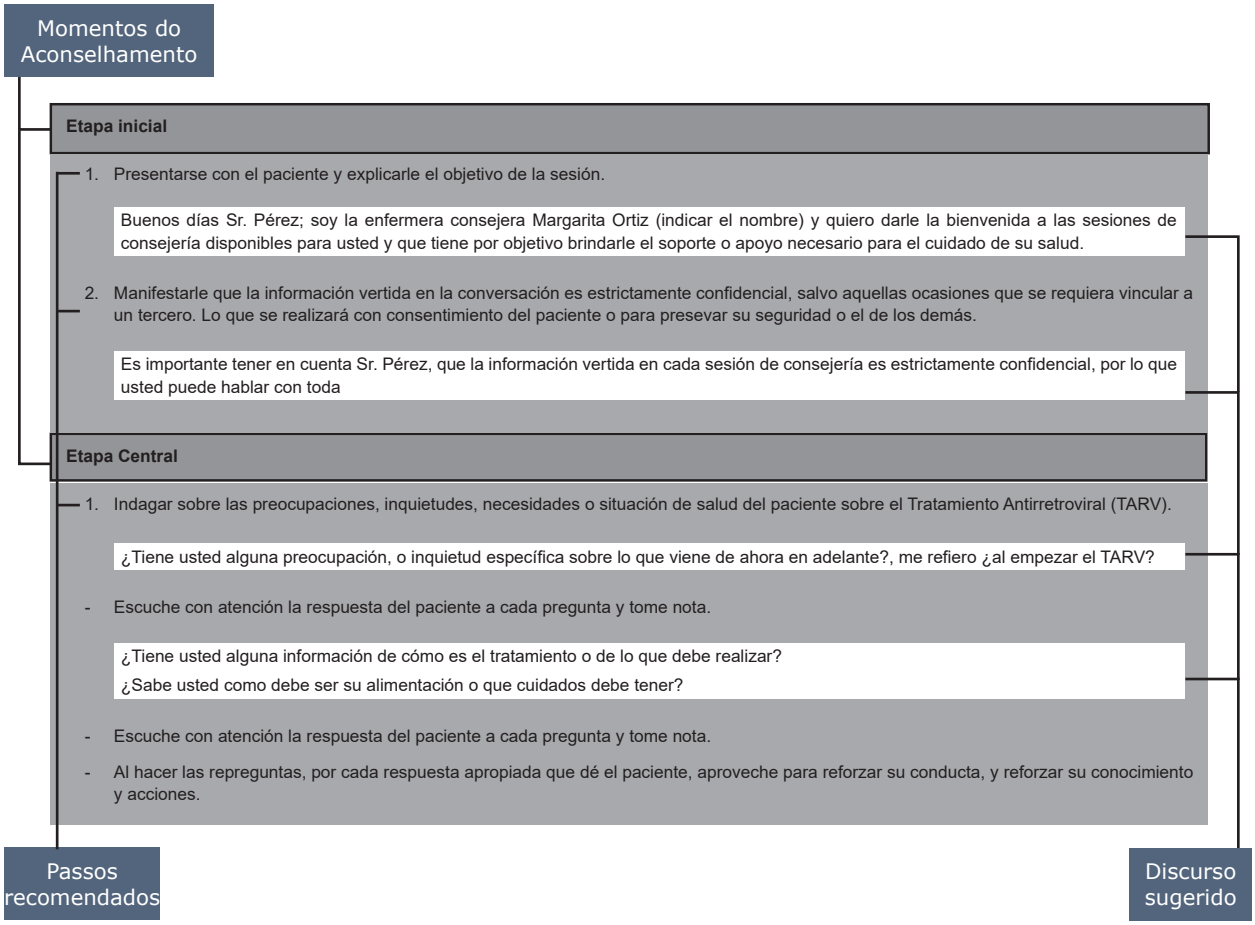
En la guía, se propone el perfil del consejero que puede ser fácilmente reconocido bajo el acrónimo SUCCESS ("éxito" en inglés): **S**ensibilidad, **U**tilidad, **C**apacidad de Escucha, **C**onfidencialidad, **E**xcelencia, **S**impatía-Empatía y **S**ensatez.

La propuesta de consejería se basa en dos teorías y un modelo: T. Humanista, T. cognitivo-conductual y modelo transteórico.

La aplicación del enfoque Humanista fue abordada mediante el empoderamiento del usuario para el cuidado de su salud y la relación de confianza[31-32]. Mientras que el abordaje del Enfoque Cognitivo Conductual se aplica mediante el aprendizaje de conductas favorecedoras, el refuerzo de conductas positivas, la activación del comportamiento entre otros[33-34].

El modelo transteórico establece que el cambio en salud atraviesa por 6 estadios: pre-contemplación, contemplación, preparación, acción, mantenimiento y terminación[35]. Este modelo se aplica después de identificar el nivel de consumo de alcohol.

La consejería para mejorar la adherencia al TARV se organiza además en dos tipos de consejería: consejería de inicio y consejería de seguimiento. Cada una de las cuales tiene tres momentos: etapa inicial, etapa central, etapa final o de cierre, la Guía incluye pasos a seguir y discursos sugeridos (Figura 3).



*TARV = Tratamiento Antirretroviral; †VIH = Virus de Inmunodeficiencia Humana; ‡ITS = Infecciones de Trasmisión Sexual; §VIH/SIDA = Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

Figura 3 - Estructura de la Guía de Consejería validada para mejorar la Adherencia al TARV* en pacientes con VIH† que consumen alcohol. Estrategia Sanitaria Nacional de Prevención y Control de ITS‡, VIH/SIDA§ de un Hospital Local. Lima, LI, Perú, 2017

A lo largo de la guía se identifica que fase se está desarrollando estableciendo un discurso sugerido y guiando la acción que debe seguir el consejero en cada momento.

La consejería inicial toma aproximadamente 25 minutos, mientras que la consejería de seguimiento 15 minutos, el tiempo incluye la evaluación de la adherencia del paciente y de su consumo de alcohol.

La guía se complementa con instrumentos que permiten a la enfermera, autoevaluarse para identificar si presenta el Perfil de Consejera, determinar la prevalencia y el nivel de consumo de alcohol del paciente a través del *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT), la predisposición que el paciente presenta al cambio a través de la "Escala de Evaluación del Cambio de la Universidad de Rhode Island" así como monitorear su nivel de adherencia al TARV a través del "Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia al TARV" (SMAQ). Finalmente se incluye en la guía una ficha para establecer el plan de cuidados del paciente y dos listas de chequeo que ayudan a la enfermera a identificar si cumplió con todas las fases de la consejería de inicio y de seguimiento.

Discusión

En el presente artículo destacan dos momentos importantes, el proceso de validación de la guía de consejería para mejorar la adherencia al TARV en pacientes que consumen alcohol y el resultado de la misma. Apoyarse en la ciencia de la implementación permitió modelar la guía de manera coherente a las necesidades del servicio, la realidad de los pacientes y el equipo de enfermería. Si bien los constructos establecidos[2] por la ciencia de la implementación fueron trabajados de manera paulatina y oportuna, cada uno de ellos aportó de manera significativa a dar consistencia y solidez con altas posibilidades de implementar la intervención en una segunda fase de experimentación. Sin embargo algunos de los constructos propuestos no pudieron ser desarrollados porque no aplicaba para la situación y momento específico, por ejemplo incentivos organizacionales y recompensas. Las intervenciones, programas o políticas en salud son diseñados para promover la salud o reducir enfermedades, las evaluaciones de las mismas deben responder a preguntas específicas, a menudo relacionadas con el diseño, la implementación y/o los resultados[36].

La validación del contenido en los grupos focales y la opinión de expertos, permitió identificar contenidos precisos que fueron incluidos y orientaciones específicas para destacar la utilidad de la guía. El grupo focal de los pacientes destacó la necesidad de incorporar contenidos útiles para su vida diaria y que en ocasiones los profesionales de salud dan orientaciones bajo una perspectiva generalizada. Por ejemplo la vida en la ciudad requiere de prácticas diarias que lidian con comer en la calle, reducir espacios de ocio o tener dificultades para consumir medicamentos en horarios de trabajo; situaciones que debe tenerse en cuenta principalmente cuando se requiere adherencia en tratamientos de largo plazo. Al respecto es conocido que las condiciones de salud, vivienda y seguridad afectan la calidad de vida de los pacientes con VIH [36-37]. La valoración de la inclusión de contenidos para mantener o reducir el consumo de alcohol a niveles saludables fue bien valorado por los pacientes, tema recomendado a abordar de manera articulada en la consejería. Un aspecto clave dentro del enfoque de evaluación de programas o intervenciones es identificar si ésta es apropiada para la población objetivo, para ello el uso de metodologías de investigación social y mixtas son muy útiles dado que otorgan evidencia precisa de la calidad de la intervención y su pertinencia con la población objetivo[37].

La opinión de los expertos, nivel V en el ranking de calidad de evidencia según el Modelo de práctica y pautas basadas en la evidencia de enfermería de Johns Hopkins[38], permitió asegurar la calidad y consistencia del contenido propuesto y dar una mirada mega cognitiva al documento como propuesta autodidactica, para asegurar la continuidad del proceso de consejería por el personal de salud. En este sentido se introdujo un segmento sobre cómo usar la guía y forma de evaluar las características del consejero de modo que no sólo quedo en una mera enunciación de atributos sino con la posibilidad de evaluar estos en aquella persona que se interese en brindar consejería a los pacientes referidos.

Es necesario tomar en cuenta que se requiere ser entrenado en el uso de la guía o al menos una lectura previa y la comprensión completa de la lógica de su uso; antes de ser usada en una consejería. Esto facilitará su uso con el paciente, pudiendo seguir el flujo recomendado de acuerdo a la situación en la que se encuentre el paciente. Investigaciones recomiendan el entrenamiento previo del personal de salud en consejería para asegurar que ésta se ejecute de acuerdo a diseño y se asegure su efectividad[27].

Si bien de acuerdo a la prueba piloto la aplicación de su uso toma aproximadamente 20 minutos se estima que después de adquirir cierta habilidad en su uso, la consejería puede ser fluida y eficiente de acuerdo a la situación en la que se enfrente el consejero. Uno de los atributos constantemente repetidos por las enfermeras que ensayaron la aplicación es lo completo de su contenido y que resulta siendo un referente para no olvidar ningún tema de relevancia para el paciente. Al respecto es importante destacar que la

guía da libertad al consejero para ampliar algún otro conocimiento necesario u orientación a los pacientes no constituyéndose una camisa de fuerza para su aplicación. Investigaciones señalan que el uso de protocolos y guías de cuidado son necesarias o recomendables, no debe perderse de vista la individualidad de cada paciente al momento de la intervención[26].

En la actualidad, son escasas las guías de cuidado de enfermería o de consejería elaboradas y validadas, usualmente se trata de procedimientos no estandarizados que se realizan a criterio y por experiencia de los profesionales de cada servicio; tomando en cuenta con frecuencia la normativa vigente; cuando ésta existe. Contar con una guía validada no sólo es evidencia de un procedimiento diseñado bajo conocimientos y criterios científicos[37]; sino que demuestra orden y sistematización de la atención que se le brinda al paciente o grupo objetivo.

Así mismo, dada la cantidad de pacientes que suele atender la enfermera en el servicio y el número de consejerías que debe brindar por turno; un guía de consejería validada no sólo facilitaría la sistematización; sino que aseguraría en cierta medida calidad en el cuidado y la atención que se requiere. En términos de gestión; y como sugerencia de futuras investigaciones podría asegurar eficiencia y efectividad en la atención que brinda el profesional de enfermería.

Una de las fortalezas del presente estudio fue el fuerte respaldo de evidencias científicas para la toma de decisiones, desde la selección de la intervención hasta el desarrollo del proceso de investigación. En contraste a ello, una de las debilidades fue el limitado número de pacientes que participaron en la validación de campo. Sin embargo es importante reconocer que ésta fase principalmente permitió validar el procedimiento, tiempos e identificación de limitaciones en el proceso de ejecución y a partir de ello plantear mejoras en la propuesta. Una investigación, basada en un estudio experimental con muestra representativa podría dar evidencias concretas de la efectividad de la ésta guía de consejería validada en la adherencia del paciente al TARV.

Conclusión

La Guía de Consejería para mejorar la Adherencia al TARV en pacientes con VIH que consumen alcohol presenta validez de contenido y se muestra con características de utilidad, aceptabilidad, adaptabilidad, sostenibilidad en su aplicación, y con posible efectividad para mejorar la adherencia en pacientes consumidores de alcohol según sus niveles de consumo. La guía aquí validada se muestra potencialmente escalable a otras realidades donde el perfil de los pacientes sea compatible: pacientes adultos de habla hispana, que reciben TARV y no están en fase SIDA; pero además donde las enfermeras de similitud en el perfil de formación e idioma pueden comprender fácilmente su forma de aplicación. Lo que es más; el método seguido para la validación de intervenciones de enfermería, como la consejería en ésta caso particular; ha sido descrito de manera tal que pueda ser replicable y adaptable para otras intervenciones de enfermería.

Agradecimientos

A la Lic. Sysy Villanueva por su apoyo invalorable en el servicio y al Dr. Eduardo Gotuzzo y Dra. Elsa Gonzales, sin su ayuda no hubiera sido posible la ejecución del proyecto.

Referencias

1. Chambers DA, Feero WG, Khoury MJ. Convergence of Implementation Science, Precision Medicine, and the Learning Health Care System: A New Model for Biomedical Research. JAMA. 2016 May 10;315(18):1941. doi: 10.1001/jama.2016.3867

2. Damschroder LJ, Aron DC, Keith RE, Kirsh SR, Alexander JA, Lowery JC. Fostering implementation of health services research findings into practice: a consolidated framework for advancing implementation science. Implement Sci. 2009 Ago 7;4(1):50. doi: 10.1186/1748-5908-4-50

3. Nilsen P. Making sense of implementation theories, models and frameworks. Implement Sci. 2015 Apr 7;10(1):53. doi: 10.1186/s13012-015-0242-0

4. Bauer MS, Damschroder L, Hagedorn H, Smith J, Kilbourne AM. An introduction to implementation science for the non-specialist. BMC Psychol. 2015 Sep 16;3(32). doi: 10.1186/s40359-015-0089-9

5. Ezeanolue EE, Powell BJ, Patel D, Olutola A, Obiefune M, Dakum P, et al. Identifying and Prioritizing Implementation Barriers, Gaps, and Strategies Through the Nigeria Implementation Science Alliance: Getting to Zero in the Prevention of Mother-to-Child Transmission of HIV. J Acquir Immune Defic Syndr. 2016 Aug 1;72(Suppl 2): S161-S166. doi: 10.1097/QAI.0000000000001066

6. Wilson D. HIV Programs for Sex Workers: Lessons and Challenges for Developing and Delivering Programs. PLOS Med. 16 de junio 2015;12(6):e1001808. doi: 10.1371/journal.pmed.1001808

7. Lambdin B, Cheng B, Peter T, Mbwambo J, Apollo T, Dunbar M, et al. Implementing Implementation Science: An Approach for HIV Prevention, Care and Treatment Programs. Curr HIV Res. 2015 May;13(3):244-9. doi: 10.2174/1570162X1303150506185423

8. Uebel KE, Fairall LR, van Rensburg DH, Mollentze WF, Bachmann MO, Lewin S, et al. Task shifting and integration of HIV care into primary care in South Africa: The development and content of the streamlining tasks and roles to expand treatment and care for HIV (STRETCH) intervention. Implement Sci. 2011 Aug 2;6:86. doi: 10.1186/1748-5908-6-86

9. Schull MJ, Cornick R, Thompson S, Faris G, Fairall L, Burciul B, et al. From PALSA PLUS to PALM PLUS: adapting and developing a South African guideline and training intervention to better integrate HIV/AIDS care with primary care in rural health centers in Malawi. Implement Sci. 2011 Jul 26;6:82. doi: 10.1186/1748-5908-6-82

10. Beyrer C, Baral SD, Collins C, Richardson ET, Sullivan PS, Sanchez J, et al. The global response to HIV in men who have sex with men. Lancet. 2016 Jul 9-15;388(10040):198-206. doi: 10.1016/S0140-6736(16)30781-4

11. Dixon TC, Stein E, Ngak S, Srean C, Maly P, Sokunny M, et al. Qualitative research and implementation science: Informing the acceptability and implementation of a trial of a conditional cash transfer intervention designed to reduce drug use and HIV risk. Methodol Innov. 2016 Mar 2; 9:1-10. doi:10.1177/2059799115622751

12. Eduardo Gotuzzo H. SIDA en el Perú: impacto de la Terapia Antiretroviral de Gran Actividad (TARGA). Rev Medica Hered. [Internet]. 2007 Oct/ Dic[Acceso 22 junio 2018];18(4):181-3. Disponible en: http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1018-130X2007000400001&lng=es.

13. Chen J, Li X, Xiong Y, Fennie KP, Wang H, Williams AB. Reducing the risk of HIV transmission among men who have sex with men: A feasibility study of the motivational interviewing counseling method: Reduce high-risk sexual behaviors. Nurs Health Sci. 2016 Jun 12; 18(3):400-7. doi: 10.1111/nhs.12287

14. Tang AM, Quick T, Chung M, Wanke CA. Nutrition Assessment, Counseling, and Support Interventions to Improve Health-Related Outcomes in People Living With HIV/AIDS: A Systematic Review of the Literature. JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr. 2015 Apr 15;68(0 3): S340-9. doi: 10.1097/QAI.0000000000000521

15. Meier ST DS. The Elements of Counseling. 8ht ed. Illinois: Waveland Press Inc; 2019.

16. Osoti AO, John-Stewart G, Kiarie J, Richardson B, Kinuthia J, Krakowiak D, et al. Home visits during pregnancy enhance male partner HIV counselling and testing in Kenya: a randomized clinical trial. AIDS. 2014 Jan 2;28(1):95-103. doi: 10.1097/QAD.0000000000000023

17. Carlo Hojilla J, Koester KA, Cohen SE, Buchbinder S, Ladzekpo D, Matheson T, et al. Sexual Behavior, Risk Compensation, and HIV Prevention Strategies Among Participants in the San Francisco PrEP Demonstration Project: A Qualitative Analysis of Counseling Notes. AIDS Behav. 2016 Jul;20(7):1461-9. doi: 10.1007/s10461-015-1055-5

18. Maduka O, Tobin-West CI. Adherence counseling and reminder text messages improve uptake of antiretroviral therapy in a tertiary hospital in Nigeria. Niger J Clin Pract. 2013 Jul-Sep;16(3):302-8. doi: 10.4103/1119-3077.113451

19. Kalichman SC, Kalichman MO, Cherry C, Swetzes C, Amaral CM, White D, et al. Brief behavioral self-regulation counseling for HIV treatment adherence delivered by cell phone: an initial test of concept trial. AIDS Patient Care STDs. 2011 May 4;25(5):303-10. doi: 10.1089/apc.2010.0367

20. Chung MH, Richardson BA, Tapia K, Benki-Nugent S, Kiarie JN, Simoni JM, et al. A randomized controlled trial comparing the effects of counseling and alarm device on HAART adherence and virologic outcomes. PLoS Med. 2011 Mar 1;8(3):e1000422. doi: 10.1371/journal.pmed.1000422

21. Kalichman SC, Katner H, Hill M, Kalichman MO, Hernandez D. Alcohol-Related Intentional Antiretroviral Nonadherence among People Living with HIV: Test of an Interactive Toxicity Beliefs Process Model. J Int Assoc Provid AIDS Care JIAPAC. 2019 Feb 20;18:1-9. doi: 10.1177/2325958219826612

22. Timothy N. Crawford PhD M, Lesley M. Harris PhD M, MD PP. Examining age as a moderating effect on the relationship between alcohol use and viral suppression among women living with HIV. Women Health. 2019 Jan 7;59(7):789-800. doi: 10.1080/03630242.2018.1553817

23. Santos V da F, Galvão MTG, Cunha GH da, Lima ICV de, Gir E. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. Acta Paul Enferm. Ene-Feb 2017;30(1):94-100. doi: 10.1590/1982-0194201700014

24. Ministerio de Salud. Norma Técnica de Salud de Atención Integral del Adulto con Infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) – Resolucion Ministerial – No 215-2018/Minsa – Poder Ejecutivo – Salud [Internet]. 2018 [Acceso 1 ago 2019]. Disponible en: https://cdn.www.gob.pe/uploads/document/file/187987/187482_R.M_215-2018-MINSA.PDF20180823-24725-6ni25d.PDF

25. Nabukeera-Barungi N, Elyanu P, Asire B, Katureebe C, Lukabwe I, Namusoke E, et al. Adherence to antiretroviral therapy and retention in care for adolescents living with HIV from 10 districts in Uganda. BMC Infect Dis. 2015 Nov 14;15:520. doi: 10.1186/s12879-015-1265-5

26. Musayón-Oblitas Y, Cárcamo C, Gimbel S. Counseling for improving adherence to antiretroviral treatment: a systematic review. AIDS Care. 2019;31(1):4-13. doi: 10.1080/09540121.2018.1533224

27. Kurth AE, Spielberg F, Cleland CM, Lambdin B, Bangsberg DR, Frick PA, et al. Computerized counseling reduces HIV-1 viral load and sexual transmission risk: findings from a randomized controlled trial. J Acquir Immune Defic Syndr. 2014 Apr 15;65(5):611-20. doi: 10.1097/QAI.0000000000000100

28. Zamanzadeh V, Ghahramanian A, Rassouli M, Abbaszadeh A, Alavi-Majd H, Nikanfar A-R. Design and Implementation Content Validity Study: Development of an instrument for measuring Patient-Centered Communication. J Caring Sci. 2015 Jun 1;4(2):165-78. doi: 10.15171/jcs.2015.017

29. Wang J-O, Li C-Y, Kao S, Yeh T-C, Arens JF, Ho S-T. Factors associated with Taiwan anesthesiologists' intention to leave anesthesia practice. J Formos Med Assoc. 2015 Jun;114(6):509-16. doi: 10.1016/j.jfma.2013.11.005

30. Thompson MA, Mugavero MJ, Amico KR, Cargill VA, Chang LW, Gross R, et al. Guidelines for Improving Entry Into and Retention in Care and Antiretroviral Adherence for Persons With HIV: Evidence-Based Recommendations From an International Association of Physicians in AIDS Care Panel. Ann Intern Med. 2012 Jun 5;156(11): 817-33, W-284, W-285, W-286, W-287, W-288, W-289, W-290, W-291, W-292, W-293, W-294. doi: 10.7326/0003-4819-156-11-201206050-00419

31. Wiryosutomo HW, Hanum F, Partini S. History of Development and Concept of Person-Centered Counseling in Cultural Diversity. Int J Educ Res Rev. 2019 Jan 1;4(1):56-64. doi: 10.24331/ijere.477347

32. Quinn A. A Person-Centered Approach to Multicultural Counseling Competence. J Humanist Psychol. abril de 2013;53(2):202-51. doi: 10.1177/0022167812458452

33. Andersen LS, Magidson JF, O'Cleirigh C, Remmert JE, Kagee A, Leaver M, et al. A pilot study of a nurse-delivered cognitive behavioral therapy intervention (Ziphamandla) for adherence and depression in HIV in South Africa. J Health Psychol. 2018 May;23(6):776-87. doi: 10.1177/1359105316643375

34. Tanner-Smith EE, Lipsey MW. Brief Alcohol Interventions for Adolescents and Young Adults: A Systematic Review and Meta-Analysis. J Subst Abuse Treat. 2015 Apr;51:1-18. doi: 10.1016/j.jsat.2014.09.001

35. Prochaska JO, Velicer WF. The transtheoretical model of health behavior change. Am J Health Promotion. 1997 Sep 1;12(1):38-48. doi: 10.4278/0890-1171-12.1.38

36. Chambers DA, Norton WE. The Adaptome: Advancing the Science of Intervention Adaptation. Am J Prev Med. 2016 Oct;51(4):S124-31. doi: 10.1016/j.amepre.2016.05.011

37. Rossi PH, Lipsey MW, Henry GT. Evaluation: A Systematic Approach. 8th ed. California: SAGE Publications; 2019.

38. Dang D, Dearholt SL. Johns Hopkins Nursing Evidence-Based Practice. 3rd ed. Indianapolis: Sigma Theta Tau; 2018.

Recibido: 08.01.2019
Aceptado: 16.09.2019

Autor correspondiente:
Flor Yesenia Musayón Oblitas
E-mail: yesenia.musayon@upch.pe
https://orcid.org/0000-0002-0895-4605

Copyright © 2020 Revista Latino-Americana de Enfermagem
Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.
Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.