

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA

CARRERA DE ENFERMERÍA

*Tesis para optar por el grado académico de
Licenciatura en Enfermería*

**“PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES
CON VIH/SIDA SOBRE EL TIPO DE
TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL
RECIBIDO EN RELACIÓN CON LOS
CAMBIOS EN LA COMBINACIÓN DEL
ESQUEMA FARMACOLÓGICO,
HOGAR DE LA ESPERANZA,
SETIEMBRE- DICIEMBRE 2018”**

**BORBÓN AVENDAÑO KIMBERLY
PAOLA**

2018

TABLA DE CONTENIDOS

RESUMEN.....	vii
CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN	11
1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA.....	2
1.1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	2
1.1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA.....	11
1.1.3. JUSTIFICACIÓN.....	11
1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	14
1.3.1. OBJETIVO GENERAL.....	14
1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	14
1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES	15
1.4.1. ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN.....	15
1.4.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN	15
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO.....	16
2.1 PERCEPCIÓN	17
2.1.1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD.....	17
2.2. VIH/SIDA.....	18
2.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD VIH/SIDA.....	19
2.4. CICLO DE VIDA DEL VIH	20
2.5. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD VIH/SIDA	21
2.6. CRITERIOS PARA INICIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL	22
2.7. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV).....	23

2.7.1. EPZICOM (LAMIVUDINA + ABACAVIR)	24
2.7.1.1. EPZICOM	24
2.7.1.2. LAMIVUDINA (3TC).....	25
2.7.1.3. ABACAVIR (ABC).....	26
2.7.2. ATRIPLA (EMTRICITABINA+ TENOFOVIR DISOPROXIL + EFAVIRENZ).....	27
2.7.2.1. ATRIPLA.....	27
2.7.2.2. EMTRICITABINA (FTC)	28
2.7.2.3. TENOFOVIR (DESOPROXIL FUMARATO) (TDF).....	30
2.7.2.4. EFAVIRENZ (EFV).....	31
2.7.3. STRIBILD (ELVITEGRAVIR + COBICISTAT + EMTRICITABINA + TENOFOVIR ALAFENAMIDA)	33
2.7.3.1. STRIBILD.....	33
2.7.3.2. ELVITEGRAVIR (EVG)	34
2.7.3.3. COBICISTAT (COBI).....	35
2.7.3.4. EMTRICITABINA (FTC)	37
2.7.3.5. TENOFOVIR ALAFENAMIDA (TAF)	37
2.7.4.1. KALETRA	39
2.7.4.1. LOPINAVIR (LPV).....	39
2.7.4.2. RITONAVIR (RTV).....	41
2.7.5. RALTEGRAVIR (RAL).....	43

2.7.6. DOLUTEGRAVIR (DTG)	44
2.7.7. DARUNAVIR (DRV)	45
2.7.8. ZIDOVUDINA (AZT).....	46
2.8. TIPOS DE ESQUEMAS ANTIRREROVIRALES	48
2.8.1. TERAPIA DE RESCATE.....	49
2.9. ASPECTOS QUE INTERVIENEN EN LA MODIFICACIÓN DEL TARV	49
2.10. ASPECTOS QUE INTERVIENEN EN LA NO ADHERENCIA DE LA TARV	52
2.11. IMPLICACIONES EMOCIONALES Y SOCIALES DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA.....	53
2.12. EFECTOS DE ABANDONO DEL TARV	54
2.13. CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL.....	55
2.13.1. MODELOS Y TEORÍA DE ENFERMERÍA	55
2.13.2. WIENER Y DODD: TEORÍA DE LA TRAYECTORIA DE LA ENFERMEDAD	55
CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO	62
3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN	63
3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN	63
3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS OBJETOS DE ESTUDIO.....	63
3.3.1. POBLACIÓN.....	63
3.3.2. MUESTRA	64
3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN.....	64

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN..	64
3.4.1 VALIDEZ DEL CUESTIONARIO Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO	64
3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	65
3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES	65
3.7. PLAN PILOTO	69
CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	71
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS...	111
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	132
6.1. CONCLUSIONES	133
6.2. RECOMENDACIONES	135
GLOSARIO DE ABREVIATURAS	150
ANEXOS.....	152

Tabla de figuras

Figura 1: Trayectoria de la enfermedad: estados de incertidumbre.....	153
Figura 2: Trabajo de disminucion de la incertidumbre	154

RESUMEN

Introducción: el VIH infecta las células del sistema inmunitario (células CD4), lo que provoca una alteración o una anulación de su función, creando una inmunosupresión. El SIDA es la presencia de algunas infecciones oportunistas o cánceres relacionados con el VIH. El TARV es un componente esencial para la población con VIH/SIDA, ya que permite la supervivencia, la calidad de vida y la reducción de su transmisibilidad, es por ello la importancia de una rigurosa adherencia a estos fármacos. **Objetivo general:** determinar la percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido en relación con los cambios de la combinación del esquema farmacológico, Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018. **Metodología:** esta investigación es de tipo cualitativa. Se realiza una entrevista presencial y guiada; en una población hombres y mujeres entre los 26 y los 55 años, diagnosticados con VIH/SIDA, y que haya sido modificado su tratamiento antirretroviral los últimos 18 meses, en el Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018. **Resultados:** se observa que hay una mayor tendencia de diagnóstico en el sexo masculino, siendo el promedio de edades de los entrevistados 41,2 años, los cuales residen principalmente en San José. Con respecto a los efectos adversos relacionados con el consumo del esquema anterior, la mayoría de las personas manifestaron presentar náuseas, anemia y úlceras estomacales. A nivel emocional, la mayoría de los entrevistados manifestaron percibir depresión, pesadillas y ansiedad, esto principalmente relacionado con el consumo del Efavirenz. A diferencia del consumo del TARV actual, la minoría de los entrevistados manifestaron percibir leves efectos a nivel físico como náuseas y falta de apetito y a nivel emocional un mínimo porcentaje de personas manifestó percibir algún efecto, sin embargo, este no se demostró que fuera por causa del TARV. **Discusión:** con

respecto al apoyo recibido por los familiares, la mayoría de los entrevistados refieren recibir poco o nulo apoyo, de igual forma, con respecto a la mitad de los entrevistados referentes al apoyo recibido por sus amistades. Esto podría afectar la adherencia al TARV, ya que, según lo explica Rizo, “en pacientes VIH+, el bajo apoyo social se ha asociado a una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico....” (1). En cuanto al abandono del TARV, la mitad de la población encuestada abandona o considera abandonar el tratamiento, dentro de las principales razones se encuentran: la depresión, el consumo de drogas, efectos adversos e indigencia; de los mencionados, la mayoría no percibían tener apoyo por parte de su familia o núcleo social más cercano. Solís, Hall y Rodríguez (2) mencionan que las principales causas de abandono de TARV son los aspectos psicológicos y cognitivos, las redes de apoyo y la pobreza extrema. **Conclusiones:** la percepción de los residentes respecto al cambio de esquema farmacológico anterior es positiva, ya que esta es notablemente aceptada, debido a la simplificación del esquema y la considerable eliminación de los efectos adversos negativos que se presentaban en el esquema anterior, lo cual entusiasma al usuario para mantener la adherencia al nuevo TARV.

Palabras clave:

VIH/SIDA, tratamiento antirretroviral (TARV), adherencia farmacológica, resistencia farmacológica, percepción.

Summary

Introduction: HIV is responsible for infecting the cells of the immune system (CD4 cells), causing an alteration or cancellation of its function; creating an immunosuppression. AIDS is the presence of some opportunistic infections or cancers related to HIV. ART is an essential component for the population with HIV / AIDS since it allows survival, quality of life and reduction of its transmissibility, that is why the importance of a rigorous adherence to these drugs. **General Objective:** To determine the perception of users with HIV / AIDS about the type of antiretroviral treatment received in relation to changes in the combination of the pharmacological scheme, Hogar de la Esperanza, September- December 2018. **Methodology:** this research is of a qualitative nature. A face-to-face and guided interview is conducted; in a population of men or women between the ages of 26 and 55, diagnosed with HIV / AIDS, and that their antiretroviral treatment has been modified in the last 18 months, at Hogar de la Esperanza, September-December 2018. **Results:** it was observed that there is a greater tendency of diagnosis in the masculine sex, being the average age of the interviewed ones 41.2 years, which resides mainly in San Jose. With respect to the adverse effects related to the consumption of the previous scheme, most people reported nausea, anemia and stomach ulcers. On an emotional level, most of the interviewees reported feeling depression, nightmares and anxiety, mainly related to the consumption of Efavirenz. Unlike the current consumption ARVT most respondents expressed perceive physically mild effects such as nausea and lack of appetite; and at the emotional level a minimum percentage of people said they perceived some effect; however this was not shown to be due to ARVT. **Discussion:** with respect to the support received by

the relatives most of the interviewees report receiving little or no support, similarly with respect to half of the interviewees regarding the support received by their friends. This could affect adherence to ARVT, as Rizo explains “in HIV⁺ patients, low social support has been associated with worse perceived health, more pain, worse physical functioning ...” (67). Regarding the abandonment of ARVT: half of the surveyed population abandoned or considered abandoning treatment, among the main reasons are: depression, drug use, adverse effects and indigence; of those mentioned, most did not perceive having support from their family or closest social nucleus. Solís, Hall and Rodríguez (2) mention that the main causes of ART abandonment are psychological and cognitive aspects, support networks and extreme poverty. **Conclusions:** the perception of the users regarding the change of previous pharmacological scheme was positive since it was remarkably accepted due to the simplification of the scheme and the considerable elimination of the negative adverse effects that appeared in the previous scheme, which excites the user to maintain adherence to the new ARVT.

Keywords:

HIV/AIDS, antiretroviral treatment (ARVT), pharmacological adherence, pharmacological resistance, perception.

CAPÍTULO I: PROBLEMA DE INVESTIGACIÓN

1.1 PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

1.1.1.1 ANTECEDENTES INTERNACIONALES

La enfermedad del VIH/SIDA es una epidemia mundial que se vive en la actualidad, la cual aumenta desproporcionalmente con los años. El uso y abuso de drogas, la prostitución, la abstinencia al uso del condón y la pobreza son algunos aspectos que predisponen a la población al contagio de esta infección. Los profesionales de la salud juegan un papel importante para disminuir las cifras de incidencia, principalmente mediante la educación a las personas acerca de aspectos básicos de la enfermedad. Este último es un recurso gratuito al alcance de la población en general, el cual podría salvar miles de vidas.

El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) (3), en el 2006, habla sobre la 156 directrices internacionales y menciona lo siguiente:

“...son resultado de diversas peticiones en vista de la necesidad de que los gobiernos y otros dispusieran de orientación sobre la mejor forma de promover, proteger y respetar los derechos humanos en el contexto de la epidemia de VIH.”

Asimismo, explica que los gobiernos podrían beneficiarse de estas directrices, debido a que describen cómo aplicar las normas de derechos humanos en la esfera del VIH/SIDA e indican cuáles son las medidas concretas y específicas que deben adoptarse en temas de legislación y en el ámbito práctico.

Bonilla y Vilcapoma (4), en el 2013, en su investigación titulada como “Características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en

terapia antirretroviral de gran actividad en un hospital peruano”, cuyo objetivo es “describir las características epidemiológicas, clínicas e inmunoserológicas de los pacientes en Tratamiento Antirretroviral de Gran Alcance (TARGA), de la Red Asistencial de EsSalud de Ica, en el año 2012”, expresan que, de acuerdo con los resultados, la proporción hombre/mujer es de 2/1 y predominó el grupo de heterosexuales.

Asimismo, dicha investigación arrojó que el 74,60 % inició tratamiento en estadio sida, con una media de cúmulo de diferenciación 4 (CD4) de 96,15 cél/mL, el tiempo promedio de inicio de tratamiento antirretroviral de gran actividad (TARGA) es de 6.5 meses a partir del diagnóstico, además, se evidenció una frecuencia de 75,36 % de efectos adversos al TARGA y una asociación significativa de estos al consumo de Efavirenz; 53,62 % de cambió de esquema y 63,77 % lo interrumpió.

La ONUSIDA (5), en el 2017, explica que nueva terapia antirretroviral de alta calidad se iniciará a precio reducido en Sudáfrica, Kenya y en 90 países de bajo y mediano ingreso, el cual consta de una sola pastilla y que contiene el antirretroviral Dolutegravir (DTG). Este será más accesible para la población de escasos recursos, debido a que su costo es de \$75 por persona, por año. Estos esfuerzos se realizan con el objetivo de alcanzar cubrir con el tratamiento a 36,7 millones de personas que viven con VIH/SIDA, ya que en el 2016 solo un poco más de la mitad (19,5 millones de personas) contaban con la medicación.

OPS/OMS México (6), en el 2017, menciona que la Organización Mundial de la Salud (OMS) alerta a los países sobre la creciente tendencia a la resistencia a los fármacos contra el VIH. El informe de la OMS muestra que en 6 de los 11 países encuestados en África, Asia y América Latina, más del 10 % de las personas que

comenzaron la TARV tenían una cepa resistente a algunos de los medicamentos más utilizados. Esto debido a que las personas no se adhieren al tratamiento prescrito, en su mayoría, porque no tienen un acceso constante a la medicación, ni atención de calidad.

La ONUSIDA (7), en el 2017, en la celebración del Día Mundial del SIDA, advierte que los hombres tienen menos probabilidades de acceder al tratamiento del VIH y son más propensos a morir de enfermedades relacionadas con el sida, esto debido a que ellos tienen menos expectativa de realizarse la prueba diagnóstica del VIH y acceder al tratamiento retroviral.

Según esta organización, menos de la mitad de los hombres recibe el tratamiento en comparación de las mujeres, del cual 60 % acceden a él. Asimismo, el estudio arroja que los hombres son más anuentes a recibir el tratamiento tarde, interrumpirlo y ser inaccesible a la hora del seguimiento terapéutico.

Villacres, Ruiz y Ochoa (8), en el 2017, en su investigación titulada “Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital “Martin Icaza”, cuyo objetivo es “identificar factores que influyen en la no adherencia terapéutica con antiretrovirales (ARV) en pacientes con VIH/SIDA y que desfavorecen el estado clínico y el pronóstico de los pacientes infectados.”, explican que dividieron a los estudiados en dos categorías: los adherentes y los no adherentes.

El resultado es que de los 85 usuarios estudiados, el 45 % pertenecen a la categoría de no adherentes, siendo el principal motivo falta de recursos económicos para

completar el tratamiento y acudir a controles médicos, nivel bajo de autoestima, maltrato físico y el 90 % de los mismos por discriminación.

Los autores Belmar y Stuardo (9), en el 2017, en su investigación titulada como “Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural” cuyo objetivo es “explorar y describir los aspectos socioculturales vinculados a la adherencia de mujeres al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA”, mencionan que existe diversos factores socioculturales que determinan el grado de adherencia al tratamiento, dentro de los principales se encuentran la satisfacción vital, el imaginario sobre el VIH, la disposición de sus redes frente al diagnóstico y la disponibilidad de información.

La Cámara de Farmacias Bonaerense (CAFABO) (10), en el 2017, menciona que según la ONUSIDA, Argentina junto con Cuba son los países líderes en cobertura de tratamiento contra el SIDA, siendo este último un ejemplo como país caribeño, para sus hermanos fronterizos. Argentina realizó arduos esfuerzos para mantener alto las estadísticas de cobertura para lograr cumplir con la meta 90-90-90 emitida por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA).

La OMS (11), en el 2018, menciona que el 54 % de los adultos y el 43 % de los niños infectados están en tratamiento antirretrovírico (TAR) de por vida, asimismo, la cobertura mundial del TAR para las mujeres infectadas que están embarazadas o en periodo de lactancia es del 76 %. A finales de 2016, había aproximadamente 36,7 millones de personas infectadas por el VIH en el mundo, sin embargo, para mediados del 2017 solo 20,9 millones de personas infectadas por el VIH estaban en programas de TAR. Finalmente, la OMS mencionó lo siguiente:

“...Entre 2000 y 2016, el número de nuevas infecciones por el VIH se redujo en un 39 % y las defunciones asociadas al virus disminuyeron en una tercera parte. Ello significa que se salvaron 13,1 millones de vidas gracias al TAR en ese periodo.”.

(11).

Con esto, se puede evidenciar que el consumo riguroso del esquema antirretroviral logra incrementar la esperanza de vida de los usuarios y reducir la incidencia de esta enfermedad.

Los autores Fernández, López y Merino (12), en el 2018, en su investigación “Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores”, cuyo objetivo era “analizar la adherencia al tratamiento antirretroviral en un grupo de adultos mayores en un hospital de Chile, en consideración del Modelo de Promoción de la Salud”, expresan que el 94 % de la población evaluada tuvo apego al tratamiento, y se reflejó que la principal causa de la inherecia al mismo se relaciona a los efectos adversos y los sentimientos negativos ante los fármacos.

La ONUSIDA (13), en el 2019, menciona en su reporte lo siguiente acerca del TARV los siguiente:

“...el tratamiento del VIH es sumamente efectivo para reducir la transmisión del VIH, ahora hay evidencias contundentes de que las personas que viven con el VIH con una carga viral indetectable no pueden transmitir el VIH mediante el intercambio sexual.”. (13).

Lo anterior evidencia que este tratamiento podría erradicar la epidemia mundial del VIH/SIDA que se vive actualmente, siempre y cuando se consuma el tratamiento estrictamente según la indicación médica.

1.1.1.2. ANTECEDENTES NACIONALES

En Costa Rica, la enfermedad de VIH/SIDA es un tema que afecta a la población en general, sin restricción de la edad, sexo y condición socioeconómica. Por ello, es importante una adecuada educación por parte de los profesionales de la salud que permita a los individuos identificar posibles conductas de riesgo, métodos de prevención de la enfermedad y consecuencias de estar infectado con el virus, como pueden ser: el estigma social, el contagio de enfermedades oportunistas, la toma estricta de antirretrovirales de manera crónica e, inclusive, la muerte.

León (1) realiza una tesis titulada “El impacto del Efavirenz en la sintomatología depresiva de pacientes VIH positivos que fueron atendidos en la consulta externa del Hospital México durante el período del 1º de enero 2010 al 31 de diciembre 2010”, cuyo objetivo es correlacionar el uso de Efavirenz con la manifestación de síntomas depresivos en pacientes seropositivos que recién inician una terapia antirretroviral (14).

León (1) menciona que, al finalizar la investigación, los resultados obtenidos no permiten concluir con claridad que la depresión aumenta con el inicio del Efavirenz. Sin embargo, se demostró que los altos índices de depresión en esta población pueden impactar negativamente la capacidad de adherencia al esquema antirretroviral.

Solís, Hall y Rodríguez en el III Congreso Nacional de Atención Farmacéutica. (2011), realizado en Costa Rica, presentaron una investigación denominada “Determinación del éxito terapéutico en las personas VIH/SIDA que iniciaron el tratamiento antirretroviral de primera línea que ofrece la CCSS durante el año 2011, en el Hospital San Juan de Dios” (2).

El objetivo de esta investigación es “determinar la frecuencia de éxito terapéutico en términos virológicos e inmunológicos, y las principales causas del abandono terapéutico, de la población en estudio, con la finalidad de propiciar recomendaciones que mejoren la salud de las personas” (2). La investigación arrojó que la principal causa de abandono de TARV son los aspectos psicológicos y cognitivos, en segundo lugar, las redes de apoyo y, en tercer lugar, la pobreza extrema.

Llorca y Gamboa (15), en el 2014, en su investigación sobre “Medición del Gasto de la Respuesta Nacional ante el VIH y sida 2014”, muestra en cuáles categorías de gasto se invierten más recursos y de dónde provienen estos, ya sea del sector público, privado o externo, arrojando los siguientes resultados:

“En cuanto a prevención un 61 % es financiado con fondos del sector público (\$6,31 millones) un 33 % del sector privado (\$ 3,43 millones) y el sector externo con un 6 %(\$569 mil). En atención y tratamiento un 99,57 % está financiado con fondos del sector público (\$31,16 millones). El resto de la atención y tratamiento por fondos del externo 0,3 % y el privado con el 0,07 %.”. (15).

Chinchilla y Corrales (16), en el 2014, decretan la Norma para la Atención Integral de personas con VIH/SIDA N° 38374-S, la cual establece criterios para la

prevención, diagnóstico, tratamiento, para la atención de personas con VIH y sida, el cual es obligatorio su cumplimiento en todo el personal de salud, tanto en servicios públicos como privados. Asimismo, el Ministerio de Salud de Costa Rica (16), en el 2016, refiere que la norma plantea:

“...la salud de la población es tanto un derecho humano fundamental, como un bien de interés público tutelado por el Estado; que es función del Estado a través de sus instituciones velar por la protección de la salud de la población...”(16).

Por lo cual, el país es el encargado principal de brindar las herramientas necesarias para combatir la enfermedad. Asimismo, esta institución explica que parte de las acciones de prevención, la promoción, indicación y accesibilidad de la prueba de las personas con VIH/SIDA son basadas en 3 pilares fundamentales: la educación, preservativos y tratamiento.

Llorca, Garita y Acuña (17), en el 2016, presentan el Plan Estratégico Nacional del VIH 2016-2021 (PEN), el cual consiste en acuerdos que el gobierno de Costa Rica ha adquirido y tiene responsabilidad de su cumplimiento. Dentro de estos, se incluyen la declaración de Desarrollo Sostenible y la Declaración Política, adoptada por los Estados Miembros de las Naciones Unidas, cuyo objetivo es poner fin al sida como amenaza para la salud pública para el año 2030, mediante el cumplimiento de la meta 90-90-90, eliminación del estigma y la discriminación relacionada al sida.

El Ministerio de Salud de Costa Rica (18), en el 2017, menciona que la mayor incidencia de casos con de VIH/SIDA se dan en la provincia de San José, con una tasa de 312,2 %; en segundo lugar, Heredia, con una tasa de 208,8 %; en tercer lugar Puntarenas, con un 187,6 %; en cuarto lugar Guanacaste, con una tasa de 157,2 %; en

quinto lugar Cartago, con una tasa de 153,3; en sexto lugar Alajuela, con una tasa de 136, 5 %; y en último lugar Limón, con una tasa de 134,9 % por cada 100.000 habitantes.

Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) (19), en el 2017, en Costa Rica la cantidad de adultos y niños que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es de 13 000, los adultos y niños recién infectados con VIH son 1100 habitantes, la incidencia del VIH por 1000 habitantes en adultos entre 15-49 años es de 0.40, las muertes en adultos y niños por SIDA son de <200, las personas que viven con el VIH que conocen su estado son 8200 o 66 %, la cobertura de adultos y niños recibiendo tratamiento antirretroviral (TAR) es de 54 % o 6745. Estos datos que alarman, debido a que no toda la población infectada consume el tratamiento antirretroviral, lo que incrementa el riesgo de que aumente la tasa de incidencia como la de mortalidad.

Fernández y Montero (20), en el 2017, indican que por primera vez en 3 años Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) simplifica tratamiento para pacientes con VIH/SIDA, lo cual beneficiará a 6088 portadores de esta enfermedad, reduciendo la toma de 8 o 6 pastillas a 1 o 2 diarias, según lo afirma Arias de la Dirección de Farmacoepidemiología de la institución. El objetivo de este cambio es que, al ingerir menos medicamentos, los usuarios cumplan con la dosificación a lo largo del tiempo y gestionen mejor su convivencia con esta enfermedad crónica.

El poder legislativo de Costa Rica (21), en el 2018, en el texto dictaminado en la sesión N° 9 del 19 de 3 del 2018 por la Comisión Permanente Especial de Derechos Humanos, menciona la reforma de Ley N° 7771, sobre la Ley General de VIH/SIDA, cuyo objetivo es:

“...regular todas las acciones del Estado costarricense en lo conducente a promover y garantizar una respuesta integral a la epidemia del VIH y sida en los ámbitos público y privado del país.” (21).

1.1.2. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

Los investigados son 10 personas portadoras de VIH/SIDA, los cuales residen en el Hogar de la Esperanza, institución ubicada en Paso Ancho Sur, en el barrio Vista Hermosa, cuyas edades rondan de los 23 a los 56 años. Son 9 hombres y 1 mujer.

1.1.3. JUSTIFICACIÓN

Este tema se propuso para evaluar la percepción que tienen los residentes con VIH/SIDA con respecto a la modificación de la combinación del esquema farmacológico. Lo anterior con el fin de identificar si este cambio puede alterar su adherencia al tratamiento antirretroviral y cómo el personal profesional de enfermería puede actuar sobre el usuario para que este mantenga el apego al tratamiento, el cual es indispensable para mantener en óptimas condiciones la salud del individuo infectado.

Esta investigación tendrá importantes aportes a la disciplina de enfermería, debido a que permite analizar con criterios más amplios y científicos a estas personas, tanto a nivel emocionales como psicológico. Aguilar, Gibert y Sánchez (21), en el 2016, mencionan que:

“...la Organización Mundial de la Salud (OMS), el Consejo Internacional de Enfermería (CIE) y la Organización Internacional del Trabajo (OIT), consideran que la enfermería debe contener una serie de conocimientos para que pueda realizar la misión que le corresponde dentro de los servicios de salud.

Estos profesionales tienen dentro de sus responsabilidades una amplia gama de funciones como cuidar y promover la salud, la prevención de las enfermedades y el cuidado de enfermos físicos, mentales e impedidos de todas las edades, entre otros. Es indispensable que entre el enfermero y el usuario se forme una relación de confianza, accesibilidad, confidencialidad y flexibilidad en todo momento, lo cual se puede lograr apoyando y guiando al mismo en todo su proceso de enfermedad.”. (22).

Con la investigación a realizar, se beneficiarán tanto los enfermos con VIH/SIDA como el equipo profesional de enfermería, ya que mediante el análisis de las vivencias de la población estudiada se podrá valorar cuáles aspectos influyen alrededor del tratamiento que consume el usuario y cómo este puede afectar en la adherencia. Conociendo estos aspectos, se podrá brindar un abordaje mayormente integral enfocado a disminuir los riesgos en los que se ven influenciada esta población cuando no se le brinda el soporte emocional y psicológico correspondiente.

Durante este proceso, el profesional de enfermería será capaz de ayudar a los individuos a aliviar su malestar físico y/o mental, asimismo, profundizará en los hábitos de vida, recursos personales y familiares del usuario, analizará sus conocimientos acerca de la enfermedad y sobre el grado de concienciación y confianza que tiene al iniciar su tratamiento. Cuando el enfermero reconoce los factores de riesgo de la no adherencia a los esquemas, se puede brindar una atención individualizada e integral mejorando la calidad de vida de los enfermos, propiciando la responsabilidad social e individual, logrando, de esta forma, la mejorar la eficacia durante la medicación (22).

El tema de esta investigación es motivado por el incremento en la incidencia de usuarios con VIH/SIDA, en donde las últimas estadísticas arrojadas por el Ministerio de Salud de Costa Rica (17), en el 2016, arrojan lo siguiente:

“Los nuevos casos detectados de infección por VIH se presentan básicamente en el sexo masculino (80,5 %) siendo la razón hombre/mujer para ese periodo de 4:1 (4 hombres por cada mujer). El grupo de edad más afectado es el de 20 a 49 años, aportando el 80,5 % de los casos del período.” (17).

Lo anterior en el periodo entre 2002-2015. Asimismo, otro factor alarmante mencionado también por este ministerio (5) es que se diagnosticaron 8124 casos de VIH (182,5/100.000 habitantes).

Por lo cual, se logra evidenciar el gran porcentaje de personas víctimas del VIH/SIDA, en donde los hombres presentan mayor incidencia en comparación con las mujeres, dato preocupante, debido a que, al incrementar el número de nuevos casos, existe un probable aumento en la tasa de mortalidad esto si la enfermedad no es tratada adecuadamente por el personal de salud, o bien si el usuario no logra adherirse rigurosamente a su tratamiento.

Es por ello que es indispensable que el personal de enfermería vele porque esta población mantenga un régimen estricto en el consumo de la medicación antirretroviral, debido a que no solo mejorará la calidad de vida del usuario manteniendo estables los niveles de CD4, sino que también permite conservar la carga viral a niveles casi imperceptibles, disminuyendo el riesgo de transmitir la enfermedad.

1.2 REDACCIÓN DEL PROBLEMA CENTRAL: PREGUNTA DE LA INVESTIGACIÓN

¿Cuál es la percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido en relación con los cambios en la combinación del esquema farmacológico, Hogar de la esperanza, setiembre- diciembre 2018?

1.3 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.3.1. OBJETIVO GENERAL

Determinar la percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido en relación con los cambios de la combinación del esquema farmacológico, Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018.

1.3.2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Caracterizar los aspectos sociodemográficos en los residentes con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018.
- Identificar la percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido, Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018.
- Identificar en los residentes con VIH/SIDA los cambios en la combinación del esquema farmacológico, Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018.
- Comparar la percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tratamiento recibido en la actualidad con respecto a la combinación del esquema farmacológico anterior, Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018.

1.4 ALCANCES Y LIMITACIONES

1.4.1. ALCANCES DE LA INVESTIGACIÓN

No hubo alcances en esta investigación.

1.4.2. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

Nula existencia de información física o digital acerca de los esquemas antirretrovirales utilizados por la CCSS.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 PERCEPCIÓN

Según la Real Academia Española (RAE) (23), el término percepción se puede definir de las siguientes 3 maneras:

- “Acción y efecto de percibir”
- “Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos”
- “Conocimiento, idea”

Explicando lo anterior es importante mencionar el concepto de percepción de la salud para tener una mejor comprensión sobre el mismo. De esta manera se explica a continuación dicho concepto.

2.1.1. PERCEPCIÓN DE LA SALUD

Los autores Medina, Barrientos, Díaz y Peña (24), en el 2009, mencionan acerca de la percepción de la salud lo siguiente:

“...es un predictor significativo de mortalidad, de actitudes hacia la muerte y de cumplimiento de tratamientos durante la enfermedad; cómo se observan las personas en bienestar físico actual, futuro y adaptación psicológica; por tanto, tiene un papel importante en la conducta promotora de salud.”. (24).

El Sistema de Salud de México (25), en el 2002, explica lo siguiente sobre la medición de la salud de la población estudiada:

“Una alternativa útil para la medición de la salud poblacional es la aplicación de encuestas en las cuales se pregunta a la población sobre su percepción del estado de salud en que se encuentran. Esta estrategia ha mostrado ser confiable y consistente y

puede proporcionar cifras que son representativas de diversos subgrupos de la sociedad.”. (25).

Asimismo, menciona que una ventaja adicional de esta es que ve la salud como un estado de bienestar integral y no solo se limita a detectar las alteraciones de tipo fisiológico o clínico (25).

2.2. VIH/SIDA

La OMS (25) explica que el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) es el encargado de infectar las células del sistema inmunitario, mejor conocidas como células CD4, provocando una alteración o una anulación de su función, creando una alteración en el dicho sistema, por consiguiente, una inmunosupresión. Esto provoca que el organismo sea incapaz de defenderse de infecciones y algunas enfermedades (26).

La OMS (26), además, define el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) como “...la presencia de alguna de las más de 20 infecciones oportunistas o de cánceres relacionados con el VIH” (26). Asimismo, la American Cancer Society (27), en el 2014, explica que el SIDA es causado por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH), siendo el primero la etapa más avanzada de la infección del VIH. El virus de inmunodeficiencia humana es el causante de que se desarrolle el síndrome eventualmente.

En el transcurso del desarrollo del VIH, el virus ataca y destruye el sistema inmunológico, también conocido como sistema inmunitario, lo cual provoca que un declive en el estado de este, poniendo en riesgo la salud del usuario de contraer infecciones que normalmente no afectan a una persona no portadora de esta

patología. Dichas infecciones son también conocidas infecciones oportunistas, debido a que se aprovechan de la vulnerabilidad inmunológica del usuario para su propagación dentro del organismo (27).

El VIH daña y elimina las células CD4, también llamadas linfocitos-T colaboradores; los cuales son un tipo de glóbulo blanco, encargados de reconocer y combatir agentes patógenos del organismo. En etapas avanzadas del VIH, la pérdida de esta célula es tan significativa que debilita completamente el sistema inmunológico del usuario, exponiéndolo potencialmente a una infección oportunista; a algún tipo de cáncer como linfoma, sarcoma de Kaposi y cáncer de cuello uterino; u otros trastornos propios de esta enfermedad (27).

Cuando una persona es contagiada de VIH, suele durar un periodo hasta de 10 años para que el afectado desarrolle sida, esto si no ha recibido tratamiento, sin embargo, en algunos casos este tiempo se puede ver disminuido (27). La American Cancer Society (26) señala, además, que:

“El CDC define sida como una prueba sanguínea positiva del VIH, junto con una de las siguientes condiciones: Un recuento CD4 menor a 200 células por milímetro cúbico de sangre ($200/\text{mm}^3$).” (27).

2.3. FISIOPATOLOGÍA DE LA ENFERMEDAD VIH/SIDA

Lamotte (28), en el 2014, indica que, en cuanto a la fisiopatología, el virus del VIH infecta las células con receptor CD4, en especial a los linfocitos CD4 y los monocitos-macrófagos, lo cual causa como consecuencia una depleción lenta y progresiva de estos linfocitos, debido a la replicación viral dentro de ellos. En este

momento, el organismo trata de reponer la mayoría de las células inmunológicas destruidas, pero nunca logra toda la cantidad que se destruyó.

Por otra parte, las manifestaciones clínicas empiezan a aparecer cuando la destrucción de los linfocitos es masiva y no se logra la reposición celular, de manera que lleva al agotamiento del sistema inmunológico, exponiendo al organismo a obtener infecciones oportunistas.

2.4. CICLO DE VIDA DEL VIH

International Association of Providers of Aids Care (29), en el 2013, menciona que el ciclo de vida del VIH es el siguiente:

1. El virus está libre en el organismo, buscando una célula donde ingresar.
2. Fusión y entrada: el virus se une a una molécula CD4 y a un tipo de “correceptor”, los cuales pueden ser de dos tipos CCR5 o CXCR4. Los receptores se encuentran en la superficie de la célula. Después de dicha unión, el virus y la célula se fusionan.
3. Penetración: el virus ingresa su material genético al interior de la célula.
4. Transcripción reversa: La enzima de transcriptasa reversa hace un “reflejo opuesto” de los hilos de ácido ribonucleico (ARN) virales para crear cadenas dobles de ácido desoxirribonucleico (ADN).
5. Integración: el ADN viral es insertado en el ADN celular por la enzima integrasa.
6. Transcripción: aquí la célula infectada se divide, codifica el ADN viral y se forman cadenas largas de proteínas.
7. Ensamble: grupos de cadenas combinadas de proteínas virales se juntan.

8. Brote: un virus inmaduro brota de la célula, trayendo consigo parte de la membrana celular. La enzima de proteasa empieza a procesar las proteínas en el virus inmaduro.
9. Maduración: la enzima de proteasa acaba de cortar las cadenas combinadas de proteína del VIH en proteínas individuales. Estas se combinan para formar el centro del virus un virus nuevo funcional.

2.5. DIAGNÓSTICO DE LA ENFERMEDAD VIH/SIDA

Vázquez (30), en el 2018, expresa que el diagnóstico de VIH/SIDA se realiza mediante las siguientes pruebas:

- a) Pruebas presuntivas o tamizaje: son exámenes de alta sensibilidad y son utilizados como primera opción en individuos en los que se sospecha que están infectado de VIH. Entre ellas están los ensayos inmunoenzimáticos, o bien llamada prueba enzyme-linked immunosorbent assay o ensayo por inmunoadsorción ligado a enzimas (ELIZA); la prueba de aglutinaciones y las llamadas pruebas rápidas. Estas pruebas de tamizaje son de alta confiabilidad, sin embargo, deben ser confirmadas con un segundo examen llamado prueba confirmatoria.
- b) Pruebas confirmatorias. Estos exámenes presentan buena sensibilidad y excelente especificidad. La más común es la inmunoelectrotransferencia, mejor conocida como Western Blot; no obstante, existe la inmunofluorescencia y la radioinmunoprecipitación que también son catalogadas como confirmatorias.

Además, el Diario Oficial La Gaceta N° 99 (31), en el 2014, menciona lo siguiente:

“Si hay discordancia diagnóstica entre la primera y segunda prueba se debe realizar una tercera prueba suplementaria que confirme el diagnóstico. Las pruebas diagnósticas utilizadas deben estar debidamente inscritas ante el Ministerio de Salud y su uso será exclusivo de laboratorios clínicos supervisados por un Microbiólogo Químico Clínico, inscrito en el Colegio profesional respectivo.”. (31).

Asimismo, Vázquez (29) menciona que también existen las pruebas suplementarias, las cuales consisten en exámenes de laboratorio cuyo objetivo es valorar la progresión de la enfermedad y el estado inmune del paciente, esto mediante el conteo de linfocitos CD4 y de carga viral.

2.6. CRITERIOS PARA INICIO DEL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL

El diario oficial La Gaceta N° 99 (31) explica que dentro de los criterios de iniciación de la TARV, se encuentran los siguientes:

a. Pacientes sintomáticos con infección crónica:

Se debe administrar el TARV a todo usuario con infección por VIH corroborada con las pruebas correspondientes, con sintomatología presente a causa de la enfermedad, en estadio B o C según la clasificación del Centro de Control de Infecciones de los EEUU (CDC), independientemente del conteo de linfocitos T (CD4+) o el nivel de carga viral (CV) que presente (31).

b. Pacientes asintomáticos con infección crónica:

Según La Gaceta (31), está indicado para usuarios infectados con VIH, pero asintomáticos se deben utilizar los siguientes criterios para iniciar el TARV:

- “Con niveles de CD4+ < 350 cels/mm³ se iniciará el tratamiento tan pronto como sea posible.”
- “Con valores de CD4+ 350-500 cels/mm³ se debe iniciar luego de realizar toda la valoración inicial de un caso nuevo y discutir con el paciente pros y contras de los antirretrovirales.”
- “Con niveles CD4+ >500 cels/mm³ se debe diferir.”

No obstante, se debe considerar el inicio de tratamiento en las siguientes situaciones: mujer embarazada independiente de conteo de linfocitos TCD4, carga viral > 100.000 copias/ml (2 CV consecutivas); descenso en el conteo de linfocitos T CD4+ \geq 100 células/mm³ en 1 año; edad mayor a 50 años; coinfección con virus hepatitis B (HBV) o virus hepatitis C (HCV) y neoplasias no definitivas. Además, se evaluarán individualmente cuando exista enfermedad cardiovascular, renal o hepática. (31)

2.7. TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL (TARV)

El TARV es un componente esencial para la población con VIH/SIDA, es por ello la importancia de su rigurosa administración y adherencia para lograr obtener los efectos terapéuticos esperados. Los beneficios están claramente establecidos, ya que permite la supervivencia, calidad de vida y reducción de su transmisibilidad. El Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (32), en el 2014, menciona que dentro de los objetivos del consumo de la TARV, se encuentran los siguientes:

- “Reducir de forma duradera la carga viral a niveles indetectables”
- “Restaurar y preservar la función inmune”

- “Prolongar la sobrevida”
- “Mejorar la calidad de vida evitando la ocurrencia de enfermedades oportunistas y otras morbilidades asociadas al VIH”
- “Prevenir la transmisión” (31).

La CCSS (33), en el 2018, en su lista oficial de medicamentos, menciona que los fármacos antivirales utilizados para el tratamiento de infecciones de VIH, son las siguientes combinaciones:

2.7.1. EPZICOM (LAMIVUDINA + ABACAVIR)

2.7.1.1. EPZICOM

Este es un compuesto el cual contiene dos fármacos llamados Abacavir (Ziagen) y Eпивir (lamivudina, 3TC), los ya mencionados son nucleósidos análogos de la transcriptasa inversa. Estos medicamentos bloquean la enzima transcriptasa inversa, en donde cambia el material genético (ARN) del VIH a ADN (34).

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es en tabletas de Abacavir 600 mg (como sulfato) con Lamivudina 300 mg y solución líquida de 10mg/mL en envase de 240 mL (35).

➤ Dosis del fármaco

La International Association of Providers of Aids Care (34), en el 2014, menciona que la dosis recomendada en adultos es de una tableta de Abacavir 600 mg con Lamivudina 300 mg al día.

2.7.1.2. LAMIVUDINA (3TC)

La guía farmacológica Vademecum (36), en el 2014, menciona que este fármaco es un análogo de nucleósidos sintético usado como un agente antiviral en el tratamiento infecciones VIH y el VPB.

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es en tabletas 150 mg y solución líquida de 10 mg/mL con sacarosa al 20 % en un envase de 240 mL (35).

➤ Dosis del fármaco

Se recomienda el uso de 300 mg diarios, ya sea una dosis completa o separado en 2 tomas (36).

➤ Mecanismo de acción del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (36), en el 2014, menciona que el mecanismo de acción de la Lamivudina es el siguiente:

“Se ha demostrado que inhibe tanto la transcriptasa inversa de tipo 1 y tipo 2 del VIH... La fosforilación intracelular de la Lamivudina produce el metabolito 5'-trifosfato (L-TP) in vitro. Este es el metabolito activo que inhibe la transcriptasa inversa y la síntesis de ADN viral. El 5-trifosfato de Lamivudina también inhibe la ADN-polimerasa celular.”. (36).

➤ Efectos adversos del fármaco

El Instituto Mexicano del Seguro Social (37), en el 2017, explica que los principales efectos adversos para la Lamivudina (3TC) son los siguientes:

- Cefalea, neuropatía periférica, parestesias, vértigo, insomnio y depresión.
- Náusea, diarrea, vómito, dolor abdominal, dispepsia y pancreatitis.
- Neutropenia, anemia y trombocitopenia
- Alopecia.
- Tos.

2.7.1.3. ABACAVIR (ABC)

El Comité de Medicamentos de la Asociación Española de pediatría (38), en el 2015, explica que este fármaco es un antirretroviral utilizado en usuarios que padecen VIH/SIDA, el cual se debe utilizar siempre combinado con 3 o más fármacos para complementar su acción terapéutica.

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es en tabletas de 300 mg (35).

➤ Dosis del fármaco

El Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría (38) menciona que, en el caso de los adultos, se recomienda el consumo de 300 mg de este fármaco cada 12 horas.

➤ Mecanismo de acción del fármaco

Teva Pharma (39), en el 2016, menciona que la Abacavir es un inhibidor selectivo potentes de la replicación del VIH-1 y del VIH-2 (LAV2 y EHO), de la misma forma que la lamivudina. Ambos se metabolizan secuencialmente por quinasas intracelulares a los respectivos 5'-trifosfato (TP), que son el grupo activo.

Lamivudina-TP y carbovir-TP (la forma trifosfato activa de abacavir) son sustratos e inhibidores competitivos de la transcriptasa inversa (TI) del VIH. Sin embargo, su actividad antiviral principal tiene lugar mediante incorporación de la forma monofosfato en la cadena del ADN viral, terminando la cadena.

➤ Efectos adversos del fármaco

El Instituto Mexicano del Seguro Social (37), en el 2017, explica que los principales efectos adversos para el Abacavir (ABC) son los siguientes:

- Cefalea.
- Malestar general.
- Fatiga muscular.
- Náuseas, diarrea, vómito y dolor abdominal.
- Fiebre.
- Exantema.

2.7.2. ATRIPLA (EMTRICITABINA+ TENOFOVIR DISOPROXIL + EFAVIRENZ)

2.7.2.1. ATRIPLA

La Atripla es un compuesto el cual contiene 3 fármacos: Efavirenz (Sustiva), Emtricitabina (Emtriva) y Tenofovir (Viread); el cual uno es un INNTR y dos nucleósidos análogos de la transcriptasa inversa. Estos medicamentos bloquean a la enzima transcriptasa reversa, la cual cambia el material genético ARN del VIH a ADN (40).

Soteras (41), en el 2014, menciona lo siguiente acerca de Moreno respecto al fármaco Atripla:

“La principal ventaja del nuevo tratamiento es...su perfil de efectos secundarios...una alternativa para determinado tipo de pacientes que no pueden tolerar los otros fármacos.”. (41).

Por consiguiente, se analiza que esta simplificación de tratamiento es altamente beneficiosa para la salud de los usuarios, debido a que no solo es 1 comprimido lo cual beneficia altamente la adherencia, sino que, además, por sus pocos efectos adversos es bien tolerado en dicha población.

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es en tabletas Efavirenz 600 mg, Emtricitabina 200 mg y Tenofovir disoproxil fumarato 300 mg (35).

➤ Dosis del fármaco

La International Association of Providers of Aids Care (40), en el 2014, menciona que la dosis recomendada en un adulto es de una tableta de Efavirenz 600 mg, Emtricitabina 200 mg y Tenofovir Disoproxil Fumarato 300 mg al día, asimismo, se aconseja tomarla con el estómago vacío y al dormir.

2.7.2.2. EMTRICITABINA (FTC)

La Emtricitabina es un fármaco análogo sintético del nucleósido citosin, el cual es utilizado como tratamiento contra el VIH/SIDA y el VHB (42).

➤ Presentación del fármaco

La presentación de este fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es en tabletas Efavirenz 600 mg, Emtricitabina 200 mg y Tenofovir disoproxil fumarato 300 mg (35).

➤ Dosis del fármaco

En Costa Rica, este fármaco es consumido en un comprimido (Atripla), el cual tiene adherido otros compuestos para complementar su acción terapéutica, por consiguiente, la dosis que se debe administrar va a depender de la indicación sobre el consumo de la Atripla (35).

➤ Mecanismo de acción del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (43), en el 2016, menciona lo siguiente a cerca del mecanismo de acción de la Emtricitabina:

“Análogo sintético de citidina con actividad específica sobre VIH-1, VIH-2 y VHB. Inhibe de forma competitiva la transcriptasa inversa de VIH-1, produciendo la interrupción de la cadena de ADN.” (43).

➤ Efectos adversos del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (43), en el 2016, expresa que dentro de los efectos adversos de la Emtricitabina (FTC), se encuentran los siguientes:

- Neutropenia.
- Reacción alérgica.
- Hipertrigliceridemia, hiperglucemia.

- Insomnio, pesadillas.
- Cefalea, mareos.
- Diarrea, náuseas, elevación de amilasa incluyendo elevación de amilasa pancreática y de lipasa sérica, vómitos, dolor abdominal, dispepsia; elevación de AST y ALT, hiperbilirrubinemia.
- Erupción vesiculobulosa, pustular y maculopapular, exantema, prurito, urticaria, discromía.
- Elevación de (creatina-cinasa) CK.
- Dolor, astenia.

2.7.2.3. TENOFOVIR (DESOPROXIL FUMARATO) (TDF)

La guía farmacológica Vademecum (44), en el 2015, menciona que tenofovir, también conocido como desoproxil fumarato, es un diéster del ácido fosfónico de un nucleósido acíclico análogo del monofosfato de adenosina. Asimismo, la Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica (ANMAT) menciona que:

“El Tenofovir Disoproxil Fumarato debe ser hidrolizado desde su forma inicial diéster a Tenofovir y seguidamente fosforilado por las enzimas celulares para formar el Tenofovir difosfato, que es realmente la molécula activa.”. (44).

Además de sus efectos positivos para combatir el VIH/SIDA, este compuesto es utilizado para el tratamiento del VHB.

➤ Presentación del fármaco del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es en tabletas de Tenofovir Fumarato 300 mg (35).

➤ Dosis del fármaco

La guía farmacológica Vademecum menciona que la dosis recomendada para adultos y adolescentes mayores de 12 años es de 300 mg una vez al día (44).

➤ Mecanismo de acción del fármaco

El Tenofovir inhibe la transcriptasa inversa del VIH-1 y la polimerasa del virus de la hepatitis B, al competir con el sustrato natural desoxiadenosina-5'-trifosfato en el sitio de unión, y se incorpora al ADN provocando la terminación de la cadena (44).

➤ Efectos adversos del fármaco

El Instituto Mexicano del Seguro Social (37), en el 2017, explica que los principales efectos adversos para el TDF son los siguientes:

- “Descenso del filtrado glomerular. Puede aumentar el riesgo de insuficiencia renal”
- “Puede producir hipofosfatemia por tubulopatía proximal renal y agravar un eventual déficit de vitamina D”
- “Disminución de la densidad mineral ósea, lo cual aumenta el riesgo de osteoporosis y fracturas osteoporóticas”
- “La sustitución de TDF por TAF disminuye marcadamente la toxicidad renal y ósea de Tenofovir” (36).

2.7.2.4. EFAVIRENZ (EFV)

Este fármaco es un inhibidor oral, no nucleósido de la transcriptasa inversa (NNRTI), el cual es utilizado como tratamiento contra el VIH, el mismo se recomienda utilice

en combinación con dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos (NRTI) (45).

➤ Presentación del fármaco

La presentación de este fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es en tabletas de 600 mg (35).

➤ Dosis del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (45), en el 2015, menciona que se recomienda el uso de este fármaco una tableta al día antes de dormir; asimismo enfatiza la importancia de no utilizar monoterapia con este compuesto, por el contrario se debe complementar con 2 Inhibidor de la transcriptasa reversa del no-nucleósido (NNRTI).

➤ Mecanismo de acción del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (45) menciona que el Efavirenz inhibe la transcriptasa inversa del VIH, y que a diferencia de los análogos de NRTI, el Efavirenz no compite con los nucleósidos trifosfato, además de no requerir de la fosforilación de ser activo. El Efavirenz se une directamente a un sitio en la transcriptasa inversa que está próximo pero distinto de donde se unen NRTI, provocando la interrupción de la unión al sitio activo de la enzima; bloqueando de este modo las actividades de las ADN polimerasas.

➤ Efectos adversos del fármaco

El Instituto Mexicano del Seguro Social (37), en el 2017, explica que los principales efectos adversos para el Efavirenz (EFV) son los siguientes:

- “Trastornos neuropsicológicos mantenidos, (aunque sean de bajo grado pueden resultar difíciles de tolerar a largo plazo)”
- “Incremento en las ideas de suicidio”
- “Mayor riesgo de deterioro neurocognitivo (controvertido)”
- “En cultivos neuronales induce neurotoxicidad”
- “Disminuye el nivel plasmático de 25-OH vitamina D, su significado clínico es desconocido”
- “Ginecomastia (controvertido)”
- “Teratogenicidad en modelos animales y podría evitarse en mujeres con otras opciones que deseen quedarse embarazadas” (36).

2.7.3. STRIBILD (ELVITEGRAVIR + COBICISTAT + EMTRICITABINA + TENOFOVIR ALAFENAMIDA)

2.7.3.1. STRIBILD

El Stribild es un compuesto el cual está formado por 4 fármacos Emtricitabina, Tenofovir y el Elvitegravir, los cuales son inhibidores de la integrasa, más un potenciador, el Cobicistat.

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es en tabletas de Elvitegravir 150 mg, Cobicistat 150 mg, Emtricitabina 200 mg y Tenofovir Alafenamida 10 mg (35).

➤ Dosis del fármaco

P.R Vademecum (44), en el 2016, menciona que se recomienda el consumo de una tableta de Elvitegravir 150 mg, Cobicistat 150 mg, Emtricitabina 200 mg y Tenofovir Alafenamida 10 mg una vez al día.

2.7.3.2. ELVITEGRAVIR (EVG)

Este es un fármaco antiretroviral utilizado para el tratamiento de VIH. Es un inhibidor de la integrasa (46), para que la acción terapéutica sea efectiva debe ser indicada en combinación con otros antirretrovirales, debido a que por sí sola no es capaz de combatir el VIH.

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional para el tratamiento del VIH/SIDA es en tabletas de Elvitegravir 150 mg, Cobicistat 150 mg, Emtricitabina 200 mg y Tenofovir Alafenamida 10 mg (35).

➤ Dosis del fármaco

En Costa Rica, este fármaco, es consumido en un comprimido (Stribild) el cual tiene adherido otros compuestos para complementar su acción terapéutica, por consiguiente la dosis que se debe administrar va a depender de la indicación sobre el consumo de la Stribild (35).

➤ Mecanismo de acción del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (47), en el 2018 menciona lo siguiente acerca del mecanismo de acción del Elvitegravir:

“...es un inhibidor de la transferencia de las hebras de la integrasa del VIH-1. La integrasa es una enzima codificada por el VIH-1 necesaria para la replicación viral. La inhibición de la integrasa impide la integración del ADN del VIH-1 en el ADN genómico del huésped, con el consiguiente bloqueo de la formación de provirus del VIH-1 y de la propagación de la infección viral.”. (47).

Cuando el VIH infecta una célula, integra su código genético en el código genético de la célula. Cuando Elvitegravir bloquea la integración, el VIH infecta a la célula pero no puede hacer copias de sí mismo (46).

➤ Efectos adversos del fármaco

Según International Association of Providers of AIDS Care (46), en el 2014, en la mayoría de los casos este fármaco tiene buena tolerancia en los usuarios, sin embargo si llegara a presentarse algún efecto secundario sería diarrea, náuseas, erupciones y dolores de cabeza.

2.7.3.3. COBICISTAT (COBI)

Este es un importante potenciador farmacológico de atazanavir, utilizado en conjunto con otros antivirales como tratamiento contra el virus de inmunodeficiencia humana (48).

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es en tabletas de Elvitegravir 150 mg, Cobicistat 150 mg, Emtricitabina 200 mg y Tenofovir Alafenamida 10 mg (48).

➤ Dosis del fármaco

En Costa Rica, este fármaco es consumido en un comprimido (Stribild) del cual tiene adherido Elvitegravir 150 mg, Cobicistat 150 mg, Emtricitabina 200 mg y Tenofovir Alafenamida 10 mg para complementar su acción terapéutica, por consiguiente, la dosis que se debe administrar va a depender de la indicación sobre el consumo de la Stribild (35).

➤ Mecanismo de acción del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (48), en el 2017, menciona lo siguiente a cerca del mecanismo de acción del Cobicistat:

“...es un inhibidor selectivo, basado en el mecanismo de los citocromos P450 de la subfamilia CYP3A. La inhibición del metabolismo mediado por CYP3A por acción de Cobicistat potencia la exposición sistémica de los sustratos del CYP3A, como atazanavir, cuya biodisponibilidad es limitada y su semivida corta debido al metabolismo dependiente del CYP3.” (35).

➤ Efectos adversos del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (49), en el 2018, indica que los efectos adversos para el Cobicistat son los siguientes:

- Hiperglucemia, aumento del apetito.
- Insomnio, sueños anómalos.
- Cefalea, mareos, somnolencia, disgeusia.
- Ictericia ocular.
- Náuseas, vómitos, diarrea, dispepsia, dolor y distensión abdominal.

- Flatulencias, sequedad de boca.
- Ictericia, hiperbilirrubinemia.
- Exantema.
- Fatiga.

2.7.3.4. EMTRICITABINA (FTC)

(Ver información sobre este fármaco en página N° 32)

2.7.3.5. TENOFOVIR ALAFENAMIDA (TAF)

Este es un fármaco que pertenece a un grupo de medicamentos, los cuales se consumen juntos para tratar la enfermedad del VIH. Este es un inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de los nucleósidos (ITIN). Se puede utilizar solo para tratar los casos crónicos de la infección por el VHB (50).

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es en tabletas de Elvitegravir 150 mg, Cobicistat 150 mg, Emtricitabina 200 mg y Tenofovir Alafenamida 10 mg (51).

➤ Dosis del fármaco

En Costa Rica, este fármaco, es consumido en un comprimido (Stribild), el cual tiene adherido otros compuestos para complementar su acción terapéutica, por consiguiente la dosis que se debe administrar va a depender de la indicación sobre el consumo de la Stribild (35).

➤ Mecanismo de acción del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (51), en el 2017, menciona que el mecanismo de acción del Tenofovir Alafenamida es el siguiente:

“...es un inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de nucleótidos (ITIAN) y un profármaco fosfonoamidato de Tenofovir (análogo de 2'-desoxiadenosina monofosfato). Tenofovir Alafenamida es permeable en las células y, debido a su mayor estabilidad plasmática y activación intracelular mediante hidrólisis por la catepsina.”. (51).

Asimismo, este fármaco a nivel intracelular es fosforilado al metabolito Tenofovir difosfato. Este último inhibe la replicación del VIH mediante su incorporación en el ADN viral por la transcriptasa inversa del VIH, lo que produce la interrupción de la cadena de ADN. Tenofovir muestra actividad frente al VIH-1, el VIH-2 y el VHB.(35)

➤ Efectos adversos del fármaco

El efecto adverso más frecuentes es el dolor de cabeza, asimismo, pueden presentarse otros efectos como lo son diarrea, vómitos, náuseas, mareo, dolor de estómago, artralgia, erupción en la piel, picor, sensación de hinchazón, flatulencias, sensación de cansancio, además aumento del nivel de una enzima hepática Alanina aminotransferasa (ALT) en la sangre (52).2.7.4. KALETRA (LOPINAVIR + RITONAVIR)

2.7.4.1. KALETRA

Combinación de los medicamentos Ritonavir y Lopinavir. Se usa para tratar la infección por el VIH. También, está en estudio para el tratamiento de otros tipos de cáncer (53).

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es de tabletas de Lopinavir 200 mg con Ritonavir 50 mg, y solución líquida oral Lopinavir 80mg/mL con Ritonavir 20mg/mL. Frasco de 160 mL (54).

➤ Dosis del fármaco

La guía farmacológica Vademecum, en el 2017, expresa que en cuanto a la presentación de tabletas se recomienda 400/100 mg, 2 veces/día. Régimen 1 vez/día (800/200 mg). En el caso de suspensión líquida oral se recomienda 400/100 mg, 2 veces/día. Esta se debe ingerir con los alimentos (35).

2.7.4.1. LOPINAVIR (LPV)

Este fármaco es utilizado contra el tratamiento del VIH. Se administra junto con ritonavir, debido a que este último es un potenciador (booster) de la farmacocinética de lopinavir (55).

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es de tabletas de Lopinavir 200 mg con Ritonavir 50 mg, y solución líquida oral Lopinavir 80mg/mL con Ritonavir 20mg/mL. Frasco de 160 mL. (55)

➤ Dosis del fármaco

En Costa Rica, este fármaco, es consumido en un comprimido y suspensión (Kaletra), el cual tiene adherido otros compuestos para complementar su acción terapéutica, por consiguiente la dosis que se debe administrar va a depender de la indicación sobre el consumo de la Kaletra (35).

➤ Mecanismo de acción del fármaco

El Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría (55), en el 2015, menciona lo siguiente, al respecto del mecanismo de acción del lopinavir:

“El lopinavir, un inhibidor de la proteasa del VIH-1, impide la escisión de la poliproteína Gag-Pol, lo que resulta en la producción de partículas virales inmaduras, no infecciosas.”. (55).

➤ Efectos adversos del fármaco

Debido a que este fármaco se utiliza exclusivamente en combinación con ritonavir, los efectos adversos se explican en combinación del compuesto, por lo cual la guía farmacológica Vademecum (56), en el 2015, los menciona de la siguiente manera:

- Infección de tracto respiratorio superior e inferior.
- Infecciones de la piel (celulitis, foliculitis y forúnculo).
- Anemia, leucopenia, neutropenia, linfadenopatía.
- hipersensibilidad (urticaria y angioedema).
- diabetes mellitus, hipertrigliceridemia, hipercolesterolemia, pérdida peso, disminución apetito.
- Ansiedad.

- Cefalea, neuropatía, mareos, insomnio.
- Hipertensión.
- Diarrea, náuseas, pancreatitis, vómitos, reflujo gastroesofágico, gastroenteritis y colitis, dolor abdominal (superior e inferior), distensión abdominal, dispepsia, hemorroides, flatulencia.
- Hepatitis, incluyendo aumento de aspartato aminotransferasa (AST), Alanina aminotransferasa (ALT) y gamma-glutamil transferasa (GGT).
- Erupción maculopapular, dermatitis/exantema incluyendo eczema y dermatitis seborreica, sudoración nocturna, prurito.
- Mialgia, artralgia y dolor de espalda, debilidad y espasmos musculares.
- Disfunción eréctil, alteraciones menstruales, amenorrea, menorragia.
- Fatiga incluyendo astenia.

2.7.4.2. RITONAVIR (RTV)

Este fármaco es un inhibidor de la proteasa utilizado para el tratamiento de la infección por VIH. En la actualidad las directrices del CDC recomiendan que el compuesto sea utilizado en combinación con dos inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos para el tratamiento de la infección por el VIH (35).

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es de tabletas de Ritonavir de 100 mg, recubiertas (57).

➤ Dosis del fármaco

La guía farmacológica Vademecum, en el 2012, menciona que las guías prácticas clínicas recomiendan el consumo de 600 mg de Ritonavir por vía oral dos veces al día en combinación con dos inhibidores nucleósidos de la transcriptasa inversa (57).

➤ Mecanismo de acción del fármaco

Este compuesto es un inhibidor competitivo de la proteasa del VIH, la cual es una enzima implicada en la replicación del VIH. Durante las últimas etapas del ciclo de crecimiento del VIH, los productos de los genes gag y gag-pol se traducen primero en poliproteínas y se convierten en partículas víricas inmaduras; por lo tanto, la proteasa es la responsable de la escisión de estas moléculas precursoras para producir las proteínas estructurales finales de un virión maduro y para activar la transcriptasa inversa para un nuevo ciclo de infección (57).

Por consiguiente, guía farmacológica Vademecum explica:

“...la proteasa es necesaria para la producción de viriones maduros. Debido a que los inhibidores de la proteasa del VIH inhiben el ciclo de replicación del virus después de la traducción y antes del montaje, los virus son activos en las células aguda y crónicamente infectadas, así como en las células que normalmente no son afectados por los inhibidores didesoxinucleósidos de la transcriptasa...”. (33).

➤ Efectos adversos del fármaco

El Instituto Mexicano del Seguro Social (37), en el 2017, explica que los principales efectos adversos para el Ritonavir (RTV) son los siguientes: astenia, cefalea, dolor

abdominal, anorexia, diarrea, náusea, vómito, hipotensión, parestesias, rash y disgeusia.

Asimismo, la CCSS (35) menciona que existen otros antivirales que pueden ser utilizados para el tratamiento de esta enfermedad como lo son:

2.7.5. RALTEGRAVIR (RAL)

Este es un inhibidor de la actividad catalítica de la integrasa, una enzima codificada por el VIH y necesaria para la replicación viral. Este fármaco es utilizado para el tratamiento del VIH en personas mayores de 16 años.

➤ Presentación del fármaco

La presentación de este fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es Tabletas Raltegravir 434,4 mg (como Raltegravir Potásico) equivalente a 400 mg de Raltegravir libre de fenol (58).

➤ Dosis del fármaco

La guía farmacológica Vademecum, en el 2012, menciona que la dosis recomendada de Raltegravir es de 400 mg dos veces al día con o sin alimentos (58).

➤ Mecanismo de acción del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (34) menciona lo siguiente acerca del mecanismo de acción del Raltegravir:

“es un inhibidor de la integrasa, activo frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1). La inhibición de la integrasa evita la integración del genoma del VIH en el genoma de la célula huésped. Los genomas del VIH que no se integran no

pueden dirigir la producción de nuevas partículas virales infecciosas, con lo que se evita la propagación de la infección viral.”. (35).

➤ Efectos adversos del fármaco

El Instituto Mexicano del Seguro Social (37), en el 2017, explica que los principales efectos adversos para el Raltegravir (RAL) son los siguientes:

- “Diarrea, náusea, cefalea”
- “Aumento de enzimas hepáticas especialmente en usuarios con antecedente de hepatitis crónica B o C”
- “Osteonecrosis”
- “Síndrome de reactivación inmunitaria a patógenos oportunistas asintomáticos o residuales. Por ejemplo: *Pneumocystis jirovecii*, citomegalovirus”
- “Miopatía y Rabdomiolisis”
- “Aumento del riesgo de cáncer” (36).

2.7.6. DOLUTEGRAVIR (DTG)

➤ Presentación del fármaco

La presentación de este fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es de tabletas de 50 mg (como Dolutegravir Sódico) (59).

➤ Dosis del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (59), en el 2015, alude a que la dosis recomendada para este fármaco son 50 mg una vez al día.

➤ Mecanismo de acción del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (59) menciona que la Dolutegravir es un inhibidor de la integrasa, activo frente al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH-1), lo cual evita la integración del genoma del VIH en el genoma de la célula huésped. Los genomas del VIH que no se integran no pueden replicarse, con lo que se evita la propagación de la infección viral.

“El Dolutegravir inhibe la integrasa del VIH mediante la unión al sitio activo de la integrasa y el bloqueo de la etapa de transferencia de hebra de ácido desoxirribonucleico (ADN) retroviral, integración que es esencial para el ciclo de replicación del VIH.”. (35).

➤ Efectos adversos del fármaco

El Instituto Mexicano del Seguro Social (37), en el 2017, explica que los principales efectos adversos para el Dolutegravir son los siguientes:

- “Intolerancia o irritación gastrointestinal, náusea, diarrea, flatulencias...”
- “Insomnio, sueños anormales, cefalea, mareo...”
- “Erupción cutánea, prurito...”
- Elevación de ALT (alaninoaminotransferasa), AST (aspartatoaminotransferasa) y CPK (creatina-fosfocinasa) (36).

2.7.7. DARUNAVIR (DRV)

Este fármaco es un es un inhibidor de la dimerización y de la actividad catalítica de la proteasa del VIH-1. Se utiliza, en combinación con dosis bajas de Ritonavir y con otros antirretrovirales para el tratamiento de VIH (60).

➤ Presentación del fármaco

La presentación de esta fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es de tabletas Darunavir 600 mg (como etanoato de darunavir) (61).

➤ Dosis del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (60), en el 2016, recomienda el consumo de este fármaco 2 veces al día, 30 minutos después de los alimentos.

➤ Mecanismo de acción

La guía farmacológica Vademecum, en el 2015, menciona lo siguiente acerca del mecanismo de acción del darunavir:

“Inhibe selectivamente la división de las poliproteínas codificadas Gag-Pol del VIH en las células infectadas por el virus, previniendo así la formación de partículas virales maduras e infecciosas.”. (62).

➤ Efectos adversos del fármaco

El Instituto Mexicano del Seguro Social (37), en el 2017, explica que los principales efectos adversos para el Darunavir (DRV) son los siguientes: “Dolor de cabeza, diarrea, vómito, náuseas, dolor abdominal, constipación, hipertrigliceridemia.” (37)

2.7.8. ZIDOVUDINA (AZT)

La Zidovudina es un didesoxinucleósido sintético con propiedades antivirales. Este fármaco es activo contra otros retrovirus y algunas bacterias, pero su principal indicación es para el tratamiento y la prevención de la infección del VIH en adultos y niños (35).

➤ Presentación del fármaco

La presentación de este fármaco a nivel nacional en el como tratamiento del VIH/SIDA es de Zidovudina 10 mg/mL, para solución inyectable en un frasco ampolla con 20 mL; tabletas Zidovudina 300 mg; y solución líquida oral Zidovudina 50 mg/5 mL, en un frasco con 240 mL (62).

➤ Dosis del fármaco

La guía farmacológica Vademecum (62), en el 2013, recomienda el consumo de 300 mg por vía oral dos veces al día en combinación con otro inhibidor no nucleósido de la transcriptasa inversa (NNRTI)

➤ Mecanismo de acción del fármaco

La guía farmacológica Vademecum, menciona que la Zidovudina inhibe la replicación de los retrovirus después de la fosforilación. La actividad de Zidovudina es dependiente de la conversión intracelular a la forma trifosforilada. La inhibición de la transcriptasa inversa viral interfiere con la generación de copias de ADN por los ARN virales, que, a su vez, son necesarias para la síntesis de nuevos viriones. Varias enzimas intracelulares degradan posteriormente la partícula del VIH sin recubrimiento; es decir, que no posee ninguna protección; durante la entrada en la célula huésped (32).

➤ Efectos adversos del fármaco

El Instituto Mexicano del Seguro Social (37), en el 2017, explica que los principales efectos adversos para el Zidovudina (AZT) son los siguientes: acidosis láctica,

relacionada con la disminución de la densidad mineral ósea, conllevando a una osteopenia.

Asimismo, la International Association of Providers of Aids Care (63), en el 2019, menciona que dentro de otros efectos adversos graves de este fármaco están incluyen acidosis láctica, trastornos del hígado, miopatía y trastornos sanguíneos como anemia grave y neutropenia.

2.8. TIPOS DE ESQUEMAS ANTIRREROVIRALES

Según la entrevista realizada en la Clínica del SIDA del Hospital Rafael Ángel Calderón Guardia (64), en el 2018 las combinaciones de esquema utilizados en la actualidad por la CCSS para el tratamiento de VIH/SIDA son las siguientes:

- EFV+3TC+AZT
- EFV+3TC+TDF
- ABC+EFV+3TC
- KLT+3TC+TDF
- ABC+KLT+3TC
- TDF/FTC/EFV

Rojas (2018) (65) menciona que los fármacos que no encuentran en las combinaciones mencionadas con anterioridad son llamados fármacos de rescate o terapia de rescate, los cuales son utilizados principalmente cuando ninguno de estos medicamentos son efectivos para el tratamiento contra el VIH/SIDA, debido a una posible resistencia farmacológica.

2.8.1. TERAPIA DE RESCATE

En algunas ocasiones, cuando el usuario está consumiendo su terapia antirretroviral, sin embargo, su carga viral no disminuye y su CD4 no aumenta, manteniendo deplorable el estado de salud de la persona. Cuando los medicamentos antirretrovirales no cumplen su efecto terapéutico por una resistencia farmacológica, queda el usuario con menos opciones terapéuticas, en ese momento se inicia la terapia de rescate en donde utilizan fármacos de última línea con el objetivo de darle una última opción al individuo para mejorar su condición (65).

2.9. ASPECTOS QUE INTERVIENEN EN LA MODIFICACIÓN DEL TARV

El Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (32), en el 2014, menciona que el cambio del TARV puede estar condicionado a varias situaciones: fallo terapéutico, dificultades en la adherencia, intolerancia y/o toxicidades.

1. Fallo terapéutico:

Este considera fallo virológico, fallo inmunológico y fallo clínico; este último la consecuencia de los primeros dos. Este fallo es posible de evitar con un riguroso control médico, mediante la indicación de conteo viral (CV) y conteo de los CD4, permitiendo el diagnóstico temprano del fallo y realizar intervenciones eficaces para recuperar la respuesta terapéutica (32).

Es importante mencionar que el fallo virológico se refiere a la falta de supresión virológica (CV < 50 copias/mL) a las 24-36 semanas del inicio o cambio de TARV y al incremento de la carga viral confirmada en 2 muestras tomadas al menos por un

mes una de otra, luego de un período de supresión virológica. Y el fallo inmunológico es cuando no existe un incremento de CD4 al año de TARV (mínimo 25 a 50 células/mL) y al descenso entre 30 % y 50 % del valor previo, confirmado en 2 exámenes separados por lo menos 30 días (32).

2. Simplificación de TARV:

El Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (32), menciona que la simplificación de TARV es el cambio de un régimen de tratamiento que es eficaz, manteniendo la viremia suprimida, el cual se puede indicar por las siguientes razones:

- “Disminuir el número de comprimidos”
- “Mejorar la tolerancia”
- “Evitar requerimientos dietéticos” (31).

Asimismo, el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (32) menciona que es necesario evaluar si la simplificación se realizará en un paciente con o sin resistencia previa.

a) Pacientes sin resistencia previa. Generalmente se trata de pacientes en su primer plan de TARV y la simplificación puede realizarse dentro de la misma familia o a un fármaco de otra familia. En este contexto no existe en el mayor de los casos mayor problema.

b) Pacientes con resistencia previa. En este caso se debe valorar bien el costo por el beneficio, debido a que ya existió previamente un fallo; el usuario está propenso a volver a recaer en su enfermedad. Por consiguiente, se recomienda la simplificación

solo cuando se conocen el o los test de resistencia previos y se puede diseñar un nuevo plan más sencillo pero con 3 ARVs activos.

Es importante mencionar que, en caso de sospecha de resistencia al TARV, la CCSS realiza un examen llamado genotipado, el cual consiste en pruebas fenotípicas que utilizan secuenciación del ácido ribonucleico (RNA) para determinar el genotipo de los virus circulantes en el plasma de las personas infectadas, detectando mutaciones asociadas en la resistencia a los medicamentos, presentes en los genes virales. (66) Este examen es muy importante debido a que señala cual es el camino indicado para brindar un nuevo tratamiento al usuario cuando tiene múltiples resistencias a los fármacos prescritos con anterioridad.

Según lo explica Chinchilla (66), este examen en Costa Rica es elaborado únicamente en el Hospital San Juan de Dios en el laboratorio de biología molecular, el cual está bajo el cargo de la doctora Elisabeth Rojas. Este es indicado únicamente a mujeres embarazadas con VIH/SIDAm debido a que es una población pequeña y se busca el tratamiento óptimo para que el menor no se infecte del virus en todo el proceso de gestación; asimismo se indica cuando usuarios con VIH/SIDA que hayan tenido falla terapéutica, en el cual se ha obtenido dos exámenes confirmatorios de conteo viral mayor a 2000 copias (67)

3. Toxicidad:

Esta se presenta cuando el consumo del TARV genera efectos adversos a la salud del usuario, poniendo en riesgo su estabilidad física, debido a que la dosificación del tratamiento es inadecuada para su tolerancia (32).

2.10. ASPECTOS QUE INTERVIENEN EN LA NO ADHERENCIA DE LA TARV

En usuarios con VIH/SIDA, la adherencia farmacológica es indispensable para su recuperación y supervivencia, sin embargo, existen diferentes aspectos que pueden crear una resistencia en el consumo continuo del TARV.

El Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (32), en el 2014 menciona que dentro de los factores asociados a la no adherencia farmacológica de esta población se encuentran las siguientes:

consumo de sustancias psicoactivas (ilícitas y alcohol), depresión, efectos adversos, bajo nivel de educación, poca confianza en los beneficios del tratamiento, mayor número de comprimidos y de dosis, carencias en apoyo familiar y/o social (32).

Asimismo, Rizo (1), en el 2016, menciona que dentro de otras variables que intervienen en la no adherencia del TARV se encuentran las siguientes:

- Variables sociodemográficas: se incluye el sexo, la edad, el nivel de estudios, el nivel de ingresos, el trabajo, la marginación, estar en prisión, el estado civil, tener hijos y el país de residencia.
- Variables de la infección: en esta se ve implicada la vía de contagio, el estadio de la infección, el tiempo de infección, el tiempo en tratamiento y la carga viral.
- Variables del tratamiento: como lo es la toxicidad, los efectos secundarios, la complejidad del tratamiento, el coste del tratamiento y la pauta terapéutica.

- Variables de interacción: las cuales integran la relación terapéutica, el apoyo social, el miedo a ser estigmatizado, las habilidades de comunicación y la satisfacción con los profesionales.
- Dependencias: como el abuso de drogas, el consumo elevado de alcohol y estar en programa de deshabitación.
- Comorbilidad física y psíquica.
- Variables psicosociales: dentro de ellas se ven implicadas la calidad de vida, los sentimientos de autoeficacia, la comprensión de los beneficios del tratamiento, la mala memoria y la capacidad de inclusión de la medicación en su vida diaria.

Es importante evaluar integralmente la condición de vida en la que se encuentra el usuario, con el fin de trabajar interdisciplinariamente con el equipo de salud y, de esta manera, solventar los problemas que podrían acarrear la no adherencia al TARV. Se debe considerar que estos fármacos son de consumo permanente, por lo cual es indispensable que el usuario se apegue al mismo para garantizar su efecto terapéutico.

2.11. IMPLICACIONES EMOCIONALES Y SOCIALES DE LAS PERSONAS DIAGNOSTICADAS CON VIH/SIDA

Sin duda alguna, los usuarios infectados con VIH/SIDA tienen una repercusión muy grande a su estado emocional, debido a que pueden considerar su diagnóstico como sinónimo de muerte. Asimismo, deben someterse a un cambio en su estilo de vida de manera radical, lo cual puede causar un estrés y ansiedad por lo desconocido en su proceso de adaptación. Además, estas personas, al ser altamente discriminadas y

estigmatizadas por la sociedad, suelen aislarse, inclusive, esconden su condición a sus mismos familiares por temor a ser rechazados.

Rizo (1), en el 2016, explica que la falta de apoyo emocional y social está altamente relacionada con la no adherencia al TARV. Asimismo, explica que “en pacientes VIH+, el bajo apoyo social se ha asociado a una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor distrés relacionado con la salud y un peor funcionamiento cognitivo” (1).

El apoyo social y familiar está íntimamente relacionado con el estado de salud y la calidad de vida de las personas infectas, proporcionando una estabilización emocional, además motivos para continuar luchando contra la enfermedad (68).

2.12. EFECTOS DE ABANDONO DEL TARV

El TARV es indispensable para mantener una calidad de vida adecuada en los usuarios con VIH/SIDA, sin embargo, muchas de estas personas deciden abandonar el tratamiento poniendo en riesgo a su organismo a los diferentes efectos mencionados a continuación:

- Resistencia a los antirretrovirales, debido a que los usuarios disciernen al TARV y posteriormente deciden volver a ingerirlo, provocando que el compuesto farmacológico ya no cumpla su efecto terapéutico debido a la resistencia al virus (32).
- Disminución de las células CD4, provocando el aumento de la carga viral, iniciando la etapa de SIDA en el usuario (69).
- Infecciones oportunistas, debido a que el organismo se encuentra vulnerable por la destrucción de los linfocitos, provocando que agentes como bacterias,

virus y hongos ingresen al sistema humano sin que el mismo sea capaz de atacarlos (69).

- Muerte debido a la disminución de los niveles de CD4, exponiendo al individuo a infecciones oportunistas fulminantes para el ser humano con VIH+ (69).

2.13. CONTEXTO TEÓRICO-CONCEPTUAL

2.13.1. MODELOS Y TEORÍA DE ENFERMERÍA

2.13.2. WIENER Y DODD: TEORÍA DE LA TRAYECTORIA DE LA ENFERMEDAD

Carolyn L. Wiener nació en San Francisco en 1930. Obtuvo su licenciatura en Ciencias Sociales Interdisciplinarias en San Francisco State University en 1972. Además, completó un máster en Sociología en la Universidad de California, en 1975. Sus investigaciones se han centrado en la organización en instituciones de atención sanitaria, enfermedad crónica y políticas de salud (70).

Marylin J. Dodd nació en 1946 en Canadá. Obtuvo el diploma de enfermera tras estudiar en el Hospital General de Vancouver, Canadá. Obtuvo la licenciatura y un máster en Enfermería en la Universidad de Washington en 1971 y 1973, respectivamente; trabajó como profesora de Enfermería en la Universidad de Washington. Su programa de investigación se basa en la enfermería oncológica, específicamente en los autocuidados y en el control de los síntomas (70).

Fuentes teóricas

Cuando una persona sufre una enfermedad, representa una alteración de la vida normal. Dicha alteración afecta a todos los aspectos de la vida, uno de ellos es el funcionamiento fisiológico, las interacciones sociales y la concepción del individuo como tal. Debido a que la vida se centra en el cuerpo vivo, la alteración fisiológica de la enfermedad permite que otros contextos vitales creen una nueva forma de ser, un nuevo sentido de uno mismo.

La enfermedad provoca una alteración de la vida “normal”, en donde cada individuo tendrá una respuesta por las transformaciones que sufre el organismo en presencia del mal causante. Weiner y Dodd establecen que estos cambios provocados por una patología, especialmente por una enfermedad crónica, provocan preocupaciones, debido a que el individuo es incapaz de reconocer ciertamente el futuro de la evolución de su enfermedad, todos los cambios a los que se irá enfrentando en el proceso y como eso repercutirá en sus relaciones sociales. De ahí, la atribución conceptual del papel de la incertidumbre que establecieron estas (70).

La teoría ya mencionada enmarca este fenómeno dentro de una perspectiva social que hace hincapié en la experiencia de la alteración en relación con la enfermedad, dentro de los contextos cambiantes de los procesos interaccionales y sociales (70).

Este abordaje teórico define la contribución de esta teoría a la enfermería así: afrontar no es un fenómeno simple de estímulo-respuesta que se pueda aislar del complejo contexto de la vida. Wiener y Dodd establecieron una serie de preocupaciones acerca de la sobreatribución conceptual del papel de la incertidumbre

en el marco de las respuestas de comprensión para vivir con la alteración de la enfermedad (70).

Tener una enfermedad crónica aumenta la incertidumbre de vivir para quienes están afectados en su capacidad de responder a estas incertidumbres. El flujo dinámico de los contextos de la vida (tanto biográfico como sociológico) crea un flujo dinámico de incertidumbres que toman distintas formas, significados y combinaciones cuando se vive con una enfermedad crónica. Por tanto, la tolerancia de la incertidumbre es una parte teórica crítica en la trayectoria de la teoría de la enfermedad (70).

Principales conceptos y definiciones

La vida está situada en un contexto biográfico. Las interacciones con otros tienen una influencia importante en el establecimiento de la concepción de uno mismo. La identidad, la temporalidad y el cuerpo son elementos fundamentales en el contexto biográfico (70):

- Identidad: “la concepción de uno mismo en un momento determinado, que unifica múltiples aspectos de uno mismo y se sitúa en el cuerpo”.
- Temporalidad: “el momento biográfico reflejado en el flujo continuo de los acontecimientos del curso de la vida; las percepciones del pasado, presente y posiblemente del futuro se entremezclan en la concepción de uno mismo”.
- Cuerpo: “las actividades de la vida y las percepciones derivadas se basan en el cuerpo”.

Como lo menciona Wiener y Dodd en su teoría acerca de la enfermedad crónica los siguientes aspectos a tomar en consideración:

“La enfermedad crónica altera la percepción habitual o de cada día de uno mismo. La alteración produce una permeabilidad de los elementos interdependientes de la biografía: identidad, temporalidad y cuerpo. La alteración del sentido del desequilibrio está marcada por el sentimiento de pérdida de control, dando lugar a situaciones de incertidumbre” (70) Por lo que se analiza que una enfermedad que conlleva con el usuario meses e inclusive años puede alterar el equilibrio de la percepción de vida del mismo.

“El dominio de la incertidumbre relacionada con la enfermedad varía a lo largo de la trayectoria de la enfermedad [VER ANEXO 1] a través... de las percepciones de uno mismo y de las interacciones con otros.”. (70). A lo largo de la enfermedad crónica puede variar la percepción que una persona tiene sobre su vida dependiendo si esa se modifica positivamente o de lo contrario afecta de mayor manera la vida del mismo.

Las actividades de la vida y las de la vida con una enfermedad son formas de trabajo. La esfera de trabajo incluye a la persona y a las personas con las que ella interactúa, incluidas la familia y el personal sanitario. Esta red de participantes se denomina organización total. El usuario es el trabajador central; sin embargo, el trabajo se lleva a cabo dentro y está influido por la organización total.” Los tipos de trabajo se organizan alrededor de las siguientes líneas de trayectoria de trabajo llevadas a cabo por el paciente y sus familiares (70):

1. Trabajo relacionado con la enfermedad: diagnóstico, control de síntomas, régimen de cuidados y prevención de crisis.

2. Trabajo diario: actividades de la vida diaria, tareas domésticas, mantener la ocupación, mantener las relaciones y entretenerse.
3. Trabajo biográfico: intercambio de información, expresiones emocionales y división de tareas mediante las interacciones con la organización total.
4. Trabajo de reducción de la incertidumbre: actividades encaminadas a disminuir el impacto de la incertidumbre temporal, del cuerpo y de la identidad (VER ANEXO 2).

El equilibrio entre estos tipos de trabajo es dinámico a lo largo del tiempo, las situaciones, las percepciones y la variación de los participantes en la organización total para lograr algún sentido de equilibrio (70).

Hay que recordar que el contexto biográfico tiene sus raíces en el cuerpo, conforme el cuerpo cambia a lo largo del curso de la enfermedad y el tratamiento, la capacidad de llevar a cabo determinados tipos de trabajo y, finalmente, la propia identidad se transforman (70).

Una contribución fundamental a este tipo de trabajo es la delimitación de los tipos de trabajo de reducción de la incertidumbre. Estas actividades se hicieron para disminuir el impacto de los distintos estados de incertidumbre inducidos por el tratamiento (70).

Rol del profesional de enfermería:

Esta teoría proporciona un marco organizador para que los profesionales de enfermería comprendan cómo toleran los pacientes con cáncer u otra enfermedad crónica y la incertidumbre manifestada como una pérdida de control. La identificación de los tipos de incertidumbre es realmente útil porque revela las

estrategias que emplean comúnmente los pacientes enfermos en su intento por seguir adelante con su vida lo más normalmente posible tras la incertidumbre creada por su diagnóstico (70).

La conciencia sobre los temas de la incertidumbre y las estrategias de manejo relacionadas que afrontan los pacientes sometidos un tratamiento crónico ante la supervivencia y de los miembros de su familia tiene un impacto importante en el modo en que los profesionales de enfermería intervienen posteriormente con estos sistemas de pacientes afectados que trabajan con su enfermedad, esto con el fin de facilitar un curso de trayectoria menos problemático para algunos pacientes y sus familiares (70).

Por lo tanto, los profesionales de enfermería deben ser conscientes de las necesidades de los usuarios, de manera que sea posible desarrollar intervenciones para satisfacer sus necesidades físicas y emocionales (70).

El VIH/SIDA puede tener constantes cambios que afectan el estado de salud físico y emocional en los usuarios. Estos se pueden ver influenciados negativamente por múltiples factores como prácticas sexuales de riesgo, utilización de drogas, estigma social, rechazo de núcleo social y familiar, entre otros; lo cual está íntimamente relacionado con la no adherencia al TARV. Además de todos estos factores, el individuo vive con una gran carga emocional por haberse infectado una enfermedad crónica y sumándole a ello que su vida depende de un tratamiento que debe ser consumido con horarios estrictos para que su efecto terapéutico sea efectivo.

Lo anterior crea un ambiente de incertidumbre de cuerpo, identidad y temporal, y sumarle a ello el estrés de que la vida tendrá un antes y un después previo al

diagnóstico. La tolerancia a estos eventos varía en cada persona, sin embargo, el apoyo familiar, social y de los profesionales en salud puede aliviar la carga. La incertidumbre que viven muchos usuarios al no saber a ciencia cierta qué es su enfermedad, las constantes dudas acerca de su tratamiento y el insuficiente o nulo apoyo por parte de las entidades de salud; son un punto crítico que define la vida o la muerte de estos usuarios.

Al padecer una enfermedad crónica como lo es el VIH/SIDA, el usuario pierde la percepción de sí mismo, ya que puede ver afectada la identidad, el cuerpo y la temporalidad de su vida, los cuales según Weiner y Dodd, “son elementos fundamentales en el contexto biográfico” (70). Lo anterior da cabida a situaciones de incertidumbre en el enfermo crónico. El bienestar que una persona con VIH/SIDA depende de los cuidados que tiene consigo mismo, sin embargo, este debe estar acompañado e influenciado por su núcleo familiar y el personal de salud capacitado. Además, el usuario junto a sus familiares y guiado por parte del equipo profesional en salud debe realizar trabajos para mantener un estilo de vida óptimo para su condición y que, además, permita al usuario distraerse del ambiente de incertidumbre en el que se encuentra, no obstante su efectividad solo depende de cuánto interés tenga el usuario con respecto a la mejoría de su salud.

CAPÍTULO III: MARCO METODOLÓGICO

3.1. ENFOQUE DE INVESTIGACIÓN

El enfoque de esta investigación es de tipo cualitativa, ya que, según lo explica Katayama (71), en el 2014, “...busca estudiar de manera científica los imaginarios, las representaciones, las culturas y subculturas humana” (71). Asimismo, son observaciones realizadas por los sujetos sociales, los sentidos y las redes holísticas creadas por ellos.

Esta investigación procura analizar el pensamiento y las emociones de los residentes para lograr comprender su comportamiento, mediante el cuestionamiento y la escucha activa de sus diferentes vivencias para lograr evaluar de manera crítica sus condiciones de vida y salud.

3.2. TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación es de tipo mixta, debido a que la misma implica la recolección y el análisis de datos cuantitativos y cualitativos, así como su integración y discusión conjunta, para realizar conclusiones producto de toda la información obtenida y lograr un mayor entendimiento del fenómeno bajo estudio.

3.3. UNIDADES DE ANÁLISIS OBJETOS DE ESTUDIO

Se encuentra constituida por hombres entre los 26 a 55 años, diagnosticados con VIH/SIDA, y que haya sido modificado su tratamiento antirretroviral en los últimos 18 meses, en el Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018.

3.3.1. POBLACIÓN

La población total consta de 26 personas, de las cuales 21 son hombres, 4 son mujeres transgénero y 1 mujer cisgénero. Estas personas padecen de VIH/SIDA y son residentes del Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018.

3.3.2. MUESTRA

El tipo de muestra es no probabilístico por conveniencia, debido a que los 10 participantes han sido seleccionados porque poseen disponibilidad y cumplen con los criterios propios de la investigación.

3.3.3. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de inclusión	Criterios de exclusión
Diagnosticados con VIH/SIDA.	Rehusarse a participar.
Modificación del tratamiento antirretroviral en los últimos 18 meses.	No ser residentes del Hogar de la Esperanza.
Residentes del Hogar de la Esperanza.	

3.4 INSTRUMENTOS PARA LA RECOLECCIÓN DE LA INFORMACIÓN

3.4.1 VALIDEZ DEL CUESTIONARIO Y CONFIABILIDAD DEL CUESTIONARIO

Debido a que el instrumento utilizado para el desarrollo de esta investigación es un cuestionario de tipo etnográfico, la validación de este se realiza mediante el criterio de un experto en el tema de la enfermedad VIH/SIDA. Se requiere de un experto, ya que, como explican Robles y Rojas (72), este debe juzgar la capacidad del instrumento para evaluar todas las dimensiones que deseamos medir (72)

Asimismo, estos autores mencionan que el experto "...mide con precisión y descarta el error, y lo hace a través de la consistencia, la estabilidad temporal y el acuerdo entre los expertos" (72). Por lo cual, se realiza una conferencia presencial con el Lic.

Rojas, quien es enfermero especializado en el cuidado de usuarios con VIH/SIDA. Él evalúa cada pregunta realizada en dicho instrumento para considerar la efectividad de estas, tomando en consideración las correcciones realizadas después de la elaboración del plan piloto.

Al analizar cada una de las preguntas, Rojas considera que, según la escala ordinal, desde muy insatisfactorio a muy satisfactorio, el instrumento es muy satisfactorio, debido a que se evalúa con un lenguaje claro, las preguntas realizadas no transgreden la sensibilidad del entrevistados y son aptas para cumplir con el objetivo de la presente investigación, por lo cual se prosigue con la aplicación del instrumento.

3.5. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El diseño de la investigación es no experimental de tipo trasversal, debido a que se pretende determinar la percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido en relación con los cambios en la combinación del esquema farmacológico esquema farmacológico, Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018

3.6. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

Objetivo específico	Variable	Definición conceptual	Definición operacional	Dimensión	Indicadores	Instrumento
Identificar la percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido, Hogar de la Esperanza, setiembre-diciembre 2018.	Percepción	“Sensación interior que resulta de una impresión material hecha en nuestros sentidos”(23)	Implica las experiencias vividas con respecto a su condición de enfermedad y el proceso de su tratamiento.	Percepción de los residentes con VIH/SIDA.	Conocimiento acerca VIH/SIDA Implicaciones emocionales pre y post-diagnostico Implicaciones sociales pre y post-diagnostico Implicaciones biológicas pre y post-diagnostico Causa de la modificación del TARV Tipo de tratamiento actual y anterior Implicaciones emocionales, de conducta y pensamiento posterior a la modificación del TARV Causa de abandono del TARV	Entrevista 2.1. 2.2. 2.3. 2.4. 2.5. 2.6. 2.7. 2.8. 2.9. 2.10. 2.11. 2.12. 2.13. 2.14.

					Influencia social con respecto al TARV Apoyo recibido durante el consumo del TARV anterior y en la modificación al nuevo esquema Estilos de vida (alimentación, ejercicio y ocio) Recomendaciones para la adherencia al TARV	
--	--	--	--	--	---	--

3.7. PLAN PILOTO

El plan piloto se llevó a cabo con 3 personas hipertensas, las cuales accedieron a ser entrevistadas como parte de la prueba del instrumento de esta investigación. Al llevar a cabo dichas entrevistas, se notaron algunas preguntas que debían ser modificadas para una mejor comprensión de los evaluados. A continuación, se mencionan los cambios realizados:

Con respecto al cuestionario de preguntas, el enunciado 2.2 referente a ¿Cómo se sentía emocionalmente antes de ser diagnosticado? Se debió cambiar a ¿Considera usted haber tenido alguna alteración a nivel emocional antes de ser diagnosticado de la enfermedad? Debido a que los entrevistados manifestaban no comprender en qué aspecto a nivel emocional se realizaba la pregunta.

En la pregunta 2.3 la cual correspondía a ¿Cómo percibía sus relaciones sociales antes de ser diagnosticado?, se modificó a ¿Cómo eran las relaciones con sus amigos, familia y conocidos antes de ser diagnosticado?, pues los entrevistados manifestaron no comprender inicialmente que se refería con percepción de las relaciones sociales.

En la pregunta 2.7 correspondiente a ¿Qué pensamientos, conductas, sentimientos o emociones surgieron después de la modificación del TARV?, se decidió eliminar la palabra sentimientos, ya que confundía al entrevistado por la similitud de su percepción con la palabra emociones.

En la pregunta 2.9 referente a ¿Percibió algún efecto a nivel físico, psicológico o emocional durante el consumo del tratamiento anterior?, se eliminó la palabra psicológico, debido a que confundía al entrevistado por la similitud de su percepción con la palabra emocional.

En la pregunta 2.10 referente a ¿Ha percibido algún efecto a nivel físico, psicológico o emocional durante el consumo del tratamiento actual?; de igual manera que el enunciado anterior, se le elimina la palabra psicológico, debido a que confundía al entrevistado por la similitud de su percepción con la palabra emocional.

En la pregunta 2.13 correspondiente a ¿Cuál fue su experiencia en el consumo del tratamiento anterior? ¿Ha sentido alguna mejoría con la modificación de dichos fármacos?, se decidió eliminar, porque se analiza que esta es abordada en la pregunta 2.9 y 2.10 del presente instrumento.

Asimismo, se ve la necesidad de agregar la siguiente pregunta 2.13 ¿Cómo son sus estilos de vida relacionados con la alimentación, ejercicio y ocio (actividad de entretenimiento)?, debido a que los estilos de vida de una persona con esta condición se pueden ver afectados directamente por el consumo del TARV.

En la pregunta 2.14 correspondiente a ¿Qué consideraciones como usuario de un servicio de salud y miembro de una comunidad cree usted necesarias para mantener una adecuada adherencia en el tratamiento antirretroviral?, se modificó la palabra “consideraciones” por recomendaciones, esto debido a que la pregunta no era clara para el entrevistado al no comprender lo referente a dicha palabra.

Al haber realizado estas modificaciones mediante los análisis correspondientes a los comentarios de los usuarios y las observaciones del especialista de VIH/SIDA del Hogar, se procede con el proceso de aplicación del instrumento.

CAPÍTULO IV: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

Datos generales

La presente investigación se realizó con el objetivo de recopilar opinión residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido, en relación con los cambios en la combinación del esquema farmacológico.

1. Categorías de análisis: aspectos sociodemográficos

A continuación, se presentan las respuestas de los participantes, tal y como ellos las indicaron en el instrumento empleado para recopilar información:

Pregunta número 1.1: Sexo

Participante 1: Masculino.

Participante 2: Femenino.

Participante 3: Masculino.

Participante 4: Masculino.

Participante 5: Masculino.

Participante 6: Masculino.

Participante 7: Masculino.

Participante 8: Masculino.

Participante 9: Masculino.

Participante 10: Masculino.

EL género que predomina entre los entrevistados es el masculino.

Pregunta número 1.2: Edad

Participante 1: “55 años”.

Participante 2: “41 años”.

Participante 3: “42 años”.

Participante 4: “45 años”.

Participante 5: “56 años”.

Participante 6: “55 años”.

Participante 7: “23 años”.

Participante 8: “34 años”.

Participante 9: “32 años”.

Participante 10: “29 años”.

La edad promedio de los entrevistados es de 41.2 años.

Pregunta número 1.3: Nacionalidad

Participante 1: “Costarricense”.

Participante 2: “Costarricense”.

Participante 3: “Costarricense”.

Participante 4: “Costarricense”.

Participante 5: “Costarricense”.

Participante 6: “Costarricense”.

Participante 7: “Costarricense”.

Participante 8: “Costarricense”.

Participante 9: “Costarricense”.

Participante 10: “Costarricense”.

La nacionalidad de todos los entrevistados es costarricense.

Pregunta número 1.4: Estado civil

Participante 1: “Soltero”.

Participante 2: “Divorciada”.

Participante 3: “Soltero”.

Participante 4: “Soltero”.

Participante 5: “Casado, pero separado”.

Participante 6: “Soltero”.

Participante 7: “Soltero”.

Participante 8: “Casado”.

Participante 9: “Soltero”.

Participante 10: “Soltero”.

El estado civil más contestado entre los entrevistados es soltero.

Pregunta número 1.5: Religión

Participante 1: “Católico”.

Participante 2: “Evangélica”.

Participante 3: “Católico”.

Participante 4: “Evangélico”.

Participante 5: “Testigo de Jehová”.

Participante 6: “Ecoménico”.

Participante 7: “Católico”.

Participante 8: “Evangélico”.

Participante 9: “Católico”.

Participante 10: “Católico”.

La religión católica que predomina en las respuestas de los residentes.

Pregunta número 1.6: Último año de estudios aprobados

Participante 1: “Nunca estudié”.

Participante 2: “Cuarto año de secundaria”.

Participante 3: “Octavo”.

Participante 4: “Sexto grado de primaria”.

Participante 5: “Sexto grado de primaria”.

Participante 6: “Universitario completo”.

Participante 7: “Tercer año de secundaria”.

Participante 8: “Bachillerato”.

Participante 9: “Sexto grado de primaria”.

Participante 10: “Sexto de primaria”.

El grado académico que predomina en los residentes es primaria.

Pregunta número 1.7: Ocupación

Participante 1: “Actualmente no trabajo, pero fui comerciante”.

Participante 2: “Pensionada”.

Participante 3: “Desempleado”.

Participante 4: “Pensionado”.

Participante 5: “Pensionado”.

Participante 6: “Enfermero”

Participante 7: “Estudiante”.

Participante 8: “Misceláneo”.

Participante 9: “Trabajo haciendo arreglos de construcción en el hogar”.

Participante 10: “Estudiante”.

La ocupación mayormente contestada entre los entrevistados es pensionado y desempleo respectivamente.

Pregunta número 1.8: ¿En qué lugar residía antes de ser ingresado al Hogar?

Participante 1: “Heredia”.

Participante 2: “Zapote”.

Participante 3: “Paso Ancho”.

Participante 4: “Pavas”.

Participante 5: “Pavas”.

Participante 6: “Puntarenas”.

Participante 7: “Loma Linda”.

Participante 8: “San José, indigencia”.

Participante 9: “Alajuela”.

Participante 10: “Heredia”.

El lugar de residencia predominante entre los residentes antes de ser ingresados al Hogar es la ciudad de San José.

Pregunta número 1.9: ¿Cuál es el número de personas con la que vivía, cuál es el parentesco?

Participante 1: “Solo”.

Participante 2: “4 personas; mamá y 3 hijos”.

Participante 3: “2 personas; mi madre y hermana”

Participante 4: “2 personas; mis hermanas”.

Participante 5: “6 personas, mi padre, hermana, hija, yerno y 2 nietas”.

Participante 6: “3 personas; mi hermana y 2 sobrinas”.

Participante 7: “2 personas, mis hermanas”.

Participante 8: no aplica

Participante 9: “1 persona, madre”.

Participante 10: “Solo”.

El número de personas con las que vivía el residentes antes de ingresar al hogar predominó 2 personas, el parentesco más contestado entre las mismas es de hermanos y hermanas.

Pregunta número 1.10: ¿Tiene un adecuado apoyo por parte de sus familiares, amigos o instituciones?

Participante 1:

“Únicamente recibo apoyo de esta institución”

Participante 2:

-“De parte de los familiares recibo muy poco apoyo”.

-“Algunos amigos me apoyan”.

-“Recibo mucho apoyo del Hogar”.

Participante 3:

-“De parte de mi familia y amigos recibo muy poco apoyo”.

-“Aquí es el único lugar que me han apoyado (refiriéndose al Hogar de la Esperanza), con respecto a la CCSS no he sentido mucho apoyo porque a pesar de mi condición me costó demasiado que me dieran el seguro, de hecho me dieron el seguro debido a que ingrese al Hogar, porque lo intente anteriormente y no me ayudaron”.

Participante 4:

“Tanto por parte de mis familia, mis amigos, así como de las instituciones he recibido buen apoyo”.

Participante 5:

-“Únicamente recibo apoyo emocional de mi padre y mi hija”.

-“Mis amigos no saben que tengo la enfermedad”.

-“Más que todo recibo apoyo del Hogar”.

Participante 6:

“Recibo mucho apoyo por parte de mi familia, amigos cercanos y de la institución (Hogar de la Esperanza) de como de la CCSS”.

Participante 7:

“De parte de mis familiares algunos me apoyan y otros no”.

“Mis amigos no saben de mi enfermedad”.

“De parte de la CCSS y del Hogar recibo el apoyo adecuado que he necesitado”.

Participante 8:

“Mis familiares todos me aceptan”.

“De parte de mis amigos todos saben mi condición y me apoyan”.

“Y por parte de las instituciones he recibido el apoyo que necesito porque todo mi proceso lo he llevado aquí (Hogar de la Esperanza)”.

Participante 9:

“Mi madre, amigos así como de la instituciones me han brindado el apoyo que yo necesito”.

Participante 10:

“Mis familiares no me apoyan, mis amigos cercanos si me apoyan y por parte de los profesionales en salud si me apoyan; más que todo de parte del Hogar”.

De acuerdo al apoyo recibido por los residentes predomina el recibido de parte de las instituciones de la salud (CCSS y el Hogar de la Esperanza), seguido del círculo social y finalmente el apoyo de los familiares.

Pregunta número 1.11: ¿En qué año fue diagnosticado con la enfermedad?

Participante 1: “En el 2002”.

Participante 2: “En el 2016”.

Participante 3: “En el 2004”.

Participante 4: “En el 2002”.

Participante 5: “En 1997”.

Participante 6: “En 1994”.

Participante 7: “En el 2014”.

Participante 8: “En 1999”.

Participante 9: “En el 2014”.

Participante 10: “En el 2017”.

Los años más contestados en los que se diagnosticaron los residentes son 2002 y 2014.

Pregunta número 1.12: ¿En qué año inicio el TARV?

Participante 1: “En el 2002”.

Participante 2: “En el 2016”.

Participante 3: “En el 2004”.

Participante 4: “En el 2002”.

Participante 5: “En el 1997”.

Participante 6: “En el 2007, debido a que las directrices de la Organización Mundial de la Salud, mencionaba que solo las personas con CD4 menor de 300 eran candidatos de tomar el TARV”.

Participante 7: “En el 2014”.

Participante 8: “En el 1999”.

Participante 9: “En el 2014”.

Participante 10: “En el 2017”.

Los años más contestados en los que iniciaron el TARV los residentes con VIH/SDIDA son 2002 y 2014.

Pregunta número 1.13: ¿En qué año se le modificó el TARV?

Participante 1: “Hace 18 meses”.

Participante 2: “Hace 6 meses”.

Participante 3: “Hace 1 año”.

Participante 4: “Hace 6 meses”.

Participante 5: “Hace 14 meses”.

Participante 6: “Hace 1 año”.

Participante 7: “Hace 1 año”.

Participante 8: “Hace 1 año”.

Participante 9: “Hace 1 año”.

Participante 10: “Hace 8 meses”.

El año que predomina en la modificación del TARV en los residentes con VIH/SIDA es 2017, en donde las respuestas más contestadas son “hace 1 año”.

2. Categoría de análisis: Percepción de los residentes con VIH/SIDA

Seguidamente, se presentan las respuestas de los participantes tal y como las

Pregunta número 2.1: ¿Qué sabe acerca de la enfermedad del VIH/SIDA?

Participante 1: “Es una enfermedad que se contagia. No se contagia si se utiliza el condón, sin embargo, se puede contagiar con su uso, ya que el preservativo es traicionero; entonces de todas formas hay que saber abrirlo para poder usarlo”.

Participante 2: “Que el VIH es una cosa y la etapa del SIDA es otra, aparte que hay que cuidarse siempre con preservativo para sexo oral y para sexo “normal”. Hay enfermedades oportunistas. Siempre la protección es indispensable”.

Participante 3: “es un virus que ataca las defensas de cuerpo humano, disminuye el sistema inmune y eso da accesibilidad a las enfermedades oportunistas. Esta enfermedad se puede transmitir a otras personas si no se tiene adherencia al tratamiento y si no se tienen buenas prácticas sexuales, de higiene y alimenticias”.

Participante 4: “Sé que no se transmite por un beso o por tomar agua de un vaso de una persona infectada, sino más bien por transfusiones o por contacto sexual”.

Participante 5: “No sé nada sobre la enfermedad”.

Participante 6: “Es una enfermedad crónica, no es mortal, se puede controlar, existe tratamientos y que ya la persona no se muere por eso”.

Participante 7: “Es un virus que vive en la sangre”.

Participante 8: “Debido a que todo mi proceso lo he vivido en el Hogar se todo acerca de la enfermedad como se contagia, la carga viral, la importancia de ser adherente, los niveles de CD4, ya que yo empecé con 400 y ahora estoy en más de 1.500”.

Participante 9: “El virus sin el tratamiento se desarrolla, que una persona puede tomar el tratamiento pero si no se cuida se va a desarrollar la enfermedad, más si anda teniendo relaciones con otras personas se puede infectar de otras enfermedades”.

Participante 10: “Es una enfermedad que no es mortal, uno debe cuidarse, ser adherente y hay que dejar los vicios para estar bien”.

Pregunta número 2.2: **¿Considera usted haber tenido alguna alteración a nivel emocional antes de ser diagnosticado de la enfermedad? ¿Considera algún cambio posterior a dicho diagnóstico?**

Participante 1: “Antes del diagnóstico me sentía triste y desanimado, después del diagnóstico me “agüeve”, pero con la toma del tratamiento yo lo fui superando y empecé a subir mi autoestima”.

Participante 2: “Antes de ser diagnosticada, yo me sentía emocionalmente bien, a pesar de la depresión crónica que padezco. Después del diagnóstico, se me desencadenó una fuerte depresión, debido a que el psicólogo que me dio la noticia no me preguntó si padecía alguna condición mental y me dio el diagnóstico en seco”.

Participante 3: “Antes y después de ser diagnosticado me he sentido normal a nivel emocional”.

Participante 4: “Antes ser diagnosticado me sentía completamente normal a nivel emocional y después de que me diagnosticaron me dio una depresión; lloraba día y noche”.

Participante 5: “A nivel emocional me sentía normal antes y después de antes del diagnóstico”.

Participante 6: “Antes de haber sido diagnosticado sí porque yo tenía graves problemas con drogas, obviamente era una persona que ya traía condiciones de vulnerabilidad como depresión y después del diagnóstico empeoré, porque yo me resistía al diagnóstico y una de las formas de evadirlo era mediante el consumo de drogas, entonces el consumo fue más problemático. Me sentí aún más deprimido”.

Participante 7: “Antes de haber sido diagnosticado, no tenía ninguna alteración emocional, sin embargo, era muy pleitista y después de haber sido diagnosticado tomaba las cosas con más tranquilidad y serenidad. Lo que más padecí fue de depresión por motivo del diagnóstico”.

Participante 8: “Antes de haber sido diagnosticado, yo me imaginé que había obtenido la enfermedad porque me prostituía y la persona que era mi “pagador” por hace muchos años andaba había estado con otra persona que había muerto por SIDA, además de que compartíamos jeringas, entonces pensé que había metido las patas pero nunca le di mente. Tomaba, fumaba me prostituía lo más tranquilo. Cuando ya comprobé lo que había pensado porque me diagnosticaron, no me eché a morir”.

Participante 9: “Antes que me diagnosticaron no sabía nada porque yo andaba en las drogas y en la calle. Después de que me diagnosticaron pensé en que tenía que vivir con eso el resto de mi vida”.

Participante 10: “Antes de haber sido diagnosticado intente suicidarme 5 veces por la depresión que venía arrastrando desde niño, desde los 23 años tuve 8 internamientos en el Hospital de Pavas por intentos de suicidio por medio de

cortaduras en las muñecas y por consumo de pastillas. Después de que me diagnosticaron, me aumentó la depresión e intenté nuevamente suicidarme cortándome las muñecas, por lo cual me volvieron a internar en Pavas”.

Pregunta número 2.3: ¿Cómo eran las relaciones con sus amigos, familia y conocidos antes de ser diagnosticado? ¿Considera algún cambio posterior a este?

Participante 1: “Antes de ser diagnosticado tenía una relación normal con mis amistades y conocidos. Mi familia nunca me ha apoyado ni antes ni después del mi diagnóstico. Después del diagnóstico, el único apoyo que he recibido es el del Hogar y algunos amigos que también tienen VIH que a veces vienen a visitarme”.

Participante 2: “Con mis amigos la relación era la más normal; salía a bailar, a tomar, a vacilar. Con respecto a mi familia me llevaba lo más bien. Y con mis conocidos mi relación era completamente normal. Cuando ya fui diagnosticada, yo me alejé de mis amistades, inclusive, algunos no saben que tengo VIH piensan que tengo cáncer. La relación con mi familia cambió, ya que mi cuñado me quiso involucrar en un chat por internet para ser trabajadora sexual, pero todo empeoró cuando me propuso tener sexo con mi hijo para así ganar mucho más dinero, lo cual yo nunca acepté, le comenté a mi madre lo que estaba ocurriendo no me creyeron y terminaron echándome de mi casa. La relación con mis conocidos se perdió porque empecé a vivir en la indigencia”.

Participante 3: “A mí me diagnosticaron siendo privado de libertad. Antes y después de ser diagnosticado tuve amistades buenas y otras personas que me discriminaban, pero no considero que el factor era la enfermedad sino yo como

persona. Con respecto a mis familiares, antes de mi diagnóstico mis relaciones no eran buenas, ya con el diagnóstico se acercaron supongo que por curiosidad, pero después ya no. Con respecto a mis conocidos no es necesario que sepan mi condición”.

Participante 4: “Antes de ser diagnosticado la relación con mi familia, amigos y conocidos era normal; después de que me diagnosticaron, al inicio mi familia como todo “el porcito aquí y el porcito allá” y más por la limitación física que yo tenía, me ayudaban bastante, pero después con el tiempo empezaron los problemas y algunos hermanos no me apoyaron y otros sí. Por parte de mis amigos, llegaban a verme y me apoyaban por mi condición de incapacidad por la toxoplasmosis, pero nunca supieron que padecía VIH/SIDA, por parte de mis conocidos nunca les comenté mi condición”.

Participante 5: “Antes del diagnóstico las relaciones con mis amigos eran normales, la relación con mi familia era muy buena. Después del diagnóstico, nunca le comente a mis amistades mi condición y mi familia me apoyo aún más que antes. Con respecto a mis conocidos los mantuve al margen de mi condición por lo que siempre la relación era normal”.

Participante 6: “Antes del diagnóstico la relación con mis amigos y conocidos era buena y con mi familia yo siempre había tenido excelente relación, ya que yo me considero una persona que siempre le gusta tener una buena relación interpersonal con las demás personas. Después del diagnóstico por miedo del rechazo y la discriminación yo hice abandono de trabajo en el hospital donde laboraba como enfermero, porque tenía miedo. Mis compañeros de trabajo se enteraron de mi condición cuando yo renuncié, unos tuvieron una actitud para bien y otros para mal,

ya que algunos lo entendieron, me dieron mucho apoyo y acompañamiento; lo mismo pasó con mis conocidos. Muchas de las conductas de mis familiares era excluyentes y discriminatorias; ellos me rechazaron”.

Participante 7: “Antes de ser diagnosticado la relación con mis amigos era normal, salíamos, jugábamos, pasaba más en la calle que otra cosa; ya cuando me diagnosticaron yo no les comenté nada pero supongo que al verme más delgado y al ellos sospechar de mi homosexualidad se lo imaginaron. Para que no me discriminaran yo poquito a poco me fui alejando. Con relación a mi familia la relación nunca ha sido excelente, cuando me diagnosticaron la única que me apoyo fue mi hermana; ella me acompañó la primera vez a la clínica del VIH/SIDA. No tengo conocidos cercanos que les haya comentado mi condición”.

Participante 8: “Con respecto a mis verdaderos amigos, yo nunca les he escondido mi diagnóstico, ellos siempre me han apoyado antes y después de haber sido diagnosticado. Con respecto a mi familia antes de ser diagnosticado era muy cercano a ellos y después del diagnóstico yo me alejé de ellos, pero hace 16 años para acá que yo fui ingresado al Hogar yo me volví a reencontrar con ellos y saben mi condición, hablamos acerca de la enfermedad y apoyan siempre. Con respecto a mis conocidos nunca les he contado mi condición porque no lo veo importante que lo sepan”.

Participante 9: “Antes de ser diagnosticado la relación con mis amistades era muy buena, actualmente yo sé que ellos saben que yo tengo la enfermedad, a veces lo rechazan a uno pero di no importa. Antes de ser diagnosticado tenía una buena relación con mis familiares y actualmente la mantengo, siempre tienen sus “cosillas” ahí verdad, pero es decisión de ellos y no de uno, pero hay que respetar. Y mis

conocidos anterior al diagnóstico tenía buena relación y después del diagnóstico deje de verlos porque estoy ahora viviendo en el Hogar”.

Participante 10: “Antes de ser diagnosticado tenía buena relación con mis amigos. Con mis familiares mi relación era muy lejana, con muy poco apoyo. Con respecto a mis conocidos algunos me aceptaban otras no, por mi homosexualidad. Después de ser diagnosticado mis amigos cercanos me continúan apoyando; la relación con mis familiares empeoro, ya que me decían que me lo busque por ser homosexual, solo hay una sobrina que es la única que me ha apoyado con mi enfermedad. Mis conocidos no les comenté”.

**Pregunta número 2.4: ¿Cómo se sentía físicamente antes de ser diagnosticado?
¿Considera algún cambio posterior al mismo?**

Participante 1: “Antes del diagnóstico no sentí ningún cambio, y era una persona normal, después del diagnóstico me seguí sintiendo igual”.

Participante 2: “Antes de ser diagnosticada no tuve ningún síntoma ya que me encontraba en etapa de VIH, después del diagnóstico me puse muy delgada”.

Participante 3: “Antes de ser diagnosticado más que todo me afectó el sistema respiratorio, me empezó a faltar más el aire, se me cerraba la tráquea y me sentía sumamente cansado además empecé a perder mucho peso; esto debido a que me dio neumonía, una enfermedad oportunista, y ahí fue donde me diagnosticaron la enfermedad. Posterior al diagnóstico no percibí ningún cambio”.

Participante 4: “Antes de ser diagnosticado yo era drogadicto. Empecé con mareos y desmayos en el lugar donde me tenían internado para salir de la drogadicción, me llevaron al hospital por una fuerte recaída y resultó que tenía toxoplasmosis y estuve

en coma más de 2 años. Cuando desperté me dieron el diagnóstico y los cambios físicos que tuve son las secuelas de la toxoplasmosis, perdí la mayor parte de la movilidad del lado izquierdo de mi cuerpo”.

Participante 5: “Antes del diagnóstico duré 15 días en cama, con sudoración, posterior del diagnóstico me sentí completamente normal”.

Participante 6: “Un año antes de mi diagnóstico yo me había resfriado como nunca antes en mi vida, yo me imagino que al haber sido infectado el cuerpo intento como defenderse. Después de ese evento no sentí ningún otro cambio físico antes del diagnóstico. Después del diagnóstico no sentí ningún otro cambio a nivel físico”.

Participante 7: “Antes de ser diagnosticado yo me sentía normal físicamente y después de ser diagnosticado me sentí más cansado, con pereza y adelgace demasiado”.

Participante 8: “antes de ser diagnosticado no tuve ninguna alteración física y después del diagnóstico siento que me he enfermado más del estómago, he tenido problemas de circulación en mis piernas, dolores de cabeza; pero este último creo que es por mi carácter debido a que soy muy explosivo”.

Participante 9: “antes del diagnóstico sentían debilidad y frágil. Me sentía diferente totalmente, sin fuerzas. Cuando me diagnosticaron fue cuando me internaron porque yo caí muy enfermo, con el tiempo me repuse y me puse bien otra vez”.

Participante 10: “Antes de ser diagnosticado me sentía muy cansado, pero lo relaciono a que tenía anemia, después de ser diagnosticado no sentí ningún cambio”.

Pregunta número 2.5: ¿Cuál fue el motivo de la modificación del TARV?

Participante 1: “A mí me modificaron el tratamiento porque había hecho resistencia a la mayoría de los ARV, y los medicamentos que me habían dado no me estaban funcionando”.

Participante 2: “Porque dejé de consumir drogas y alcohol y además porque la doctora me dijo que estaba casi indetectable”.

Participante 3: “El segundo esquema de tratamiento que yo tome yo hice abandono del mismo porque vivía en las calles y drogadicción. A mí me costó mucho tener un seguro por mi condición de vida, sin embargo cuando ingrese a los dormitorios de la “Muni” y por medio de la Fundación Génesis pude tramitar el seguro social durante un año. A raíz de eso pude tramitar para volver a iniciar el tratamiento que era de mi interés. Como mi caso era retomar el tratamiento se reunió toda la comisión médica (infectología, médico de cabecera, enfermería, farmacia...) para ver en qué condiciones me encontraba para ver si me lo podían volver a dar. Por mi condición de indigencia no me querían dar el tratamiento porque nada les garantizaba que yo me lo iba a tomar, entonces trabajo social intervino junto con el hospital para poderme ingresar acá e iniciar con el nuevo tratamiento”.

Participante 4: “Porque me dijeron que había un medicamento que ya había salido del mercado. Pasé de 5 pastillas a 2”.

Participante 5: “Porque salí indetectable”.

Participante 6: “Sobre todo porque ahora hay nuevas presentaciones de los fármacos. Yo tomaba anteriormente dos Kaletra, una 3TC y un Abacavir 1 pastilla cada fármaco cada 12 horas (8 pastillas al día), sin embargo ahora viene 3TC y Abacavir

en una sola pastilla, por lo que ahora tomo todas en la noche 4 Kaletras y el comprimido compuesto (5 pastillas). El médico me indicó que al tomar ahora menos pastillas favorecería la adherencia farmacológica y que además iba a tener menos efectos adversos lo cual he evidenciado porque me siento mucho mejor con este tratamiento”.

Participante 7: “Debido a que siempre he sido adherente, baje mi carga viral a casi indetectable entonces me cambiaron el tratamiento. Lo único que me ha costado es subir los niveles de CD4”.

Participante 8: “Debido a que llevo 19 años siendo adherente en el tratamiento”.

Participante 9: “Debido a que lo había abandonado, y porque me dio una úlcera y no me dejaba comer”.

Participante 10: “Porque estaba indetectable”.

Pregunta número 2.6: ¿Cuáles fármacos antirretrovirales recibía con anterioridad y cuál es el tratamiento actual?

Participante 1: “No recuerdo que medicamentos estaba tomando porque no fui adherente. Actualmente consumo Stribild y Darunavir”.

Participante 2: “Anteriormente tomaba Lamivudina, Zidovudina y Efavirenz y ahora solo tomo Atripla”.

Participante 3: “El primer esquema que yo tome era Indinavir, Lamivudina, Estavudina. El Indinavir me dijeron que ya está discontinuado, yo tomaba 4 pastillas de ese medicamento; el mismo me dio gastritis y colitis durante 4 años que lo tomé. Ya después me lo modificaron por el mismo motivo, pero yo no sabía que mis

malestares eran por el dicho fármaco porque nadie me explico. Luego tome Efavirenz, Lamivudina y Estavudina y actualmente estoy con Lamivudina, Ritonavir y Kaletra”.

Participante 4: “Con anterioridad recibía Efavirenz, Lamivudina y otras que no recuerdo. Actualmente tomo Abacavir y Efavirenz que viene en una sola pastilla y otra que no recuerdo”.

Participante 5: “No recuerdo los medicamentos que tomaba con anterioridad. Actualmente tomo Atripla, Lamivudina, Kaletra y una celeste que no recuerdo el nombre”.

Participante 6: “Anteriormente tomaba Kaletra, 3TC y Abacavir en 3 presentaciones diferentes actualmente tomo Kaletra y Epzicom (3TC y el Abacavir)”.

Participante 7: “Al inicio solo tomaba Efavirenz, Lamivudina y Zidovudina; esta última me empezó a dar anemia por lo cual me la cambiaron por otra que no recuerdo el nombre pero es azul. Después de ese cambio me mandaron a tomar el tratamiento actual, la Atripla”.

Participante 8: “Anteriormente tomaba Efavirenz, Lamivudina y Zidovudina y actualmente tomo la Atripla”.

Participante 9: “Anteriormente tomaba Efavirenz, Tenofovir y Lamivudina; ahora tomo Lamivudina, Kaletra y Tenofovir”.

Participante 10: “Anteriormente recibía Efavirenz, Tenofovir y Lamivudina; ahora tomo Atripla”.

Pregunta número 2.7: ¿Qué pensamientos, conductas y emociones surgieron después de la modificación del TARV?

Participante 1:

Pensamiento: “Pensé que me estaban dando una última oportunidad, porque por mi poca adherencia los médicos ya no querían prescribirme más los fármacos ART”.

Conducta: “Me hice un nuevo esquema, en el cual me tomo los medicamentos todos los días faltado 10 para las 8 pm para que no se me olviden”

Emoción: “Me sentí feliz porque este medicamento era mi última opción para poder vivir, prácticamente este tratamiento fue el que me sacó del fango donde me encontraba”.

Participante 2:

Pensamiento: “sentí que madure en conocimiento acerca de las ETS, deje de pensar en no morirme, en cuidarme un poquito más, en quererme, en que si me voy a morir que sea de otra cosa, porque la lucha contra el SIDA es larga y dolorosa”.

Conducta: “estoy más activa, busco más proyectos de vida”.

Emoción: “Me sentí más feliz, le fui a contar a mis hijos y empecé a arreglarme más, porque tengo que andar bonita”.

Participante 3:

Pensamiento: “Yo ya sabía que me iban a modificar el tratamiento porque no fui adherente con mi tratamiento anterior. La CCSS solo tiene 4 esquemas disponibles

por lo que son pocas las posibilidades para los que necesitamos un nuevo tratamiento, por lo que pensé que se me iban agotando las posibilidades”.

Conducta: “adherencia total, cumplir los horarios al pie de la letra, cumplir con todas las indicaciones médicas y mucha fe”.

Emoción: “me sentí mucho más aliviado porque tuve una oportunidad más para seguir viviendo”.

Participante 4:

Pensamiento: “Yo le pregunte a la doctora ¿Por qué eso así?”.

Conducta: “No tuve ninguna conducta”.

Emoción: “me sentí muy alegre porque me iba a pasar de 5 a 2 pastillas”

Participante 5:

Pensamiento: “Ojalá me haga lo mismo”.

Conducta: “No tuve ninguna conducta”.

Emoción: “Me daba mal carácter, por eso me mandaron a psiquiatría”.

Participante 6:

Pensamiento: “Tuve resistencia porque ya estaba acostumbrado al tratamiento anterior, a las presentaciones, y pensaba en que me pudiera provocar algún efecto secundario no deseado”.

Conducta: “Tuve que modificar mis horarios de consumo del tratamiento. Yo tomaba en la mañana y en las noches los 3 medicamentos y ahora solo debo tomar Kaletra en

la mañana y el otro comprimido más el Kaletra en la noche. Por lo que había mucha confusión”.

Emoción: “Temor e inseguridad, hasta falta de confianza en el medicamento. Temor a que no me funcionara el tratamiento”.

Participante 7:

Pensamiento: “Que se me iba a hacer un poquito más fácil. De tomar 3 a tomar 1 es completamente la diferencia. Ahora solo tomo 1 vez al día, antes tomaba 2 en la mañana y 3 en la noche”.

Conducta: “termine de tomar el tratamiento anterior y cuando o termine empecé con la Atripla”.

Emoción: “Sentí un toquesillo de miedo, porque la doctora no se supo explicar bien, y como yo tuve reacción con el primer tratamiento me dio miedo que me diera la misma reacción o una más grave”.

Participante 8:

Pensamiento: “Lo único que pensé es que dicha porque es menos problema para mi hígado, porque de tomar 5 químicos a tomar solo 1, porque yo lo que más estoy sufriendo es por mi hígado”.

Conducta: “Espere terminar el tratamiento anterior y comencé el nuevo esquema de Atripla”.

Emoción: “No tuve ninguna emoción, simplemente seguimos tragando pastillas”.

Participante 9:

Pensamiento: “Que si lo dejo de tomar es mi problema pero ya no me lo vuelven a dar más, porque ya no me va a hacer efecto”.

Conducta: “No realice ninguna conducta, únicamente los doctores se reunieron conmigo y me dijeron que me iban a dar el tratamiento por última vez”.

Emoción: “Tranquilo y alegre. Tratar de ser mejor. Porque es mentira el que dice que va a dejar del todo las drogas y las mujeres pero ya hago menos que antes. Siento que he avanzado. Como pretendo yo que 17 años de consumo lo voy a dejar en un año, eso es mentira”.

Participante 10:

Pensamiento: “Me sentí muy entusiasmado, más que todo porque solo era una pastilla”.

Conducta: “Nada”.

Emoción: “Contento”.

Pregunta número 2.8: ¿Ha considerado en algún momento abandonar el TARV? ¿Cuál ha sido la causa? En caso de haberlo abandonado, ¿Cuántas veces ocurrió? ¿Cuál fue la causa?

Participante 1: “El tratamiento actual jamás lo abandonaría debido a que es mi última salvación, pero con anterioridad lo abandoné 3 veces por la depresión que tuve por la muerte de mi hermano”.

Participante 2: “No, eso jamás ha pasado por mi mente. A las 8 en punto es una alarma mental y ya me estoy tomando el tratamiento”.

Participante 3: “Sí, solo una vez lo abandone por las condiciones de calle en que vivía”.

Participante 4: “Para nada”.

Participante 5: “Nunca lo abandonaré, solo una vez deje de tomarlo pero fue porque tuve un accidente y estuve en coma por 3 meses, hace 5 años. Los médicos no me dieron el tratamiento porque no sabían que tenía VIH/SIDA”.

Participante 6: “Hace muchos años lo abandoné como 3 veces, hace 3 años tuve la última recaída por drogas y lo abandone por 2 meses, pero después de esa ocasión he sido sumamente adherente”.

Participante 7: “No”.

Participante 8: “Jamás, me ha costado mucho llegar con las células CD4 donde las tengo”.

Participante 9: “Yo lo había abandonado una vez por las drogas, además porque se me había hecho una úlcera en el estómago por los mismo. Nunca me mandaron tratamiento. Del Calderón me refirieron al San Juan para que me dieran tratamiento y en el San Juan me mandaron para el Hogar y no me mandaron nada, ni acetaminofén. Me mandaron a morir. Yo estaba asegurado por el estado pero como era indigente no me querían ver en ningún hospital ni EBAIS, por mi condición, entonces de que vale tener seguro si no lo atienden a uno por ser indigente”.

Participante 10: “Pensé en no tomarlo varias veces pero nunca lo he dejado”.

Pregunta número 2.9: ¿Percibió algún efecto a nivel físico y emocional durante el consumo del tratamiento anterior?

Participante 1: “Fiebre y dolor de cabeza, pero lo relaciono a la meningitis que presente; no a un efecto de los fármacos que consumía”.

Participante 2: “A nivel físico solo subí de peso y a nivel emocional me daba muchas pesadillas, me costaba mucho dormir”.

Participante 3: “A nivel físico tuve náuseas y a nivel emocional el Efavirenz es alucinógena por lo que tuve pesadillas horribles y pasaba mareado, al principio cuesta mucho asimilarlo; además pasaba muy deprimido. Estos medicamentos tienen muchos tantos efectos en el organismo y me pone a pensar que mi vida depende de estos para vivir el resto de mi vida. Por eso me tomaba los medicamentos en el día las alucinaciones son peores, cuando me levantaba no sabía si fue pesadilla o si de verdad pasó”.

Participante 4: “No sentí ningún efecto a nivel físico, y a nivel emocional me costaba dormirme”.

Participante 5: “Durante el consumo del tratamiento anterior no percibí ningún cambio a nivel físico ni a nivel emocional”.

Participante 6: “A nivel físico me causaba náuseas y sensación de pesadez en el estómago; y a nivel emocional temores, ansiedad, inseguridad, preocupación y angustia; esto al inicio del tratamiento pero luego lo superé retomé bien el tratamiento”.

Participante 7: “a nivel físico solo la anemia y baje mucho de peso y a nivel emocional más sensible”.

Participante 8: “A nivel físico y emocional no sentí ningún cambio”.

Participante 9: “a nivel psicológico mareos y cansancio, y nivel físico no sentí ningún cambio, solo la úlcera en el estómago”.

Participante 10: “A nivel físico sentí sudoraciones la primera semana, y me sentía atontado porque me choco TARV con los psicotrópicos, a nivel emocional me sentí deprimido”.

Pregunta número 2.10: **¿Ha percibido algún efecto a nivel físico y emocional durante el consumo del tratamiento actual?**

Participante 1: “En realidad me siento muy bien. Este tratamiento me sacó del fango en donde me encontraba”.

Participante 2: “A nivel físico me he sentido muy bien, y a nivel emocional me he sentido muy motivada”.

Participante 3: “Actualmente a nivel físico y emocional me he sentido bastante bien”.

Participante 4: “No he sentido cambios en ninguna de las dos”.

Participante 5: “Con el tratamiento actual he percibido tener mal humor, siento que no me da ganas de comer y he sentido dolores en la pierna pero este último lo relaciono con el accidente que tuve”.

Participante 6: “A nivel físico yo siento que los medicamentos ya no me causan náuseas ni pesadez y nivel emocional era angustia, miedo al cambio y a la adherencia al tratamiento; pero de igual forma lo superé”.

Participante 7: “A nivel físico me he sentido más perezoso y a nivel emocional me he sentido mucho más tranquilo”.

Participante 8: “A nivel físico me he sentido más enfermo, además todo mi cuerpo de lado izquierdo siento que lo tengo afectado porque mis dolencias son en ese lugar, se me inflama más el estómago de lado izquierdo, siento una presión en mi pierna izquierda pero todo lo anterior no lo relaciono con el consumo del tratamiento, sino de todo lo que hice en el pasado (consumo de drogas, prostitución e indigencia). A nivel emocional me he sentido completamente normal”.

Participante 9: “A nivel físico no me afectado en nada, de hecho ya me cure de la úlcera porque en el Hogar me consiguieron el tratamiento, y a nivel emocional me siento alegre, volví a trabajar y ahora estoy indetectable”.

Participante 10: “No percibí ningún efecto en ambos sentidos”.

Pregunta número 2.11: ¿Ha recibido opinión negativa y/o positiva acerca del TARV que consume en la actualidad? Si la respuesta es sí, ¿cuál fue?

Participante 1: “No he recibido ninguna opinión debido a que solo yo tomo este tratamiento”.

Participante 2: “Me han dicho que es más fácil y práctico el consumo”.

Participante 3: “solo conozco una persona que está tomando el mismo tratamiento que yo y cuando le he preguntado por el medicamento me ha mencionado que no ha percibido ningún efecto a nivel negativo”.

Participante 4: “No”.

Participante 5: “No”.

Participante 6: “Sí, opiniones positivas, el doctor me dijo que era una ventaja porque iba a tomar menos medicamentos. Porque antes tomaba 4 medicamentos en la mañana y cuatro en la tarde y ahora solo 5 medicamentos al día por la noche, lo Cual me ha aliviado mis síntomas estomacales provocados por el TARV”.

Participante 7: “Solamente la doctora que me dijo que me iba a sentir mejor que el anterior”.

Participante 8: “No”.

Participante 9: “No”.

Participante 10: “Sí, negativos. Me dijeron que la Efavirenz da depresión”.

Pregunta número 2.12: **¿Percibió apoyo por parte de su núcleo social, familiar y de los profesionales en salud durante el consumo del tratamiento anterior? ¿Durante el proceso de modificación del TARV a la actualidad como ha sido el apoyo de los ya mencionados?**

Participante 1: “Durante el tratamiento anterior no recibí apoyo de mi familia ni amigos, solo del Hogar. Durante la modificación exactamente lo mismo”.

Participante 2: “Durante el consumo del tratamiento anterior mi familia no me apoyo, mis amigos no saben de mi condición y los profesionales incluyendo el Hogar siempre me han apoyado en todo, inclusive con mis enfermedades no relacionadas con el VIH como la premenopausia que estoy viviendo. Siempre evacuan todas mis dudas. En el proceso de modificación mis amigos no saben mi condición, algunos tíos que saben me alientan a continuar con los medicamentos, y los profesionales del Hogar siempre me dan el apoyo que necesito”.

Participante 3: “Con el consumo del tratamiento anterior eran pocas personas las que me apoyaban, solo los conocidos, y por parte de los profesionales que me han apoyado bastante desde que inicie con el mismo. Con el tratamiento actual solo las personas del Hogar me han apoyado, debido a que casi no salgo porque no tengo trabajo perdí la relación con mis amigos; también he sentido apoyo por parte de los profesionales en salud”.

Participante 4: “Con el consumo del tratamiento anterior no tuve mucho apoyo porque no les comento nada ya que quiero que me vean como antes de que me pasará la enfermedad. No quiero que sientan lástima por mí. Sin embargo si llego a necesitarlos sé que me pueden apoyar. Como mi enfermedad la he tratado de tener lo más discreta posible mis amigos no saben nada de mi condición por lo cual no los he vuelto a ver ni recibo apoyo. Por parte de los profesionales en salud he recibido el apoyo que necesito. Durante la modificación igual que el tratamiento anterior”.

Participante 5: “Con el consumo del tratamiento anterior, con respecto a mis amigos nunca supieron de mi enfermedad por lo cual nunca me han apoyado, mi familia siempre me apoyo, y los profesionales en salud siempre me han dado la atención que yo he necesitado. Con el consumo del tratamiento actual, mi familia no sabe que me

cambiaron el tratamiento porque prefiero mantenerlos distantes de lo que me pasa, y por parte de los profesionales en salud no siento mucho apoyo, me ven cada año y yo no puedo ver a mi doctor ya que me pusieron otro. Tengo otras dolencias que quisiera comentarle a él, así como mis inquietudes acerca del tratamiento, ya que tengo más confianza porque llevaba 6 años de atenderme, pero ahora me pusieron otro con el que no me siento cómodo”.

Participante 6: “Con el consumo del tratamiento anterior, mi familia siempre ha estado apoyándome, me aconsejan sobre mi alimentación para que no interaccione con los medicamentos, por parte de mis amigos cuando los visito ellos siempre están al tanto sobre las tomas de mi tratamiento, siempre me han apoyado, por parte de los profesionales en salud es la parte que siempre me ha costado entender porque cuando uno como usuario va a iniciar el TARV o le hacen cambio o modificación de esquema, en las clínicas de VIH hay todo un equipo interdisciplinario, en realidad el apoyo brindado se limita a una sola sesión. Por parte de la farmaceuta que me atendió me explico la presentación, la nueva dosificación, como debía tomarlo pero después de ahí no hay más apoyo, por lo que considero que es demasiado poco la atención. Uno que tiene un poquito de conocimiento se puede defender pero me preocupa la gente que ni siquiera sabe leer ni escribir, ¿cómo hará para tomarse el tratamiento? Después del diagnóstico mi familia está pendiente sobre los días que me corresponde meter el tratamiento y retirar a la farmacia, me preguntan si se me está acabando. Mis amigos siempre me apoyan en todo y por parte de los profesionales siento que falta orientación a los usuarios porque la farmacia cierra a las 4 y una amistad fue a dejar mi receta a las 3:00 p.m. y no le quisieron recibir la receta porque la persona encargada de recibir este tipo de recetas sale a las 3 y ya eran las 3: 04

p.m. por lo que me pude haber quedado sin fármacos unos días por la falta de información a los usuarios”.

Participante 7: “Con el tratamiento anterior por parte de mi familia todos sabían que yo estaba tomándolo pero ninguno me apoyo, únicamente mi hermana que me ha apoyado. Mis amistades me imagino que sospechan pero yo nunca les comente y la verdad no tengo amigos. Por parte de los profesionales en salud si he sentido apoyo. Con el cambio del tratamiento pasa exactamente igual que con el tratamiento anterior con excepción de los profesionales en salud, la doctora sentí que me explico muy por encima, porque como estaba atrasada con las consultas y como tenía muchos pacientes que atender me explico muy poquito y por encima, eso me causó temor al iniciar el tratamiento actual”.

Participante 8: “Con respecto al tratamiento anterior mi familia siempre me ha apoyado, mi núcleo social más cercano que sabe mi condición siempre me apoyan y por parte de los profesionales en salud nunca he necesitado orientación de la CCSS debido a que estoy sumamente capacitado por las constantes charlas del Hogar, ya que poco después de mi diagnostico fui ingresado. Desde que fui diagnosticado solo recibí una vez orientación por parte de la CCSS cuando tuve cita con la doctora, la enfermera, la psicóloga, la nutricionista y la infectóloga, después de ahí todo mi conocimiento acerca de la enfermedad es gracias a las charlas del Hogar. Después de la modificación del tratamiento exactamente lo mismo”.

Participante 9: “Con respecto al tratamiento anterior recibí apoyo tanto de mi mamá como de mi papá, por parte de m núcleo social yo perdí conexión porque me vine a vivir acá y los profesionales en salud he sentido apoyo. Con respecto al tratamiento actual lo mismo que el anterior”.

Participante 10: “Con el consumo del tratamiento anterior sentí apoyo de algunos amigos cercanos, por parte de mi familia solo mi sobrina me apoyo y recibí todo el apoyo que necesitaba por parte de los profesionales en salud. Con el tratamiento actual lo mismo que el anterior”.

Pregunta número 2.13: ¿Cómo son sus estilos de vida relacionados con la alimentación, ejercicio y ocio (actividad de entretenimiento)?

Participante 1: “En cuanto a la alimentación es muy buena debido a que es la que recibo en el Hogar, realizo una hora diaria de actividad física (caminar), en realidad mi ocio es salir a caminar y eso me ayuda también a ejercitarme”.

Participante 2: “Trato de comer sin grasas, camino a hora al día y hago baile terapia 3 veces por semana y como actividad de ocio hago manualidades”.

Participante 3: “Con respecto a la alimentación es limitada porque únicamente como lo que me dan en el Hogar, como siempre y cuando pueda porque tengo los triglicéridos muy altos y me restringieron las harinas, pan y azúcar, pero dentro de lo que se puede trato siempre de alimentarme bien. Con respecto al ejercicio me gusta el spinning y andar en bicicleta. A nivel de entretenimiento me gusta tocar la guitarra”.

Participante 4: “Llevo 3 meses que no desayuno porque me da pereza levantarme, pero como muy bien; realizo trabajo de construcción en el Hogar lo cual me mantiene activo y además me gusta ejercitarme con la bicicleta y como actividad de entretenimiento me gusta jugar con el celular”.

Participante 5: “Con respecto a mi alimentación he sentido no tengo apetito hasta tal punto que he botado los alimentos que me dan en el Hogar porque no se me

apetece comer nada, inclusive los alimentos que eran mis favoritos como el ceviche, simplemente no quiero comer nada. Con respecto al ejercicio no practico ningún deporte sin embargo usted me verá todo el día haciendo trabajitos aquí en el Hogar desde las 6 de la mañana hasta las 8 de la noche y con mis actividades de entretenimiento no puedo realizar lo que me gusta porque el compañero de habitación que lleva 20 años viviendo en el Hogar y que paga cierta cantidad de dinero por el cuarto no me deja ver tele, ni cargar el celular para jugar; y yo como no tengo plata para pagar me da miedo que me echen, hace 3 días tuve problemas por la misma situación”.

Participante 6: “Yo trato de alimentarme bien pero a veces como más de la cuenta y alimentos altos en grasa que no debo de consumir, sin embargo trato de incluir a mis dietas ensaladas y verduras para tener una alimentación balanceada. Con respecto al ejercicio no hago un deporte como tal pero si me gusta caminar mucho. Como actividad de entrenamiento me gusta leer, escuchar música y me gusta ser activista de derechos humanos y asisto a mis reuniones de Narcóticos Anónimos”.

Participante 7: “A nivel nutricional a veces desayuno y a veces no ya que no me gusta mucho comer en las mañanas, sin embargo almuerzo y ceno alimentos balanceados todos los días, no hago ejercicio porque no me gusta y como entretenimiento me gusta ver tele y estar acostado”.

Participante 8: “A nivel nutricional desayuno almuerzo y ceno todos los días y trato de que siempre sean alimentos nutritivos, no realizo actividad física y mi hobbie es ver tele”.

Participante 9: “Con respecto a la alimentación como los 3 tiempos de comida, como bien puesto que me lo dan en el Hogar, mi ejercicio es el trabajo porque hago reparaciones en el Hogar y como entretenimiento me gusta salir a caminar”.

Participante 10: “Con respecto a mi alimentación como 3 veces al día, pero no muy saludable. No realizo ejercicios. Como hobbies me gusta practicar poniendo uñas”.

Pregunta número 2.14: ¿Qué recomendaciones como usuario de un servicio de salud y miembro de una comunidad cree usted necesarias para mantener una adecuada adherencia en el tratamiento antirretroviral?

Participante 1: “Que los profesionales en el tema den más información sobre el tratamiento. Como usuario es importante mantener un horario estricto de tomar los medicamentos y lo indispensable es no abandonar el TARV, porque eso es lo que te va a salvar la vida”.

Participante 2: “Es importante no dejar el tratamiento, ya que son gotitas de vida. Hay que motivarse, no continuar con las drogas y el licor. A los jóvenes que no tienen VIH los insto a que utilice protección”.

Participante 3: “Es importante que los profesionales den recomendaciones sobre el consumo de tratamiento ya que es esencial respetar el horario de toma del tratamiento siempre, es importante tomar suficiente agua por lo menos 8 vasos de agua al día para que el medicamento funcione mejor y dormir bien para que el cuerpo se recupere”.

Participante 4: “El tratamiento es la vida de uno. Por lo que yo considero que lo más importante es aferrarse al tratamiento si uno quiere seguir viviendo”.

Participante 5: “Yo creo que lo más importante en la vida de nosotros es no dejar el tratamiento por nada, y evitar el consumo de drogas y el alcohol”.

Participante 6: “Hace falta más seguimiento por parte del médico, porque una vez que te dan el tratamiento solamente te ve una vez el equipo interdisciplinario, después de ahí solo te sigue viendo el infectólogo, el mismo te va lora, ve como estas, valora los niveles de CD4, da las recetas y hasta ahí “vaya con Dios”. Si creo que falta más educación, acompañamiento, más soporte por parte de los profesionales en salud desde la institución. Hay desabastecimiento de medicamentos lo cual provoca angustia de quedarse sin tratamiento; el medico solo se encarga de dar la receta y cuando llegas a la farmacia te llevas la sorpresa de que no hay medicamentos por lo cual te fraccionan el tratamiento, ósea te dan solo por 8 o 15 días. Creo que falta más educación sobre esos temas, además de los horarios que debe dejar los medicamentos debido a que todo eso incide en la adherencia. Además creo necesario que los médicos expliquen más sobre los efectos secundarios del esquema, por ejemplo a mí el TARV me altero los triglicéridos y el colesterol y son los momentos y no me ha visto la nutricionista que se supone tuvo que haberme visto para darme recomendaciones alimentarias”.

Participante 7: “Creo necesario que tengan una atención de calidad, que me traten como usuario sin ninguna discriminación con respecto a los demás”.

Participante 8: “Me gustaría que constantemente (al menos una vez al mes) den capacitaciones o que actualicen la información brindada, que le den más cuidados a uno, que lo llamen periódicamente para ver cómo le está yendo con el tratamiento y si tenemos alguna duda con respecto al mismo. Además, sería buena que existiera

una persona que se sentará con uno en caso de no sentirse a gusto con alguna situación, así como con el tratamiento, una persona apta que evacue dudas”.

Participante 9: “Siento que la CCSS me da todo lo que necesito para una adecuada adherencia al tratamiento. Lo que puedo dar de recomendación es que es importante acudir siempre a las citas, ser responsable, tomarse el tratamiento adecuadamente, alimentarse bien y tratar de estar tranquilo”.

Participante 10: “Considero importante tomar el tratamiento a las horas indicadas, con horarios establecidos y dejar los vicios. Es importante que la CCSS realice charlas sobre cómo ser adherente, estilos de vida saludables y me gustaría que hubieran grupos de apoyo”.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN E INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

El instrumento de la investigación es aplicado a las personas con VIH/SIDA del Hogar de la Esperanza, por lo que se procede al análisis de los diferentes puntos relevantes mencionados a continuación:

En relación con los aspectos sociodemográficos se detecta que 9 de los 10 entrevistados eran hombres, siendo, además, 7 de cada 10 del total de la población con edades entre las 23 a los 45 años, por lo que se observa que los datos tienen similitud con lo que explican Llorca, Garita y Acuña (2016-2021) en el Plan Estratégico Nacional (PEN), en donde “los nuevos casos detectados de infección por VIH se presentan básicamente en el sexo masculino (80,5 %)... El grupo de edad más afectado es el de 20 a 49 años, aportando el 80,5 % de los casos del período” (17).

Se menciona que 1 de los entrevistados no tiene ningún tipo de estudio, 4 tienen nivel de escolaridad primaria, 4 personas nivel de escolaridad secundaria y solo 1 persona es universitaria. Estos datos son de suma relevancia, debido a que Rizo (1), en el 2016, menciona que dentro de variables sociodemográficas que intervienen en la no adherencia del TARV, se encuentran el bajo nivel de escolaridad, por lo que el personal de enfermería debe considerar esta condición como alta predisposición de abandono al fármaco.

Con respecto al lugar de residencia antes de ingresar al Hogar, 6 personas indican que viven en los alrededores de San José, 2 vivían en Heredia, 1 en Puntarenas y 1 más en Alajuela. Estos datos concuerdan con los reportes del Ministerio de Salud de Costa Rica (18) del 2017, los cuales señalan que la mayor incidencia VIH/SIDA se concentra en la ciudad de San José, seguido de Heredia, en tercer lugar la provincia de Puntarenas. Por lo cual, se analiza que la mayor concentración de individuos con

esa condición se encuentran en San José, dato que demuestra que se deben aumentar los esfuerzos por parte del personal de salud, especialmente en esta área, para disminuir la tasa de incidencia del VIH/SIDA.

Con respecto al año en el cual iniciaron el tratamiento una de las personas menciona que es en 1997 y otra 1999, dos de los residentes manifestaron en el 2002, una persona en el 2004 y otra en el 2007, seguidamente dos refieren 2014, una en el 2016 y una última en el 2017. Por consiguiente, se menciona que en estos residentes el año en que iniciaron el tratamiento es en diferentes periodos los cuales van desde 1997 hasta el 2017. Datos que son de suma importancia para esta investigación, debido a que se espera obtener diferentes relatos sobre el régimen de toma del tratamiento, así como las percepciones de los residentes con respecto a los mismos en relación a los nuevos esquemas.

Con respecto al año en que se les modificó el tratamiento farmacológico, se evidencia que 8 personas se les modificó el tratamiento hace 1 año o menos, 1 persona hace 1 año y 2 meses y una última hace 1 año y 6 meses. Esta información es indispensable, debido a que se pretende analizar la percepción de los residentes con respecto a los nuevos esquemas farmacológicos de la CCSS.

Con respecto a la ocupación de los entrevistados, se logra evidenciar que 5 de los 10 participantes no laboran, 3 de estos por desempleo y 2 los restantes, debido a que son pensionados, asimismo, 2 son estudiantes y 3 laboran, debido a que fueron contratados por el Hogar. Weiner y Dodd señalan la importancia de tener un trabajo diario que mantenga cierta ocupación en el usuario, con el fin de generar un equilibrio en la vida del mismo y disminuir su estado de incertidumbre provocado por el proceso de la enfermedad (70).

Weiner y Dodd señalan que cuando una persona sufre una enfermedad representa una alteración de la vida normal, dicha alteración afecta a todos los aspectos de la vida, dentro de los mismos el funcionamiento fisiológico, las interacciones sociales y la concepción del individuo como tal(70). Se evidenció en los resultados de esta investigación, en el cual los participantes tienen una alteración de su vida normal, ya que se les dificulta el régimen laboral por la condición de su enfermedad.

La falta de apoyo emocional y social está altamente relacionada con la no adherencia al TARV. Rizo, explica que “en pacientes VIH+, el bajo apoyo social se ha asociado a una peor salud percibida, más dolor, un peor funcionamiento físico, una mayor dificultad en las actividades diarias, mayor estrés relacionado con la salud y un peor funcionamiento cognitivo” (1).

Con respecto al texto anterior, se logra demostrar que por parte de los familiares: 2 personas sienten no recibir apoyo, 4 perciben recibir poco apoyo y 4 mencionan que si son apoyados lo suficientemente; por parte del apoyo brindado por los amigos, 3 personas perciben nulo apoyo, 2 consideran recibir poco apoyo y los restantes 5 creen recibir bastante apoyo. Asimismo, todos los entrevistados perciben tener buen apoyo por parte de las instituciones de la salud, especialmente del hogar en donde viven; con excepción de un residente que considera no haber tenido el apoyo por parte de la CCSS, debido a su condición de indigencia.

Se puede evidenciar cómo estos residentes reciben un apoyo mínimo por parte de sus familiares, núcleo social más cercano e, inclusive, de los mismos centros de salud, lo cual los vulnerabilizan a empeorar su estado físico y emocional:

“De parte de mi familia y amigos recibo muy poco apoyo. Aquí es el único lugar que me han apoyado (refiriéndose al Hogar de la Esperanza), con respecto a la CCSS no he sentido mucho apoyo porque a pesar de mi condición me costó demasiado que me dieran el seguro, de hecho me dieron el seguro debido a que ingrese al Hogar, porque lo intente anteriormente y no me ayudaron por mi condición de indigencia”.

(Participante 3, 20 de enero del 2019)

Con respecto al texto anterior, coincide con la OPS/OMS México (6), en el 2017, en donde menciona que la OMS alerta a los países sobre la creciente tendencia a la resistencia a los fármacos contra el VIH, esto en su mayoría porque no tienen un acceso constante a la medicación, ni atención de calidad.

Es realmente preocupante para los servicios de salud, debido a que los residentes que no tienen una vivienda fija no son candidatos para el consumo del TARV, aun cuando los mismos están interesados en el consumo del esquema farmacológico, predisponiéndolos a adquirir infecciones oportunistas, propiciando la propagación de la infección en nuevas personas e inclusive haciéndolos vulnerables a una muerte temprana.

Relacionado con la misma variable se puede observar en el siguiente diálogo que en estos usuarios predomina las incertidumbres de tiempo, cuerpo e identidad mencionadas por Wiener y Dodd, especialmente cuando se les pregunta sobre el apoyo relacionado a su círculo social más cercano.

“Antes de ser diagnosticado la relación con mi familia, amigos y conocidos era normal; después de que me diagnosticaron, al inicio mi familia como todo “el

“porecito aquí y el porecito allá” y más por la limitación física que yo tenía, me ayudaban bastante, pero después con el tiempo empezaron los problemas y algunos hermanos no me apoyaron y otros sí. Por parte de mis amigos, llegaban a verme y me apoyaban por mi condición de incapacidad por la toxoplasmosis, pero nunca supieron que padecía VIH/SIDA, por parte de mis conocidos nunca les comenté mi condición (Participante 4, 20 de enero del 2018)

En el texto anterior se aprecia que en cuanto a la incertidumbre de identidad este residente al tener una limitación física sus familiares lo veían con lástima y lo estigmatizaban como el “porecito” y no como una persona que podía ser útil para muchas actividades pero que requiere de una poco más de ayuda en comparación con una persona sana. Así mismo se aprecia que en cuanto a la incertidumbre de cuerpo esta persona al no poder realizar ciertas actividades por su limitante física se siente dependiente de sus familiares y amigos.

En cuanto a la incertidumbre de tiempo este residente es diagnosticado debido a que es internado en el hospital por haber adquirido una enfermedad oportunista. Es diagnosticado en un momento difícil de su vida debido a que el mismo se encontró en coma durante su internamiento y el momento más crítico llegó cuando despertó y recibió la noticia de que era portador de VIH/SIDA.

En relación con la percepción de los usuarios con VIH/SIDA con respecto al consumo del TARV, esta investigación logra demostrar mediante los testimonios de los participantes los resultados mencionados a continuación. Antes del diagnóstico solo de 3 personas se encontraban tristes o deprimidas, las restantes 7 se sentían completamente “normales”, o bien el uso de drogas no les permitía percibir ningún tipo de estado emocional; no obstante, después de haber recibido el diagnóstico 7 de

las personas mencionaron haberse sentido deprimidos o tristes. Lo cual se ve evidenciado en el siguiente texto:

“Antes de haber sido diagnosticado intente suicidarme 5 veces por la depresión que venía arrastrando desde niño; desde los 23 años tuve 8 internamientos en el Hospital de Pavas por intentos de suicidio... Después de que me diagnosticaron me aumentó la depresión e intente nuevamente suicidarme cortándome las muñecas, por lo cual me volvieron a internar en Pavas.”. (Participante 10, 24 de enero del 2019)

Es indispensable que el personal profesional de enfermería considere estos factores al brindar la intervención a este tipo de usuarios, debido a que como lo explica el Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (32), en el 2014, uno de los factores predisponentes para la no adherencia del TARV está íntimamente relacionado con la depresión. Asimismo, Rizo (1), en el 2016, menciona que la comorbilidad física y psíquica podría afectar el consumo de este tratamiento.

La ONUSIDA (68), en el 2018, indica que el apoyo social y familiar está íntimamente relacionado con el estado de salud y la calidad de vida de las personas infectas, proporcionando una estabilización emocional, además esto brinda motivos para continuar luchando contra la enfermedad. Si el usuario tiene un buen apoyo por parte de su círculo social, mejorará proporcionalmente su estado emocional. Se puede demostrar en el siguiente diálogo cómo puede verse afectada una persona con VIH/SIDA, cuando el mismo no percibe un adecuado apoyo, comprensión y confianza por parte de los mencionados:

“Antes del diagnóstico la relación con mis amigos y conocidos era buena y con mi familia yo siempre había tenido excelente relación...Después del diagnóstico por

miedo del rechazo y la discriminación yo hice abandono de trabajo en el hospital donde laboraba como enfermero, porque tenía miedo. Mis compañeros de trabajo se enteraron de mi condición cuando yo renuncié, unos tuvieron una actitud para bien y otros para mal; ya que algunos lo entendieron, me dieron mucho apoyo y acompañamiento; lo mismo pasó con mis conocidos. Mucha de las conductas de mis familiares era excluyentes y discriminatorias; ellos me rechazaron.” (Participante 6, 20 de enero del 2019)

Asimismo, relacionado con el diálogo anterior, Weiner y Dodd establecen en su teoría que los cambios provocados una enfermedad crónica, provocan preocupaciones, debido a que el individuo es incapaz de reconocer el futuro de la evolución de su enfermedad, todos los cambios a los que se irá enfrentando en el proceso y como eso repercutirá en sus relaciones sociales. La enfermedad crónica altera la percepción habitual o de cada día de uno mismo (70). Por lo que se puede observar que en estas personas el miedo e incertidumbre de la evolución de su condición afecta directamente sus relaciones interpersonales y con ello el papel que cumplen como parte de una sociedad.

El Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (32), en el 2014, uno de los principales objetivos del consumo del TARV es evitar que el usuario desarrolle una enfermedad oportunista (32), esto debido a que el organismo se encuentra vulnerable por la destrucción de los linfocitos, provocando que agentes como bacterias, virus y hongos ingresen al sistema humano sin que el mismo sea capaz de atacarlos (69).

Según los datos recopilados en esta investigación, 5 de los residentes fueron diagnosticados, debido a que padecieron alguna enfermedad oportunista, por lo cual

durante el control en la visita médica descubrieron su padecimiento. Los residentes no consumían el tratamiento porque desconocían su diagnóstico, sin embargo, se puede apreciar como el no consumo del TARV puede acarrear efectos negativos a su salud, y demuestra la gran importancia que tiene el consumo de estos fármacos para mantener un estilo de vida óptimo. Lo mismo se puede evidenciar en el siguiente texto:

“Antes de ser diagnosticado yo era drogadicto. Empecé con mareos y desmayos en el lugar donde me tenían internado para salir de la drogadicción, me llevaron al hospital por una fuerte recaída y resultó que tenía toxoplasmosis y estuve en coma más de 2 años. Cuando desperté me dieron el diagnóstico y los cambios físicos que tuve son las secuelas de la toxoplasmosis, perdí la mayor parte de la movilidad del lado izquierdo de mi cuerpo.”. (Participante 4, 20 de enero del 2019).

Relacionado con el diálogo anterior, Wiener y Dodd mencionan que hay que recordar que el contexto biográfico tiene sus raíces en el cuerpo, conforme el cuerpo cambia a lo largo del curso de la enfermedad y el tratamiento, la capacidad de llevar a cabo determinados tipos de trabajo y, finalmente, la propia identidad se transforma (70).

Las consecuencias de la enfermedad provocadas a nivel físico y emocional modifican radicalmente el estilo de vida de la persona, sin embargo, esto se puede prevenir mediante el consumo del tratamiento que previene la aparición de enfermedades oportunistas y mantiene la salud de la persona en las mejores condiciones. De ahí, la importancia de la adherencia a los fármacos.

Se analiza el motivo por el cual a los residentes se les modifica el TARV, por lo que se recopila la siguiente información: 6 de los participantes mencionan que estaban

indetectables o adherentes (por lo que se les simplifica o acorta el esquema), 1 menciona específicamente le acortaron el tratamiento y 3 de los mismos se les cambió el TARV por abandono o resistencia.

El Ministerio de Salud Pública de la República Oriental del Uruguay (32), en el 2014, existe 3 causas principales para la modificación del esquema antirretroviral, dentro de los mismos se encuentran: acortamiento de TARV, toxicidad; y falla terapéutica, fallo virológico o fallo inmunológico. Siendo el primero uno de los aspectos más positivos en el usuario, ya que le permite “disminuir el número de comprimidos, mejorar la tolerancia y evitar requerimientos dietéticos” (32). Lo mismo se puede apreciar en el siguiente texto en donde se le pregunta al usuario el motivo de la modificación de su esquema ART:

“Sobre todo porque ahora hay nueva presentaciones de los fármacos. Yo tomaba anteriormente dos Kaletra, una 3TC y un Abacavir... sin embargo ahora viene 3TC y Abacavir en una sola pastilla... me siento mucho mejor con este tratamiento.”.
(Participante 6, 20 de enero del 2019)

Asimismo, relacionado con el diálogo anterior Fernández y Montero (20), en el 2017, mencionan que el objetivo de la simplificación es que al ingerir menos medicamentos, que los usuarios cumplan con la dosificación a lo largo del tiempo y gestionen mejor su convivencia con esta enfermedad crónica, lo cual se evidencia que concuerda con el relato del participante N° 6.

En relación con el pensamiento que tuvieron los participantes después de la modificación del TARV, se evidencia que dentro de los más relevantes se encuentran los siguientes: 2 personas tienen un pensamiento más optimista, 1 persona piensa que

se le iba a facilitar la toma del tratamiento y 1 persona refiere que tuvo menos efectos adversos.

En cuanto al pensamiento, se analiza que, a pesar de que todos tienen pensamientos distintos, la mayoría es positivo hacia el nuevo TARV, sin embargo, aspectos claves como la resistencia al consumo del TARV y la preocupación de la causa de modificación del tratamiento son aspectos sumamente claves que el personal profesional de enfermería debe abordar para crear confianza y tranquilidad en el usuario y de esta manera mantener un adecuado régimen de consumo del mismo.

Asimismo, se valora la conducta después de la modificación del TARV, en el cual se obtuvieron los siguientes resultados más relevantes: 2 personas manifiestan que realizaron un nuevo esquema de toma del TARV, 1 persona menciona tener una conducta más activa y 1 persona manifiesta que es más adherente. Como se puede analizar, los residentes refirieron tener una conducta positiva frente al cambio de su esquema antirretroviral.

Finalmente, al estudiar las emociones que tuvieron los participantes respecto a la modificación del TARV, se logra recopilar los siguientes resultados más relevantes: 5 mencionan que se sintieron felices, 2 refieren que tuvieron temor y 1 entrevistado menciona que se sintió aliviado por la oportunidad de reiniciar un tratamiento. Se puede analizar que la mayoría de los entrevistados tuvieron una emoción positiva respecto a la modificación del tratamiento, sin embargo, se evidencia que no es suficiente con modificarlo para mejorar el estado físico de la persona, ya que hay que evaluar otros aspectos como los psicosociales para mantener un adecuado rol en el consumo de este.

Tanto el pensamiento, las conductas, así como las emociones de un usuario con VIH al modificársele el tratamiento son aspectos importantes que hay que considerar durante la intervención de enfermería, ya que estas son un punto clave que podría crear en el usuario una adecuada adherencia o por el contrario resistencia por parte del mismo para la toma respectiva. El personal profesional de enfermería cumple un papel esencial, debido a que estos tienen la adecuada preparación para evaluar las necesidades que presenta la persona con VIH/SIDA con el fin de brindarle el respectivo abordaje. Así lo explica Aguilar (22), en el 2016:

“Una de las funciones que se le asigna a este profesional es la de cuidar la salud, ... el cuidado de enfermería, los servicios, unidades y educar para la salud... informar, enfatizar sobre las dudas surgidas en la consulta médica y utilizar el asesoramiento como herramienta de trabajo, y en detectar precozmente al posible incumplidor, al planificar con el equipo asistencial las estrategias de intervención.”. (22).

Las funciones del personal de enfermería, si se cumplen correctamente, permitirán el rol adecuado para la intervención de los usuarios en general, pero en especial en este tipo de personas que requieren mayor apoyo, comprensión y su respectiva educación.

Lo anterior se puede reflejar en el siguiente diálogo en donde se aprecia que, a pesar de que el residente tiene una emoción positiva, el personal profesional de enfermería debe darle un abordaje integral, así como un acompañamiento que le permita a la persona mantener la adherencia al tratamiento, pero que, además, le permita a este modificar las conductas de riesgo que pueden interferir en el bienestar de la salud de la persona y la efectividad de su TARV:

“Tranquilo y alegre. Tratar de ser mejor. Porque es mentira el que dice que va a dejar del todo las drogas y las mujeres pero ya hago menos que antes. Siento que he avanzado. Como pretendo yo que 17 años de consumo lo voy a dejar en un año, eso es mentira.” (Participante 9, 24 de enero del 2019).

En cuanto al abandono del TARV, 2 personas lo abandonaron en 3 ocasiones, 2 personas lo abandonaron 1 vez, 1 persona considero no tomarlo en varias ocasiones; esto con respecto al TARV anterior y las restantes 5 nunca lo abandonaron ni tuvieron deseos de realizarlo. Dentro de las principales razones, se encontraron la depresión, el consumo de drogas, efectos adversos e indigencia. Además, se puede analizar que de estas 5 personas, 3 no percibían apoyo por parte de su familia o núcleo social más cercano.

Relacionado con el texto anterior, Solís, Hall y Rodríguez (2), en el 2011, mencionan que la principal causa de abandono de TARV son los aspectos psicológicos y cognitivos, en segundo lugar, las redes de apoyo y, en tercer lugar, la pobreza extrema, lo cual se relaciona con los datos obtenidos en esta investigación. En el siguiente diálogo se puede apreciar lo explicado con anterioridad:

“Yo lo había abandonado una vez por las drogas, además porque se me había hecho una úlcera en el estómago por los mismo. Yo estaba asegurado por el estado pero como era indigente no me querían ver en ningún hospital ni EBAIS, por mi condición, entonces de que vale tener seguro si no lo atienden a uno por ser indigente.”. (Participante 9, 24 de enero del 2019).

Asimismo, con respecto a los efectos adversos relacionados con el consumo del esquema farmacológico anterior, 8 personas manifiestan haber presentado alguna

reacción a nivel físico, dentro de los principales se encontraron cansancio, anemia, úlceras estomacales, bajo peso y náuseas. Además, 6 de los participantes mencionan haber tenido efectos adversos a nivel emocional, dentro de los mismos se mostraron depresión, pesadillas, ansiedad, dificultad para dormir y temores.

Es importante destacar que 4 de los 7 participantes que tomaban Efavirenz tuvieron algún trastorno psicológico como pesadillas, alucinaciones y depresión, lo cual concuerda con el Instituto Mexicano del Seguro Social (37), en el 2017, donde explica que los principales efectos adversos de este fármaco son los trastornos neuropsicológicos mantenidos. Esto se puede ver demostrado en el siguiente dialogo:

“A nivel físico tuve náuseas y a nivel emocional el Efavirenz es alucinógena por lo que tuve pesadillas horribles y pasaba mareado, al principio cuesta mucho asimilarlo; además pasaba muy deprimido... Por eso me tomaba los medicamentos en el día las alucinaciones son peores, cuando me levantaba no sabía si fue pesadilla o si de verdad pasó.”. (Participante 3, 20 de enero del 2019).

Con el consumo del tratamiento actual, 7 personas mencionan no haber percibido tener ningún efecto adverso a nivel físico y las restantes 3 personas refieren haber tenido leves dolencias como lo son falta de apetito, náuseas y sensación de estar aperezado. A nivel emocional 9 de las personas refieren haberse sentido bien; de estos 9 participantes, 4 residentes consumían con anterioridad Efavirenz y tenían efectos adversos a nivel emocional; los mismos lograron revertir su situación con el nuevo esquema y actualmente se sienten completamente bien.

Con respecto al texto anterior, Bonilla y Vilcapoma (4), en el 2013, en su investigación evidenciaron una frecuencia de 75,36 % de efectos adversos al

TARGA y una asociación significativa de estos al consumo de Efavirenz, por lo que es importante que el personal profesional de enfermería brindar educación a los usuarios sobre los efectos de este fármaco y evaluarlos en caso de sospecha para dar el abordaje respectivo. Asimismo, dentro de los principales efectos adversos a nivel emocional que manifestaron tener los participantes con el consumo del tratamiento actual son angustia; miedo al cambio y a la adherencia al tratamiento, y mal humor.

Acerca del apoyo recibido en el consumo del tratamiento anterior, solo 5 participantes consideran haber sido apoyados por su familia, 3 participantes de su núcleo social más cercano, 1 persona de los conocidos y 9 de los entrevistados perciben haber tenido apoyo adecuado por parte de los equipos profesionales en salud.

Con respecto al apoyo recibido, después de la modificación del esquema exactamente lo mismo que el anterior con excepción de que con respecto del apoyo por parte de los profesionales en salud disminuyó a 7 los encuestados que perciben apoyo suficiente. Lo mismo se puede ver evidenciado en el siguiente diálogo:

“Con el tratamiento anterior por parte de mi familia todos sabían que yo estaba tomándolo pero ninguno me apoyo, únicamente mi hermana que me ha apoyado. Mis amistades me imagino que sospechan pero yo nunca les comente y la verdad no tengo amigos. Por parte de los profesionales en salud si he sentido apoyo. Con el cambio del tratamiento pasa exactamente igual que con el tratamiento anterior con excepción de los profesionales en salud, la doctora sentí que me explicó muy por encima, porque como estaba atrasada con las consultas y como tenía muchos pacientes que atender me explico muy poquito y por encima, eso me causó temor al iniciar el tratamiento actual.”. (Participante 7, 24 de enero del 2019).

Esta situación es realmente preocupante, ya que como lo señalan los autores Belmar y Stuardo (9), en el 2017, existen diversos factores socioculturales que determinan el grado de adherencia al tratamiento, dentro de los principales se encuentran la satisfacción vital, el imaginario sobre el VIH, la disposición de sus redes frente al diagnóstico y la disponibilidad de información.; y como se puede observar en este participante después de la consulta estos factores se vieron vulnerabilizados, ya que este quedó con temor a un nuevo tratamiento por la escasa información y disposición del profesional en salud.

Asimismo, relacionado con el diálogo anterior, Weiner y Dodd (70), en el 2015, indica que existen diferentes tipos de trabajos importantes para mantener un equilibrio en la salud del usuario, dentro de estos está el trabajo relacionado con la enfermedad, el cual incluye el diagnóstico, control de síntomas, régimen de cuidados y prevención de crisis.

Los trabajos mencionados se deben llevar a cabo por los usuarios y sus familiares pero tienen que ser guiados al 100 % por el personal de salud, por lo cual se puede evidenciar que hay una debilidad por parte del personal de salud por una mala administración en el tiempo brindado en la consulta del individuo. Esto expone a este a no entender la dimensión de su tratamiento y enfermedad, no cumplir con los cuidados básicos requeridos y una posible crisis emocional.

Con respecto a los estilos de vida nutricionales, 8 residentes consideran comer saludablemente debido a que ingieren los alimentos que dan en el hogar, 1 persona refiere no tener apetito nunca y 1 más refiere que consume alimentos altos en grasas.

Con respecto a la actividad física, 6 personas no realizan ningún tipo de deporte y las restantes 4 realizan principalmente spinning, baile terapia, andar en bicicleta y caminar. Finalmente con respecto a los hobbies 9 de los entrevistados refieren realizar diferentes actividades para distraerse, y 1 menciona no poder realizarlas debido a que no tiene buenas relaciones sociales en con su compañero de habitación.

Se puede evidenciar en el siguiente diálogo como algunos de los participantes tienen inadecuados estilos de vida lo cual podría poner en riesgo su estado de salud física y emocional:

“Con respecto a mi alimentación he sentido no tengo apetito hasta tal punto que he botado los alimentos que me dan en el Hogar porque no se me apetece comer nada,Con respecto al ejercicio no practico ningún deporte sin embargo usted me verá todo el día haciendo trabajitos aquí en el Hogar...con mis actividades de entretenimiento no puedo realizar lo que me gusta porque el compañero de habitación que lleva 20 años viviendo en el Hogar y que paga cierta cantidad de dinero por el cuarto no me deja ver tele, ni cargar el celular para jugar; y yo como no tengo plata para pagar me da miedo que me echen...”. (Participante 5, 20 de enero del 2019)

Con respecto al diálogo anterior Raile (70), en el 2015, menciona según Wiener y Dodd es importante que el usuario tenga trabajos de reducción de la incertidumbre, las cuales son actividades encaminadas a disminuir el impacto de la incertidumbre temporal, del cuerpo y de la identidad. Dentro de esta, se encuentran las actividades de ritmo destinadas a que la persona descanse o cambie las actividades que realiza habitualmente. Estas últimas demuestran que estas actividades permiten al usuario disminuir su estado de incertidumbre.

Con respecto a las recomendaciones necesarias para el residente para mantener una adecuada adherencia en el tratamiento antirretroviral, estos manifiestan prioritariamente la importancia de que exista más educación por parte de los profesionales en salud sobre la forma de consumo del tratamiento y sus efectos adversos, seguido de evitar drogas y alcohol para mantener la adherencia a los fármacos y refirieron la importancia del consumo estricto del TARV para lograr su efecto terapéutico.

Dentro de otros aspectos que toman en consideración son el consumo de agua durante el día, ya que manifiestan que esto mejora la absorción TARV, dormir bien, atención igualitaria en los centros de salud, atención periódica y personalizada por parte de los profesionales capacitados en el VIH/SIDA, acceso a grupos de apoyo y finalmente la importancia de acudir responsablemente a los controles médicos

En el siguiente texto se puede apreciar las recomendaciones sugirió uno de los participantes:

“Hace falta más seguimiento por parte del médico, porque una vez que te dan el tratamiento solamente te ve una vez el equipo interdisciplinario, después de ahí solo te sigue viendo el infectólogo,...falta más educación, acompañamiento, más soporte por parte de los profesionales en salud desde la institución. Hay desabastecimiento de medicamentos lo cual provoca angustia de quedarse sin tratamiento; el médico solo se encarga de dar la receta y cuando llegas a la farmacia te llevas la sorpresa de que no hay medicamentos...Además creo necesario que los médicos expliquen más sobre los efectos secundarios del esquema...”. (Participante 6, 20 de enero del 2019).

Según lo explica Rizo (1), en el 2016, existen variables que afectan la adherencia farmacológica. En la variable de interacción, en las cuales se integran la relación terapéutica, el apoyo social, el miedo a ser estigmatizado, las habilidades de comunicación y la satisfacción con los profesionales son un punto clave que se debe resaltar debido a que los participantes denotan una debilidad en este ámbito, lo cual no les permite mantener la tranquilidad para adquirir el rol estricto de consumo que requiere este tratamiento.

Por lo que se demuestra la importancia que cumple el papel de los profesionales en salud para eliminar los temores de los usuarios con VIH/SIDA y que los mismos fortalezcan su adherencia al TARV, lo cual como se ha explicado son la única fuente existente para que los mismo mantengan una calidad de vida lo más óptimo para su condición.

Según la percepción de los residentes en el consumo del tratamiento actual con respecto al anterior, se aprecia que con los fármacos utilizados en tratamiento anterior los participantes presentaron más reacciones a nivel físico, siendo 8 de estos que manifiestan haber sentido algún tipo de dolencia, en comparación el tratamiento actual en donde solo 3 personas percibieron dolencias muy leves como falta de apetito, náuseas y sensación de pesadez.

Asimismo, se demuestra que con el consumo del esquema anterior 6 de los participantes refirieron haber sentido efectos adversos del TARV a nivel emocional, esto en su mayoría se relaciona por el consumo del Efavirenz, por lo que se debe recordar que según lo menciona el Instituto Mexicano del Seguro Social (37), en el 2017, dentro de los principales efectos adversos se encuentran los trastornos

neuropsicológicos mantenidos, ideas de suicidio y mayor riesgo de deterioro neurocognitivo, entre otros.

Sin embargo, con el consumo del tratamiento actual se evidencia que los efectos adversos a nivel emocional se reduce a solo 1 participante, cuyo tratamiento es Atripla (el cual dentro de sus componentes están el Efavirenz, Emtricitabina y Tenofovir). El entrevistado menciona que el efecto adverso percibido es no tener apetito, sin embargo este no se relaciona con el fármaco ya mencionado, debido a que como lo mencionan Instituto Mexicano del Seguro Social (37) y la Guía Farmacológica Vademecum (44) (45), ninguno de los componentes del Atripla causa este efecto. Por lo que se asume que este padecimiento podría tener otro origen.

Es importante destacar que 5 de los 10 participantes que se les modificó el tratamiento a Atripla, el cual tiene dentro de sus componentes efavirez, sin embargo, como es un comprimido compuesto, disminuye los efectos adversos provocados por dicha sustancia según lo indica Sotera (41), en el 2014 en donde explica que el especialista Moreno menciona que “La principal ventaja del nuevo tratamiento es...su perfil de efectos secundarios...una alternativa para determinado tipo de pacientes que no pueden tolerar los otros fármacos”. (41). Por lo cual se evidencia la eficacia del tratamiento y la excelente tolerancia en esta población.

Asimismo, como se mencionaba con anterioridad, después de la modificación del esquema farmacológico 8 de los participantes tuvieron un pensamiento positivo sin embargo en 2 de ellos perciben temor y preocupación hacia la efectividad de los nuevos fármacos. Asimismo, los 10 entrevistados a los que se les cuestionó sobre sus emociones y, además, las 7 que mencionaron haber tenido algún tipo de conducta después de la modificación del TARV mencionaron que estas fueron optimistas.

Se evidencia que en su mayoría los residentes han tenido una actitud positiva frente al nuevo tratamiento, esto podría contribuir con la adherencia farmacológica, así lo explica Rizo. (1), en el 2016, en el cual menciona que en las variables psicosociales la comprensión de los beneficios del tratamiento y la capacidad de inclusión de la medicación en su vida diaria son aspectos que se deben considerar para evitar una mala adherencia en el TARV.

Se demuestra que la modificación de TARV en usuarios con VIH/SIDA, no afecta su estado emocional ni físico; sin embargo, el mismo debe ir acompañado con una adecuada educación por parte del personal capacitado. Los familiares y círculo social más cercano del individuo juegan un papel importante como la principal base de apoyo, mejorando considerablemente su salud emocional y de esta manera favoreciendo un mejor apego al tratamiento. Asimismo, es indispensable que el usuario mantenga estilos de vida saludables ya que aspectos como el uso de sustancias psicoactivas podrían interferir en el adecuado funcionamiento del TARV.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

6.1. CONCLUSIONES

Dentro de los aspectos sociodemográficos, se logra evidenciar que el VIH/SIDA afecta a la población costarricense, especialmente al género masculino, en la etapa del desarrollo humano de la adultez, la cual ronda de los 25 a los 60 años, en donde el promedio de edad de los entrevistados es de 41.2 años. Asimismo, se demuestra que el mayor foco de población infectada se encuentra en la ciudad de San José, en donde su nivel de escolaridad principalmente es básico o nulo. Se aprecia además, que la mitad de la población no labora, por las pocas oportunidades que se les presenta debido a su identidad sexual y la incapacidad consecuencia de su enfermedad.

Con respecto a la percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido, se evidencia que, a nivel emocional, solo una persona refiere sentir un efecto adverso, el cual no se demostró que el TARV fuera el causante de este, además, con respecto a los efectos adversos a nivel físico solo 3 personas perciben dolencias muy leves como falta de apetito, náuseas y sensación de pesadez. Por lo cual se evidencia que el tratamiento es recibido positivamente y aceptado por los entrevistados, debido a su adecuada tolerancia.

En cuanto a la percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido en relación con los cambios de la combinación del esquema farmacológico, se identificó que, según su pensamiento, estos se sintieron mayormente optimistas por su buena tolerancia al tratamiento. Según las conductas, los residentes manifestaron realizar acciones que ayudaran a mantener su adherencia al TARV y con respecto a las emociones en su mayoría los encuestados se sintieron más felices por los efectos positivos de los fármacos.

Por lo tanto, se menciona que la percepción del cambio de esquema farmacológico es positiva, ya que esta es adecuadamente tolerada, debido a la simplificación del esquema y la considerable eliminación de los efectos adversos negativos que se presentaban en el esquema anterior, lo cual ha causado en el residente entusiasmo para mantener la adherencia al nuevo TARV.

Asimismo, se demuestra que la mayoría de la población recibe poco o nulo apoyo por parte de sus familiares y núcleo social más cercano, lo cual los expone a recurrir al uso de sustancias psicoactivas, la indigencia y la pobreza absoluta, circunstancias que los expone a no mantener una adecuada adherencia al TARV. A pesar de lo anterior, la mayoría de la población cree recibir suficiente apoyo por parte de los servicios de salud y el hogar en donde conviven.

En relación con la comparación de la percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tratamiento recibido en la actualidad con respecto a la combinación del esquema farmacológico anterior, se logra evidenciar que en el TARV consumido actualmente la mayoría de los participantes no tuvo ningún efecto adverso lo cual creo mayor aceptación, anuencia y tolerancia al consumo de este nuevo fármaco, en comparación con el tratamiento recibido con anterioridad en donde se refleja que la mayoría de los residentes presentaban consecuencias físicas y emocionales significativas, debido al consumo de este, exponiéndolos a ser propensos de una inadecuada adherencia al tratamiento.

6.2. RECOMENDACIONES

6.2.1. Recomendaciones dirigidas al Hogar de la Esperanza

Se recomienda valorar periódicamente el estado emocional del residente, debido a que emociones como la inseguridad, depresión, ansiedad, tristeza e incertidumbre pueden afectar la adecuada adherencia del TARV, asimismo los predispone al consumo de drogas.

Además, educar a los residentes sobre la interacción de las bebidas alcohólicas y las drogas cuando se consume el tratamiento antirretroviral, debido a que se observa que algunos de los encuestados aun consumen estas sustancias.

Asimismo, educar a los residentes sobre la resistencia farmacológica, aspectos importantes como las causas y las graves consecuencias del mismo.

Se aconseja realizar encuentros grupales con los residentes en donde se pueda abordar los temores relacionados con la enfermedad, los tabúes sobre el contagio de esta y que, además, permitan evacuar las dudas relacionadas con su TARV.

De igual forma, evaluar el tipo de TARV recibido para educar al residente principalmente sobre los efectos adversos y la importancia de su consumo para desde que ingresan al hogar se evite una no adherencia farmacológica.

Además, evaluar el estado emocional y físico de los residentes después de la modificación farmacológica, para evaluar si la persona está en riesgo de tener una resistencia a consumir el nuevo TARV, o bien algún nuevo efecto adverso.

Se debe verificar la relación entre los residentes de la institución, para evaluar la adecuada convivencia.

Asimismo, se recomienda planificar actividades deportivas que favorezcan estilos de vida saludables en sus residentes.

Además, valorar la posibilidad de tener un servicio de nutrición que permita una alimentación específica en aquellos residentes con patologías que pueden verse afectadas por el consumo de alimentos no aptos para su condición como dislipidemias, diabetes mellitus, hipertensión, entre otros; esto para brindar un abordaje integral.

6.2.2. Recomendaciones dirigidas a los entrevistados

A los entrevistados, se les aconseja lo siguiente:

Asistir a los controles periódicos realizados en la clínica del VIH/SIDA.

Evacuar las dudas acerca de su enfermedad y el TARV únicamente con los profesionales de la salud.

Tomar rigurosamente el tratamiento antirretroviral.

Evitar el consumo de drogas y alcohol.

Evitar conductas de riesgo como compartir jeringas y contacto sexual de tipo vaginal, anal y oral sin protección.

6.2.3. Recomendaciones dirigidas a los profesionales de enfermería

De igual forma, se recomienda lo siguiente a los profesionales de enfermería:

Realizar un abordaje individualizado en cada residente.

Educar a los residentes respecto a los métodos de transmisión, las conductas de riesgo y el uso del condón como único método de prevención del contagio de VIH/SIDA.

Educar a los residentes sobre el TARV, sus beneficios, los efectos adversos específicos del esquema que utilice el residente, la resistencia farmacológica (las causas y consecuencias).

Ofrecer un esquema de toma del TARV que permita al residente facilitar el consumo de todos los fármacos.

Verificar que el residente salga de la consulta con todas las dudas evacuadas por parte del médico, de lo contrario, facilitarle la información, de manera tal que la persona comprenda su situación de salud.

Ofrecer información sobre aspectos importantes como los días de la semana y las horas que se deben dejar y recoger las recetas de laboratorio.

Ofrecer campañas de prevención para la población en general que permita educar a las personas de manera general sobre la prevención de esta crónica enfermedad.

BIBLIOGRAFÍA

1. Rizo. Factores asociados al abandono de la terapia antirretroviral (TAR), en pacientes VIH-SIDA atendidos en el Hospital Escuela «Dr. Roberto Calderón Gutiérrez», en el periodo del 1 de Enero al 31 de Diciembre del 2016. [Internet]. UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE NICARAGUA (UNAN MANAGUA); 2016 [citado 19 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://repositorio.unan.edu.ni/4348/1/96854.pdf>
2. Solís H& R. Determinación del éxito terapéutico en las personas VIH/SIDA que iniciaron el tratamiento antirretroviral de primera línea que ofrece la CCSS durante el año 2011, en el Hospital San Juan de Dios. III Congr Nac Atención Farm [Internet]. 2011; Disponible en: <http://www.cff.org.br/userfiles/file/Pasta - Costa Rica/Comunicaciones Orales/Comunicación oral, Determinación del éxito terapéutico en VIH, SIDA en 2011 en HSJD, Dilana Solís.pdf>
3. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). Directrices internacionales sobre el VIH/SIDA y los derechos humanos [Internet]. 2007 [citado 31 de octubre de 2018]. Disponible en: www.ohchr.org
4. Bonilla & Vilcapoma. Características clínicas, epidemiológicas e inmunoserológicas de los pacientes en terapia antiretroviral de gran actividad en un hospital peruano. Revista Médica Panacea. 2013;19-23.
5. ONUSIDA. Nueva terapia antirretroviral de alta calidad se iniciará a precio reducido en Sudáfrica, Kenya y en 90 países de bajo y mediano ingreso

- [Internet]. 2017 [citado 28 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://onusidalac.org/1/index.php/sala-de-prensa-onusida/item/2226-nueva-terapia-antiretroviral-de-alta-calidad-se-iniciara-a-precio-reducido-en-sudafrica-kenya-y-en-90-paises-de-bajo-y-mediano-ingreso>
6. Organización Panamericana de la Salud. OPS/OMS México - Alerta sobre creciente tendencia a la resistencia a los fármacos contra el VIH [Internet]. 2017 [citado 3 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.paho.org/mex/index.php?option=com_content&view=article&id=1292:alerta-sobre-creciente-tendencia-a-la-resistencia-a-los-farmacos-contr-el-vih&Itemid=499
 7. Unaid. En el Día Mundial del Sida, ONUSIDA advierte que los hombres tienen menos probabilidades de acceder al tratamiento del VIH y mayores de morir de enfermedades relacionadas con el sida [Internet]. 2017 [citado 28 de septiembre de 2018]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/20171201_PR_BlindSpot_es.pdf
 8. Villacres R& O. Factores que influyen en la no adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/SIDA hospital «Martin Icaza». Dominio de las Ciencias, ISSN-e 2477-8818, Vol 3, N° 2, 1, 2017, págs 849-865 [Internet]. 2017 [citado 27 de septiembre de 2018];3(2):849-65. Disponible en: <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5889740>
 9. Belmar & Stuardo. Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: una mirada socio-cultural. Rev Chil infectología [Internet]. agosto de 2017 [citado 27 de septiembre de 2018];34(4):352-8.

Disponible en: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0716-10182017000400352&lng=en&nrm=iso&tlng=en

10. CAFABO – CÁMARA DE FARMACIAS BONAERENSE. La Argentina es uno de los países líderes en cobertura de medicamentos contra el Sida [Internet]. 2017 [citado 2 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.cafabo.org.ar/main/noticias-ver/la-argentina-es-uno-de-los-paises-lideres-en-cobertura-de-medicamentos-contr-el-sida/>
11. Organización Mundial de la Salud. VIH/sida [Internet]. 2018 [citado 28 de septiembre de 2018]. Disponible en: <http://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
12. Fernández Lopez & M. Adherencia al tratamiento antirretroviral como conducta promotora de salud en adultos mayores. Rev Cuid [Internet]. 4 de mayo de 2018 [citado 27 de septiembre de 2018];9(2). Disponible en: <https://www.revistacuidarte.org/index.php/cuidarte/article/view/522>
13. ONUSIDA. Indetectable = intransmisible [Internet]. UNAIDS. 2019 [citado 28 de marzo de 2019]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable>
14. León J. EL IMPACTO DEL EFAVIRENZ EN LA SINTOMATOLOGÍA DEPRESIVA DE PACIENTES VIH POSITIVOS QUE FUERON ATENDIDOS EN LA CONSULTA EXTERNA DEL HOSPITAL MÉXICO DURANTE EL PERÍODO DEL 1º DE ENERO 2010 AL 31 DE DICIEMBRE 2010 [Internet]. Universidad de Costa Rica; 2010. Disponible

en: <http://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/textos/tesis36.pdf>

15. Llorca & Gamboa. Medición del Gastó de la Respuesta Nacional ante el VIH y sida 2014 [Internet]. 2014 [citado 3 de octubre de 2018]. Disponible en: [http://www.pasca.org/userfiles/Informe Megas 2014 aprobado Costa Rica mayo 2016.pdf](http://www.pasca.org/userfiles/Informe_Megas_2014_aprobado_Costa_Rica_mayo_2016.pdf)
16. Chinchilla & Corrales. Norma para la Atención Integral de personas con VIH/SIDA N° 38374-S. La Gaceta [Internet]. 2014 [citado 10 de octubre de 2018];pp.3-4. Disponible en: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2014/05/26/COMP_26_05_2014.pdf
17. Llorca G& A. PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL (PEN) EN VIH Y SIDA, 2016-2021 PLAN ESTRATÉGICO NACIONAL (PEN) EN VIH Y SIDA, 2016-2021 [Internet]. 2016 [citado 9 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/biblioteca-de-archivos/sobre-el-ministerio/politcas-y-planos-en-salud/planes-en-salud/963-plan-estrategico-nacional-pen-vih-sida/file>
18. Ministerio de Salud de Costa Rica. Situación de VIH/SIDA CR [Internet]. 2017. Disponible en: <https://www.ministeriodesalud.go.cr/index.php/...de...vih...sida-costarica.../file>
19. ONUSIDA. Costa Rica | ONUSIDA [Internet]. 2017 [citado 2 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/costarica>
20. Fernandez & Montero. Por primera vez en 23 años, Caja simplifica

- tratamiento para pacientes con VIH | Amelia Rueda [Internet]. 2017 [citado 25 de septiembre de 2018]. Disponible en: <https://www.ameliarueda.com/nota/caja-cambia-tratamiento-antirretrovirales-pacientes-vih>
21. Poder Legislativo de Costa Rica. PROYECTOS. COMISIÓN PERMANENTE ESPECIAL DE DERECHOS HUMANOS | La Gaceta. 2018 [citado 3 de octubre de 2018];2-7. Disponible en: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2018/04/03/COMP_03_04_2018.pdf
 22. Aguilar G& S. El profesional de enfermería en el seguimiento a la adherencia al tratamiento antirretroviral. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 4 de octubre de 2016 [citado 3 de agosto de 2018];32(3). Disponible en: <http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/969/192>
 23. Real Academia Española. percepción | Definición de percepción [Internet]. 2017 [citado 31 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://dle.rae.es/?id=SX9HJy3>
 24. Medina, Barrientos D y P. Percepción de salud y su efecto en pacientes con diabetes. Revista Unal [Internet]. 1 de julio de 2009 [citado 18 de febrero de 2019];27(2):13-8. Disponible en: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12963>
 25. Sistema de salud de México. Percepción del estado de salud. En: Salud México 2002 Información para la rendición de cuentas [Internet]. Primera ed. México; 2002 [citado 18 de febrero de 2019]. p. 150. Disponible en: <http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/saludmex2002/saludmexico200>

2.pdf

26. OMS. VIH/SIDA. WHO [Internet]. 2018 [citado 11 de octubre de 2018]; Disponible en: http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/
27. American Cancer Society. ¿Qué es VIH y qué es SIDA? [Internet]. 2014 [citado 12 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.org/es/cancer/causas-del-cancer/agentes-infecciosos/infeccion-con-vih-sida/que-es-vih-y-sida.html>
28. Lamotte. Infección por VIH/sida en el mundo actua [Internet]. Vol. 18, MEDISAN. 2014 [citado 31 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.redalyc.org/pdf/3684/368445165015.pdf>
29. International Association of Providers of Aids Care. ciclo de vida del VIH [Internet]. InfoRed SIDA . 2013 [citado 31 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.aidsinfont.org>
30. Vázquez. VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH). Universidad Nacional Autónoma de México. 2018.
31. La Gaceta N°99. Norma para la Atención Integral de personas con VIH/SIDA N° 38374-S. 2014 [citado 18 de octubre de 2018];pp.8. Disponible en: https://www.imprentanacional.go.cr/pub/2014/05/26/COMP_26_05_2014.pdf
32. Ministerio de Salud Pública. República Oriental del Uruguay. INFECCION POR VIRUS DE LA INMUNODEFICIENCIA HUMANA (VIH) PAUTAS PARA DIAGNÓSTICO, MONITORIZACIÓN Y TRATAMIENTO ANTIRETROVIRAL [Internet]. 2014 [citado 18 de octubre de 2018].

- Disponible en: [http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Pautas VIH para Diagnostico y tratamiento antiretroviral adultos-mujeres-niños 2014.pdf](http://www.msp.gub.uy/sites/default/files/Pautas_VIH_para_Diagnostico_y_tratamiento_antiretroviral_adultos-mujeres-niños_2014.pdf)
33. CCSS. Clasificación anatómica-terapéutica-química de los medicamentos de la LOM. 2018;p.15.
 34. International Association of Providers of Aids Care. Epzicom (Kivexa, abacavir + lamivudina) [Internet]. The AIDS InfoNet. 2014 [citado 26 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/422?lang=spa
 35. Caja Costarricense de Seguro Social. Lista oficial medicamentos [Internet]. 2018 [citado 14 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.ccss.sa.cr/lom>
 36. Vademecum. LAMIVUDINA [Internet]. 2014 [citado 23 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/1003.htm>
 37. Instituto Mexicano del Seguro Social. Tratamiento Antirretroviral DEL PACIENTE ADULTO CON INFECCIÓN POR EL VIH [Internet]. México; 2017 [citado 6 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.cenetec.salud.gob.mx/contenidos/gpc/catalogoMaestroGPC.html>
 38. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. Pediamécum. Abacavir [Internet]. 2015 [citado 25 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.pediamecum.es>.
 39. Teva Pharma. FICHA TÉCNICA [Internet]. 2016 [citado 26 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.tevapharma.es/fichas-tecnicas/FT_81176.pdf

40. International Association of Providers of Aids Care. Atripla (efavirenz + emtricitabina + tenofovir) [Internet]. The AIDS InfoNet. 2014 [citado 28 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/472?lang=spa
41. Soteras. Expertos: La nueva pastilla única del VIH es una buena opción pero no un hito [Internet]. Efe salud . 2014 [citado 27 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://www.efesalud.com/expertos-la-nueva-pastilla-unica-del-vih-es-una-buena-opcion-pero-no-un-hito/>
42. Vademecum. EMTRICITABINA [Internet]. 2015 [citado 28 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/e050.htm>
43. Vademecum. Emtricitabina [Internet]. 2016 [citado 29 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-emtricitabina-j05af09>
44. Vademecum. TENOFOVIR [Internet]. 2015 [citado 26 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/t089.htm>
45. Vademecum. EFAVIRENZ [Internet]. 2015 [citado 26 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/e003.htm>
46. International Association of Providers of AIDS Care. Elvitegravir (Viteka) [Internet]. The AIDS InfoNet. 2014 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: http://www.aidsinfonet.org/fact_sheets/view/466?lang=spa
47. Vademecum. Emtricitabina + tenofovir disoproxil + elvitegravir + cobicistat [Internet]. 2018. [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en:

- <https://www.vademecum.es/principios-activos-emtricitabina+%2B+tenofovir+disoproxilo+%2B+elvitegravir+%2B+cobicistat-j05ar09>
48. Vademecum. Atazanavir y cobicistat [Internet]. 2017 [citado 29 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-atazanavir+y+cobicistat-j05ar15>
 49. Vademecum. Cobicistat [Internet]. 2018 [citado 8 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-cobicistat-v03ax03>
 50. Departamento de Salud y Servicios Humanos de EE.UU. Alafenamida de tenofovir [Internet]. infoSIDA. 2018 [citado 23 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/drugs/514/alafenamida-de-tenofovir/0/patient>
 51. Vademecum. Emtricitabina y tenofovir alafenamida [Internet]. 2017 [citado 29 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-emtricitabina+y+tenofovir+alafenamida-j05ar17>
 52. RXed. Vemlidy (tenofovir alafenamide fumarate) [Internet]. 2017 [citado 10 de noviembre de 2018]. Disponible en: <https://rxed.eu/es/v/Vemlidy/5/>
 53. Institute NC. Definición de Kaletra [Internet]. 2018 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionario/def/kaletra>
 54. Vademecum. KALETRA Comp. recub. 200/50 mg - Datos generales

- [Internet]. 2017 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: https://www.vademecum.es/medicamento-kalettra_30010
55. Comité de Medicamentos de la Asociación Española de Pediatría. LOPINAVIR + RITONAVIR [Internet]. Pediamecum. 2015 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/1041.htm>
 56. Vademecum. LOPINAVIR + RITONAVIR [Internet]. 2015 [citado 29 de noviembre de 2018]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/1041.htm>
 57. Vademecum. RITONAVIR [Internet]. 2012 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/r020.htm>
 58. Vademecum. RALTEGRAVIR [Internet]. 2012 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/r043.htm>
 59. Vademecum. DOLUTEGRAVIR [Internet]. 2015 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/d091.htm>
 60. Vademecum. DARUNAVIR [Internet]. 2015 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/d071.htm>
 61. Vademecum. Darunavir [Internet]. 2016 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.vademecum.es/principios-activos-darunavir-j05ae10>
 62. Vademecum. ZIDOVUDINA [Internet]. 2013 [citado 30 de octubre de 2018]. Disponible en: <http://www.iqb.es/cbasicas/farma/farma04/z004.htm>

63. International Association of Providers of Aids Care. Zidovudina [Internet]. infoSIDA. 2019 [citado 5 de marzo de 2019]. Disponible en: <https://infosida.nih.gov/drugs/4/zidovudina/0/patient>
64. Clínica del SIDA HRÁCG. Combinaciones de esquema TARV. 2018;
65. Rojas. Terapia de rescate. Hogar de la Esperanza; 2018.
66. Galindo. RESISTENCIAS DEL VIH POR GENOTIPIFICACIÓN Y CARACTERÍSTICAS ASOCIADAS, EN PACIENTES SIN EXPOSICIÓN PREVIA A TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL-TAR (NAÏVE o "VÍRGENES" A TRATAMIENTO), BAJO ATENCIÓN INTEGRAL ESPECIALIZADA DE LA CORPORACIÓN DE LUCHA CONTR [Internet]. 2012. Disponible en: <https://intellectum.unisabana.edu.co/bitstream/handle/10818/3952/PabloGalindoOrrego.pdf?sequence=1>
67. Chinchilla. Genotipado. San José, Costa Rica; 2019.
68. ONUSIDA. 90-90-90: Tratamiento para todos [Internet]. 2018 [citado 26 de julio de 2018]. Disponible en: <http://www.unaids.org/es/resources/909090>
69. IntraMed. Abandonar el tratamiento antirretroviral duplica las probabilidades de progresión a sida y muerte [Internet]. 2002 [citado 31 de octubre de 2018]. Disponible en: <https://www.intramed.net/contenidover.asp?contenidoID=17493>
70. Raile. Teoría de la trayectoria de la enfermedad. En: Elsevier, editor. Modelos y Teorías de Enfermería. Octava Edi. España; 2015. p. 578-83.

71. Katayama. INTRODUCCIÓN ALA INVESTIGACIÓN CUALITATIVA [Internet]. Perú; 2014 [citado 3 de diciembre de 2018]. Disponible en: <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2017/04/Introducción-a-la-investigación-cualitativa-Fundamentos-métodos-estrategias-y-técnicas.pdf>
72. Robles y Rojas. La validación por juicio de expertos: dos investigaciones cualitativas en Lingüística aplicada. Revista Nebrija [Internet]. 2015; Disponible en: <https://www.nebrija.com/revista-linguistica/la-validacion-por-juicio-de-expertos-dos-investigaciones-cualitativas-en-linguistica-aplicada.html>
73. Moreira. Perfil sociodemográfico y académico de estudiantes en deserción del sistema educativo [Internet]. Vol. 21. 2007 [citado 16 de diciembre de 2018]. Disponible en: <http://www.kerwa.ucr.ac.cr/bitstream/handle/10669/12635/31-116-1-PB.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

GLOSARIO DE ABREVIATURAS

ABC	Abacavir
ADN	Ácido desoxirribonucleico
ALT	Alanina aminotransferasa
ANMAT	Administración Nacional de Medicamentos, Alimentos y Tecnología Médica
ARN	Ácido ribonucleico
ARV	Antiretrovirales
AST	Aspartato aminotransferasa
AZT	Zidovudina
CAFABO	Cámara De Farmacias Bonaerense
CCSS	Caja Costarricense de Seguro Social
CD4	Cúmulo de diferenciación 4
CIE	Consejo Internacional de Enfermería
CPK	Creatina-fosfocinasa
DTG	Dolutegravir
COBI	Cobicistat
CV	Carga viral
DRV	Darunavir
EFV	Efavirenz
ELIZA	Enzyme-linked immunosorbent assay o ensayo por inmunoabsorción ligado a enzimas
GGT	Gamma-glutamil transferasa
FTC	Emtricitabina
HBV	Virus hepatitis B
HCV	Virus hepatitis C
ITIN/ITIAN	inhibidor de la transcriptasa inversa análogo de los nucleósidos
LPV	Lopinavir
NNRTI	Inhibidor de la transcriptasa reversa del no-nucleósido
NRTI	Inhibidores de la transcriptasa inversa análogos de nucleósidos
OMS	Organización Mundial de la Salud

ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida
PEN	Plan Estratégico Nacional del VIH
RAL	Raltegravir
RTV	Ritonavir
SIDA	Síndrome de inmunodeficiencia adquirida
TAF	Tenofovir Alafenamida
TARV	Terapia antirretroviral
TDF	Tenofovir (Desoproxil Fumarato)
TI	transcriptasa inversa
TP	Trifosfato
VIH	Virus de inmunodeficiencia humana
3TC	Lamivudina

ANEXOS

ANEXO 1:

Figura 1: Trayectoria de la enfermedad: estados de incertidumbre

TABLA 30-1 Trayectoria de la enfermedad: estados de incertidumbre		
Dominio	Fuentes de incertidumbre	Dimensiones de la incertidumbre
INCERTIDUMBRE TEMPORAL	La vida se percibe como en un constante estado de movimiento relacionado con la enfermedad y con el tratamiento	La pérdida de predicción temporal conlleva a las siguientes preocupaciones:
Interrupción de las expectativas que dan por supuesto el flujo de los acontecimientos de la vida Disfunción temporal en la biografía	El propio pasado se ve de forma diferente (p. ej., la forma en la que solía ser) Las expectativas del propio yo están distorsionadas por la enfermedad y el tratamiento La anticipación del propio futuro está alterada	<ul style="list-style-type: none"> • <i>Duración</i>: cuánto tiempo • <i>Ritmo</i>: con qué rapidez • <i>Frecuencia</i>: con qué frecuencia se altera la experiencia del tiempo (p. ej., extensión, obligación, sin limitación)
INCERTIDUMBRE DEL CUERPO	La confianza en el cuerpo se ve alterada (fallo del cuerpo)	Ambigüedad en la lectura de los signos del cuerpo. Preocupa lo siguiente:
Cambios debidos a la enfermedad y al tratamiento, que se centran en la capacidad de uno para llevar a cabo las actividades normales, incluyendo el cuidado del aspecto, las funciones fisiológicas y la respuesta al tratamiento	La concepción del cuerpo anterior (la forma en la que solía ser) se mezcla con el estado alterado del cuerpo en el momento actual y con el cambio de expectativas de cómo el cuerpo puede afrontar el futuro	<ul style="list-style-type: none"> • Qué se le está haciendo al cuerpo • Poner en peligro la resistencia del cuerpo • Eficacia y riesgos del tratamiento • Recidiva de la enfermedad
INCERTIDUMBRE DE IDENTIDAD	El fallo del cuerpo y la dificultad para leer el nuevo cuerpo trastornan la concepción anterior del cuerpo La temporalidad sesgada altera el curso esperado de la vida	Se altera el curso esperado de la vida Las evidencias extraídas de la lectura del cuerpo no son interpretables dentro del marco habitual de la comprensión La esperanza se mantiene a pesar de las circunstancias cambiantes

Fuente: Raile M. Teoría de la trayectoria de la enfermedad. En: Elsevier, editor.

Modelos y Teorías de Enfermería. Octava Edi. España; 2015. p. 578-83.

ANEXO 2:

Figura 2: Trabajo de disminución de la incertidumbre


Tipo de actividad	Manifestaciones del comportamiento
Ritmo	Descansar o cambiar las actividades habituales
Convertirse en pacientes «profesionales»	Usar terminología relacionada con la enfermedad y con el tratamiento Dirigir los cuidados Equilibrar la experiencia con la supermedicalización
Búsqueda de comparaciones de refuerzo	Compararse uno mismo con otras personas que están en una situación peor, para reafirmarnos en que no es tan malo como podría ser
Implicarse en revisiones	Volver la vista atrás para reinterpretar los síntomas emergentes y las interacciones con otros en la organización
Buscar objetivos	Mirar hacia el futuro para lograr las actividades deseadas
Cobertura	Enmascarar los signos de la enfermedad o las emociones relacionadas Darse ánimos para evitar los estigmas o proteger a los otros
Encontrar un sitio seguro en el que confiar	Establecer un lugar donde, o gente con la que, expresar los verdaderos sentimientos y emociones en una atmósfera de apoyo
Elegir una red de apoyo	Compartir selectivamente con algunas personas que se consideran apoyos positivos
Tomar las riendas	Valorar el derecho a determinar el curso del tratamiento

Fuente: Raile M. Teoría de la trayectoria de la enfermedad. En: Elsevier, editor.

Modelos y Teorías de Enfermería. Octava Edi. España; 2015. p. 578-83.

ANEXO 3:

Carta de consentimiento de la Institución Hogar de la Esperanza



"HOGAR DE LA ESPERANZA Mons. ROMAN ARRIETA
VILLALOBOS"

San José, 15 enero 2019

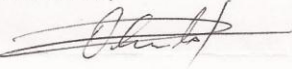
Señores
Universidad Hispanoamericana
San José

Presente


En nombre del Hogar de la Esperanza, y en calidad de director de la institución, manifiesto que la estudiante Kimberly Borbón Avendaño cedula 1-1621-021, de la carrera de Enfermería, de la Universidad Hispanoamericana, ha sido aceptada para la investigación de tesis titulada "La percepción de los usuarios con VIH-sida sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido en relación con los cambios de la combinación del esquema farmacológico, Hogar de la Esperanza, setiembre-diciembre 2018", de acuerdo con los requerimientos establecidos por esta Universidad.

La institución se compromete, a través de mi persona y con la supervisión del estudiante a facilitar toda información relacionada con el desempeño de la misma, cuando cualquiera de las partes lo estime conveniente o necesario.

Atentamente,



M.Sc. Orlando Navarro Rojas
Director
Hogar de la Esperanza
Correo electrónico: hogardelaesperanza@gmail.com
Teléfono: 2286-4000



"De la mano con las Personas Viviendo con VIH/SIDA"

ANEXO 4:

Consentimiento informado

UNIVERSIDAD HISPANOAMERICANA
ESCUELA DE ENFERMERIA
LICENCIATURA EN ENFERMERIA



FÓRMULA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

“PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES CON VIH/SIDA SOBRE EL TIPO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL RECIBIDO EN RELACIÓN CON LOS CAMBIOS EN LA COMBINACIÓN DEL ESQUEMA FARMACOLÓGICO, HOGAR DE LA ESPERANZA, SETIEMBRE- DICIEMBRE 2018”

Nombre de la Investigadora:

Kimberly Borbón Avendaño, cédula 1 16210521

Nombre del participante: _____

PROPÓSITO DEL PROYECTO: La presente investigación está conducida por Kimberly Borbón Avendaño, cédula 1 16210521; estudiante de enfermería del Grado de Licenciatura en Enfermería de la Universidad Hispanoamericana, y se realiza como parte la Modalidad de Tesis. El propósito del estudio es evaluar las causas de la no adherencia al tratamiento antirretroviral en los residentes con VIH/SIDA.

¿QUÉ SE HARÁ?: Se espera determinar la percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido en relación con los cambios de la combinación del esquema farmacológico. De esta manera se logrará evidenciar las principales causas que limitan el apego a dicho tratamiento con la finalidad de posteriormente facilitar las herramientas necesarias para evitar que se presente esta conducta. Para esto se pretende aplicar como instrumento la entrevista presencial para la obtención de la información. Se requerirá del uso de grabadora para la aplicación del instrumento: historia de vida. Esta grabación será utilizada únicamente con fines académicos y no será escuchada por personas ajenas a la investigación.

RIESGOS: La participación en este estudio no significa riesgo alguno; la información brindada será estrictamente de índole confidencial.

BENEFICIOS: Como resultado de su participación en este estudio, el beneficio que se obtendrá será una intervención de enfermería en la educación individualizada en

los residentes con VIH/SIDA sobre la importancia del apego al tratamiento antirretroviral , así como la evaluación de las condiciones predisponen a la no adherencia de dichos fármacos para prevenir la exposición de eventos que afecten la continuidad del tratamiento, además, se le aportará al usuario las herramientas necesarias para mantener el consumo adecuado de su tratamiento.

Antes de dar su autorización para este estudio usted debe haber hablado con la investigadora anteriormente mencionada sobre esta investigación y ella debe haber contestado satisfactoriamente todas sus preguntas. Recordarle que su participación en este estudio es estrictamente voluntaria. Tiene el derecho de negarse a participar o a discontinuar su participación en cualquier momento. Los resultados podrían aparecer en una publicación científica o ser divulgada en una reunión científica pero de manera anónima.

A usted no se le pagará por participar en este estudio.

No perderá ningún derecho legal por firmar este documento.

CONSENTIMIENTO

He leído o se me ha leído, toda la información descrita en esta fórmula, antes de firmarla. Se me ha brindado la oportunidad de hacer preguntas y éstas han sido contestadas en forma adecuada. Por lo tanto, accedo a participar como sujeto de investigación en esta investigación.

Nombre, cédula y firma del sujeto
fecha

Nombre, cédula y firma del testigo
fecha

Nombre, cédula y firma del investigador que solicita el consentimiento

Fecha

Anexo 5:

Cuestionario para el plan piloto

El presente instrumento fue elaborado con el fin de recopilar opinión residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido, en relación con los cambios en la combinación del esquema farmacológico

Se le garantiza que los datos obtenidos serán utilizados con fines académicos y se mantiene total confiabilidad de la información que usted brinde.

Parte 1. Datos generales o aspectos sociodemográficos.

2.1. Sexo:

2.2. Edad:

2.3. Nacionalidad:

2.4. Estado civil:

2.5. Religión:

2.6. Último año de estudios aprobados:

2.7. Ocupación:

2.8. ¿En qué lugar residía antes de ser ingresado al Hogar?

2.9. ¿Cuál es el número de personas con la que vivía, cuál es el parentesco?

2.10. ¿Tiene un adecuado apoyo por parte de sus familiares, amigos o instituciones?

2.11. ¿En qué año fue diagnosticado con la enfermedad?

2.12. ¿En qué año inicio el TARV?

2.13. ¿En qué año se le modificó el TARV?

Parte 2. Percepción de los residentes con VIH/SIDA

- 2.1. ¿Qué sabe acerca de la enfermedad del VIH/SIDA?
- 2.2. ¿Cómo se sentía emocionalmente antes de ser diagnosticado? ¿Considera algún cambio posterior al mismo?
- 2.3. ¿Cómo percibía sus relaciones sociales antes de ser diagnosticado? ¿Considera algún cambio posterior al mismo?
- 2.4. ¿Cómo se sentía físicamente antes de ser diagnosticado? ¿Considera algún cambio posterior al mismo?
- 2.5. ¿Cuál fue el motivo de la modificación del TARV?
- 2.6. ¿Cuáles fármacos antirretrovirales recibía con anterioridad y cuál es el tratamiento actual?
- 2.7. ¿Qué pensamientos, conductas, sentimientos o emociones surgieron después de la modificación del TARV?
- 2.8. ¿Ha considerado en algún momento abandonar el TARV? ¿Cuál ha sido la causa? En caso de haberlo abandonado, ¿Cuántas veces ocurrió? ¿Cuál fue la causa?
- 2.9. ¿Percibió algún efecto a nivel físico, psicológico o emocional durante el consumo del tratamiento anterior?
- 2.10. ¿Ha percibido algún efecto a nivel físico, psicológico o emocional durante el consumo del tratamiento actual?
- 2.11. ¿Ha recibido opinión negativa y/o positiva acerca del TARV que consume en la actualidad? Si la respuesta es sí, ¿cuál fue?

Anexo 6:

Resultados del plan piloto

Datos generales

La presente investigación se realizó con el objetivo de recopilar opinión residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido, en relación con los cambios en la combinación del esquema farmacológico

1. Categorías de análisis: aspectos sociodemográficos

Los participantes indican lo siguiente:

Pregunta número 1.1: Sexo

Participante 1: Femenino

Participante 2: Masculino

Participante 3: Masculino

Pregunta número 1.2: Edad

Participante 1: 17

Participante 2: 83 años

Participante 3: 33

Pregunta número 1.3: Nacionalidad

Participante 1: Costarricense

Participante 2: Costarricense

Participante 3: Costarricense

Pregunta número 1.4: Estado civil

Participante 1: Soltera

Participante 2: Viudo

Participante 3: Soltero

Pregunta número 1.5: Religión

Participante 1: Cristiana

Participante 2: Católico

Participante 3: Católico

Pregunta número 1.6: Último año de estudios aprobados

Participante 1: Noveno

Participante 2: Bachillerato en educación media aprobado

Participante 3: Universitario completo

Pregunta número 1.7: Ocupación

Participante 1: Estudia y trabaja en atención al cliente

Participante 2: Pensionado

Participante 3: ATAP

Pregunta número 1.8: ¿En qué lugar residía antes de ser ingresado al Hogar?

Participante 1: Liberia, Guanacaste

Participante 2: Paso Ancho

Participante 3: La Unión de Tres Ríos

Pregunta número 1.9: ¿Cuál es el número de personas con la que vivía, cuál es el parentesco?

Participante 1: #2 personas; mamá y hermana

Participante 2: #3; hija, nieto, nuera

Participante 3: #3; padre, madre y hermana

Pregunta número 1.10: ¿Tiene un adecuado apoyo por parte de sus familiares, amigos o instituciones?

Participante 1: Sí

Participante 2: Sí

Participante 3: Sí

Pregunta número 1.11: ¿En qué año fue diagnosticado con la enfermedad?

Participante 1: 2018

Participante 2: 1994

Participante 3: 2016

Pregunta número 1.12: ¿En qué año inicio el TARV?

Participante 1: 2018

Participante 2: 1994

Participante 3: 2016

Pregunta número 1.13: ¿En qué año se le modificó el TARV?

Participante 1: 2018

Participante 2: 2018

Participante 3: 2018

3. Categorías de análisis: Percepción de los residentes con VIH/SIDA

Los participantes indican lo siguiente:

Pregunta número 2.1: ¿Qué sabe acerca de la enfermedad del VIH/SIDA?

Participante 1: “De la enfermedad hipertensión no se mucho porque como todo ha sido emergencia no han tenido tiempo de decirme que es exactamente... yo lo que entiendo es que es algo que tiene que ver con el corazón después de haber buscado en internet, pero exactamente no sé qué es”.

Participante 2: “La hipertensión es que se me sube la presión”

Participante 3: “Es una enfermedad crónica, se puede dar por cuestiones emocionales; es por ahí donde me afecto a mí; y puede ocasionar otras enfermedades”.

Pregunta número 2.2: ¿Cómo se sentía emocionalmente antes de ser diagnosticado? ¿Considera algún cambio posterior al mismo?

Participante 1: “Antes del diagnóstico sentía una tristeza inexplicable y cuando ya me diagnosticaron me sentí más triste porque no sabía bien lo que tenía, vivo muy lejos y me tenía que estar trasladando constantemente al hospital en San José para hacerme diferentes exámenes, esto con mi mamá porque yo no podía venir sola; pero cuando me iban haciendo los exámenes y entendiendo un poco más me sentí más aliviada”.

Participante 2: “Yo tenía una vida normal, sin embargo hacía muchas cosas que no debía hacer como trabajos pesados y era alcohólico; a nivel emocional estaba completamente normal”.

Participante 3: “Antes de ser diagnosticado emocionalmente me sentía bien, y posteriormente vi la importancia de ser más responsable de la manera en la que uno se debe tomar el tratamiento, por ser una enfermedad crónica uno debe tener un estilo de vida diferente”

Pregunta número 2.3: ¿Cómo percibía sus relaciones sociales antes de ser diagnosticado? ¿Considera algún cambio posterior al mismo?

Participante 1: “Antes del diagnóstico era lo más normal pero después del mismo mi mamá le comento a todo el mundo entonces ya me sentía toda extraña. Mis familiares además mostraron preocupación y me aconsejaban de que debía cuidarme más y debía buscar a Dios”.

Participante 2: “Tenía problemas sociales con un vecino, en el cual tuvimos una discusión que me desencadenó un derrame facial, en este evento fue donde me diagnosticaron hipertensión, posterior al diagnóstico los problemas mermaron”.

Participante 3: “yo siempre he tratado de ser muy sociable y de llevar las cosas de la mejor manera, sin embargo por diferentes cuestiones de terceros me sentía estresado, además la universidad y los diferentes problemas, me afectó bastante. Después de ser diagnosticado sé que uno tiene que cuidarse más y he tratado de ser más tolerante”

**Pregunta número 2.4: ¿Cómo se sentía físicamente antes de ser diagnosticado?
¿Considera algún cambio posterior al mismo?**

Participante 1: “Anterior al ser diagnosticada sentía unos calores y posterior al diagnóstico al tomar el tratamiento cambio, deje de sentir calores por un tiempo hasta que el los medicamentos dejaron de funcionar debido a que mi cuerpo se acostumbra muy rápido a los mismos”.

Participante 2: “Yo nunca siento cuando se me sube la presión, tengo una presión silenciosa”.

Participante 3: “Antes de ser diagnosticado me sentía normal y después del diagnóstico empecé a sentirme un poco cansado”.

Pregunta número 2.5: ¿Cuál fue el motivo de la modificación del TARV?

Participante 1: “Porque no le estaban funcionando los medicamentos, seguía con la presión alta”

Participante 2: “Porque se me volvió a subir la presión. Tenía presiones de 180/170 mmHg”

Participante 3: “Porque tenía picos de hipertensión y proteinuria, además no me tomaba el tratamiento adecuadamente porque no le di la importancia que ameritaba la enfermedad”

Pregunta número 2.6: ¿Cuáles fármacos antirretrovirales recibía con anterioridad y cuál es el tratamiento actual?

Participante 1: “El primer tratamiento que consumía era hidroclorotiazida, posterior me lo cambiaron y tomaba Enalapril de 20 mg y enalapril de 5 mg; y hace un mes me lo volvieron a cambiar a Enalapril de 20 mg, 2 veces al día. En 6 meses me han modificado el tratamiento 3 veces”.

Participante 2: “Con anterioridad tomaba Ibersartan y Furosemida. Actualmente tomo 1 Furosemida, 2 Carvedilol de 6.25 mg, 2 Ibersartan y 1 Amlodil”.

Participante 3: “Con anterioridad tomaba Enalapril de 5 y posteriormente Enalapril de 20 e Hidroclorotiazida”

Pregunta número 2.7: ¿Qué pensamientos, conductas, sentimientos o emociones surgieron después de la modificación del TARV?

Participante 1: “No entendía muy bien el motivo y sentí que era algo muy grave, pero al ver la mejoría me sentí más tranquila”.

Participante 2: “No tuve ningún problema, me tomo los medicamentos porque sé que es lo mejor para mí”.

Participante 3: “Tenía que cuidarme y valorarme más, porque mi salud se estaba viendo afectada, tenía que ponerme un alto en el camino, además debía informarme más porque mi alimentación debía cambiar”.

Pregunta número 2.8: ¿Ha considerado en algún momento abandonar el TARV? ¿Cuál ha sido la causa? En caso de haberlo abandonado, ¿Cuántas veces ocurrió? ¿Cuál fue la causa?

Participante 1: “Sí he considerado dejarla porque pensaba que era una enfermedad similar a la gripe que era temporal, solo lo pensé una vez”.

Participante 2: “Nunca he dejado el tratamiento, más bien siempre cuento las pastillas para ver si están completas”

Participante 3: “Para nada. Debido a que es una enfermedad crónica, tengo la responsabilidad de un hijo, sé las consecuencia que puede haber en las personas que abandonan el tratamiento siendo hipertensos, aparte que a mi edad es muy riesgoso”.

Pregunta número 2.9: ¿Percibió algún efecto a nivel físico, psicológico o emocional durante el consumo del tratamiento anterior?

Participante 1: “sentí temor de olvidar el tratamiento e incertidumbre porque los médicos me dijeron que era para siempre que debía tomarlos. A nivel físico calores y dolor de cabeza y se me dormía partes del cuerpo”.

Participante 2: “No sentí nada”

Participante 3: “Como no me tomaba el tratamiento como debía ser, me dolía la cabeza, pero cuando estaba muy emocional; además escuchaba pitos en el oído, eso era como un jalón de orejas y me iba a tomar la pastilla”.

Pregunta número 2.10: ¿Ha percibido algún efecto a nivel físico, psicológico o emocional durante el consumo del tratamiento actual?

Participante 1: “continuo con los calores, no sentí ninguna mejoría después de las 3 modificaciones de tratamiento, inclusive en este momento ando un dolor de cabeza insoportable y es de lo mismo”.

Participante 2: “No he sentido ningún cambio, solo en algunas ocasiones cuando se me sube la presión me da mal humor pero es un síntoma de la enfermedad no del medicamento”.

Participante 3: “Los efectos físicos que presentaba anteriormente se me quitaron, de hecho una de las preocupaciones era poder volver a realizar una actividad física debido a que me cansaba mucho, sin embargo con este tratamiento volví a mis estilos de vida normales”

Pregunta número 2.11: ¿Ha recibido opinión negativa y/o positiva acerca del TARV que consume en la actualidad? Si la respuesta es sí, ¿cuál fue?

Participante 1: “No he recibido ninguna opinión debido a que no conozca nadie que padece la enfermedad, solo una compañera que es mucho mayor que yo que me indicó que ella tomaba una dosis inferior a la mía. Además algunos médicos me cuestionan que porque motivo padezco hipertensión debido a que soy tan joven, por lo cual me preguntan si tengo problemas a nivel familiar o algo que me esté afectando”.

Participante 2: “Mi hermana me dijo que le cayó mal y que por eso la tienen ahora con el cardiólogo”

Participante 3: “Sí claro, hay personas que me han dicho que la enalapril da tos, cansancio y disfunción eréctil”.

Pregunta número 2.12: **¿Percibió apoyo por parte de su núcleo social, familiar y de los profesionales en salud durante el consumo del tratamiento anterior? ¿Durante el proceso de modificación del TARV a la actualidad como ha sido el apoyo de los ya mencionados?**

Participante 1: “Mi familia siempre me ha apoyado antes y después de la modificación del tratamiento. Mi mamá me ofrece té cuando me siento muy mal y mi hermana siempre me pregunta cómo me fue en las citas. Por parte de los médicos siento que son muy odiosos y desinteresados no me han explicado bien mi padecimiento, no siento apoyo por parte de ellos. Solo hay una doctora que se vio más preocupado por mis enfermedades, sin embargo me pasan cambiando constantemente los médicos que me atienden”.

Participante 2: “Mi hija es la que se ha encargado de ayudarme durante todo mi proceso de enfermedad desde que inicié con la hipertensión y los médicos se preocupan bastante por mí y me mandan bastantes exámenes”

Participante 3: “Claro mis compañeros y mi familia me han apoyado. Mi papá es hipertenso y mi mamá es diabética por lo cual me han apoyado en todo mi proceso de enfermedad y me han aconsejado canalizar más mis emociones. Por parte de los médicos recibí toda la información y apoyo necesario desde que me diagnosticaron”.

Pregunta número 2.13: ¿Cuál fue su experiencia en con consumo del tratamiento anterior? ¿Ha sentido alguna mejoría con la modificación de dichos fármacos?

Participante 1: “De todos los tratamiento me sigo sintiendo igual, no sentí ninguna mejoría”

Participante 2: “Con el consumo de tratamiento anterior no sentí ninguna mejoría, y ahora con este tratamiento tengo una presión normal y los estados de mal humor han mermado”.

Participante 3: “Era una dosis muy pequeña, tal vez me hubiese funcionado bien, sin embargo venia aprendiendo que era la enfermedad, no era muy educado cuando al tomarme el tratamiento. Actualmente mi presión ha mejorado a 120/80 mmHg, me siento mucho mejor”.

Pregunta número 2.14: ¿Qué consideraciones como usuario de un servicio de salud y miembro de una comunidad cree usted necesarias para mantener una adecuada adherencia en el tratamiento antirretroviral?

Participante 1: “Más atención por parte de los médicos, más información porque aun yo no entiendo nada sobre mi enfermedad, y además darme más recomendaciones alternativas en caso de que se me suba la presión”

Participante 2: “Que mediante exámenes me sigan valorando para ver si me sigue funcionando el tratamiento”.

Participante 3: “Principalmente educarse sobre la enfermedad, hacer caso a las recomendaciones médicas. No es solo tomar el tratamiento sino también cambiar a

estilos de vida saludable (dietas, actividad física). Tomarse muy a pecho la responsabilidad de tomarse el tratamiento porque lo que puede ser una hipertensión puede desencadenar a otras enfermedades. Hay que informarse bien porque no todo lo que dice en internet es cierto”.

ANEXO 7:

Instrumento

El presente instrumento fue elaborado con el fin de recopilar opinión residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido, en relación con los cambios en la combinación del esquema farmacológico

Se le garantiza que los datos obtenidos serán utilizados con fines académicos y se mantiene total confiabilidad de la información que usted brinde.

Parte 1. Datos generales o aspectos sociodemográficos.

- a. Sexo:
- b. Edad:
- c. Nacionalidad:
- d. Estado civil:
- e. Religión:
- f. Último año de estudios aprobados:
- g. Ocupación:
- h. ¿En qué lugar residía antes de ser ingresado al Hogar?
- i. ¿Cuál es el número de personas con la que vivía, cuál es el parentesco?

- j. ¿Tiene un adecuado apoyo por parte de sus familiares, amigos o instituciones?
- k. ¿En qué año fue diagnosticado con la enfermedad?
- l. ¿En qué año inicio el TARV?
- m. ¿En qué año se le modificó el TARV?

Parte 2. Percepción de los residentes con VIH/SIDA

- 2.1. ¿Qué sabe acerca de la enfermedad del VIH/SIDA?
- 2.2. ¿Considera usted haber tenido alguna alteración a nivel emocional antes de ser diagnosticado de la enfermedad? ¿Considera algún cambio posterior a dicho diagnostico?
- 2.3. ¿Cómo eran las relaciones con sus amigos, familia y conocidos antes de ser diagnosticado? ¿Considera algún cambio posterior al mismo?
- 2.4. ¿Cómo se sentía físicamente antes de ser diagnosticado? ¿Considera algún cambio posterior al mismo?
- 2.5. ¿Cuál fue el motivo de la modificación del TARV?
- 2.6. ¿Cuáles fármacos antirretrovirales recibía con anterioridad y cuál es el tratamiento actual?
- 2.7. ¿Qué pensamientos, conductas y emociones surgieron después de la modificación del TARV?
- 2.8. ¿Ha considerado en algún momento abandonar el TARV? ¿Cuál ha sido la causa? En caso de haberlo abandonado, ¿Cuántas veces ocurrió? ¿Cuál fue la causa?

2.9. ¿Percibió algún efecto a nivel físico y emocional durante el consumo del tratamiento anterior?

2.10. ¿Ha percibido algún efecto a nivel físico y emocional durante el consumo del tratamiento actual?

2.11. ¿Ha recibido opinión negativa y/o positiva acerca del TARV que consume en la actualidad? Si la respuesta es sí, ¿cuál fue?

2.12. ¿Percibió apoyo por parte de su núcleo social, familiar y de los profesionales en salud durante el consumo del tratamiento anterior? ¿Durante el proceso de modificación del TARV a la actualidad como ha sido el apoyo de los ya mencionados?

2.13. ¿Cómo son sus estilos de vida relacionados con la alimentación, ejercicio y ocio (actividad de entretenimiento)?

2.14. ¿Qué recomendaciones como usuario de un servicio de salud y miembro de una comunidad cree usted necesarias para mantener una adecuada adherencia en el tratamiento antirretroviral?

Si desea hacer un comentario y/o recomendación será de gran valor a la investigación.

¡Muchas gracias por su colaboración!

Anexo 8:

Dedicatoria y agradecimientos

DEDICATORIA

La presente investigación se la dedico especialmente a mis padres por ser los pilares en mi formación académica, por no dejar de creer en mis capacidades y por hacer de mi una mujer de valores para cumplir con responsabilidad esta hermosa profesión de enfermería.

A mi hija por acompañarme en todo el proceso de elaboración de la investigación, fuiste el motor que me impulso para crear de esta investigación una herramienta que permitirá a muchas personas mejorar su calidad de vida.

AGRADECIMIENTOS

Quiero agradecerle a mi tutora la M.Sc. Maricruz Pérez Retana, docente de la Universidad Hispanoamericana, por su entrega, apoyo y confianza durante la elaboración de esta investigación. Sus consejos, motivación comprensión me permitieron concluir con éxito la etapa de mi formación universitaria.

Le agradezco al Hogar de la Esperanza, institución que me abrió las puertas para llevar a cabo el proceso de investigación. Sin ustedes este proyecto no se hubiera desarrollado.

Al Lic. Mario Rojas Peralta, enfermero especialista en la atención de usuarios con VIH/SIDA y colaborador del Hogar de la Esperanza por todas las sugerencias en beneficio del éxito de mi tesis.

A los participantes por confiar en mí su experiencia de vida. Sus relatos fueron clave para brindar herramientas a los profesionales en salud para que estos realicen una mejor intervención en beneficio de su salud física y emocional.

Y a cada una de las personas que confiaron en mi formación para concluir satisfactoriamente esta investigación.

Anexo 9:

DECLARACIÓN JURADA

Yo Kimberly Paola Borbón Avendaño mayor de edad, portador de la cédula de identidad número 1-1621-0521 egresado de la carrera de enfermería de la Universidad Hispanoamericana, hago constar por medio de éste acto y debidamente apercibido y entendido de las penas y consecuencias con las que se castiga en el Código Penal el delito de perjurio, ante quienes se constituyen en el Tribunal Examinador de mi trabajo de tesis para optar por el título de LICENCIATURA EN ENFERMERÍA, juro solemnemente que mi trabajo de investigación titulado: “Percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido en relación con los cambios en la combinación del esquema farmacológico, Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018”, es una obra original que ha respetado todo lo preceptuado por las Leyes Penales, así como la Ley de Derecho de Autor y Derecho Conexos número 6683 del 14 de octubre de 1982 y sus reformas, publicada en la Gaceta número 226 del 25 de noviembre de 1982; incluyendo el numeral 70 de dicha ley que advierte; artículo 70. Es permitido citar a un autor, transcribiendo los pasajes pertinentes siempre que éstos no sean tantos y seguidos, que puedan considerarse como una producción simulada y sustancial, que redunde en perjuicio del autor de la obra original. Asimismo, quedo advertido que la Universidad se reserva el derecho de protocolizar este documento ante Notario Público. En fe de lo anterior, firmo en la ciudad de San José, a los 03 días del mes de abril del año dos mil diecinueve.

Firma del estudiante

Cédula

Anexo 10:

Carta de la Tutora

CARTA DEL TUTOR

San José, 06 de abril del 2019

Máster Vanessa Aguilar Zeledón
Carrera Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

La estudiante Kimberly Paola Borbón Avendaño, cédula 1-1621-0521 me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado: "PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES CON VIH/SIDA SOBRE EL TIPO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL RECIBIDO EN RELACIÓN CON LOS CAMBIOS EN LA COMBINACIÓN DEL ESQUEMA FARMACOLÓGICO, HOGAR DE LA ESPERANZA, SETIEMBRE- DICIEMBRE 2018", el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.


En mi calidad de tutora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas durante el proceso de tutoría y he evaluado los aspectos relativos a la elaboración del problema, objetivos, justificación; antecedentes, marco teórico, marco metodológico, tabulación, análisis de datos; conclusiones y recomendaciones.

De los resultados obtenidos por el postulante, se obtiene la siguiente calificación:

a)	ORIGINAL DEL TEMA	10%	10%
b)	CUMPLIMIENTO DE ENTREGA DE AVANCES	20%	20%
c)	COHERENCIA ENTRE LOS OBJETIVOS, LOS INSTRUMENTOS APLICADOS Y LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION	30%	29%
d)	RELEVANCIA DE LAS CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	20%	19%
e)	CALIDAD, DETALLE DEL MARCO TEORICO	20%	20%
	TOTAL		98%

En virtud de la calificación obtenida, se avala el traslado al proceso de lectura.

Atentamente,


M.Sc. Maricruz Pérez Retana
Cédula identidad 1-1262-0892
Carné Colegio Profesional E-8704

Anexo 11:

Carta de la Lectora

San José, 06 de mayo de 2019

*Departamento de Registro
Universidad Hispanoamericana
Presente*

La estudiante Kimberly Paola Borbón Avendaño, cédula de identidad número 1-1621-0521, me ha presentado, para efectos de revisión y aprobación, el trabajo de investigación denominado "PERCEPCIÓN DE LOS RESIDENTES CON VIH/SIDA SOBRE EL TIPO DE TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL RECIBIDO EN RELACIÓN CON LOS CAMBIOS EN LA COMBINACIÓN DEL ESQUEMA FARMACOLÓGICO, HOGAR DE LA ESPERANZA, SETIEMBRE- DICIEMBRE 2018" el cual ha elaborado para optar por el grado académico de Licenciatura en Enfermería.

En mi calidad de lectora, he verificado que se han hecho las correcciones indicadas y evaluando los aspectos relativos a la congruencia entre el tema, objetivos, cuadro de variables, instrumento, análisis y tabulación de los datos se determina dar aval al documento final para pasar a la fase del filólogo.

Atentamente,



Máster. Marisel Picado Monge

Cédula identidad 3-0408-0459

Carné Colegio Profesional E-12171

Anexo 12:

Carta de la Filóloga

Carta de aprobación filológica

San José, 9 de mayo de 2019

Máster Vanessa Aguilar Zeledón
Carrera de Enfermería
Universidad Hispanoamericana

Estimada señora:

He revisado y corregido en todos los extremos filológicos: la redacción, la ortografía, la puntuación, la morfología, la sintaxis y los vicios de la tesis titulada **“Percepción de los residentes con VIH/SIDA sobre el tipo de tratamiento antirretroviral recibido en relación con los cambios en la combinación del esquema farmacológico, Hogar de la Esperanza, setiembre- diciembre 2018”**, presentada por la estudiante Kimberly Paola Borbón Avendaño, para optar por el grado académico de **Licenciatura en Enfermería**.

Con las correcciones realizadas en este trabajo de investigación, este es un documento con valor filológico y cumple con los requisitos necesarios para ser presentada ante las autoridades universitarias correspondientes.

Atentamente,



Margarita Sirlene Chaves Bonilla
Filóloga
Cédula # 2 0717 0620
Carné afiliado # 83791 “COLYPRO”