



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY

 **Facultad de
Psicología**
UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

Universidad de la República

Facultad de Psicología

**Teoría de la Autodeterminación y sus aportes a la adherencia al tratamiento
del VIH**

Trabajo Final de Grado

Modalidad: Monografía

Joaquín Dolce Guevari

C.I.: 5.071.085-3

Tutor: Prof. Adj. Dr. Nicolas Brunet

Revisora: Prof. Adj. Karina Curione

Diciembre, 2024

Agradecimientos

Me gustaría agradecer a quienes estuvieron en el proceso de este logro.

A mis abuelos, a quienes les debo todo lo que tengo y lo que soy.

A mi madre y al resto de mi familia por su amor incondicional.

A mis amigos de siempre por su apoyo y motivación.

A docentes y compañeros de la facultad por sus consejos y ayuda.

Y a todos los que de alguna forma saben que fueron parte.

Agradezco a todos por acompañarme en este recorrido.

Índice

Resumen.....	4
1. Introducción.....	5
1.1. Etiología del VIH.....	6
1.2. Tratamiento del VIH.....	8
1.3. Adherencia al tratamiento.....	10
1.4. Teoría de la Autodeterminación.....	12
2. Desarrollo.....	16
2.1. La Relación Médico-Paciente.....	17
2.2. Uso de Tecnología.....	20
2.3. Entrevista Motivacional.....	24
2.4. Revelación del Estado Serológico y Redes de Apoyo.....	25
2.5. La Autoeficacia.....	28
2.6. Intervenciones.....	30
3. Síntesis.....	35
Referencias.....	39

Resumen

Según datos del Programa Conjunto de las Naciones Unidas (ONUSIDA), el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) es el causante de 630 mil muertes a nivel global en 2023. La presente producción busca revelar cómo la Teoría de la Autodeterminación (TAD) puede aportar hacia la adherencia al tratamiento en el VIH. Se realizó una búsqueda y revisión de las limitadas investigaciones hechas hasta la actualidad sobre el tema, y se destacan los principales puntos de encuentro y características más relevantes. En conclusión, existen múltiples factores que destacan la importancia de satisfacer las necesidades psicológicas básicas y su impacto en la motivación de personas que viven con VIH para comenzar y mantener su tratamiento. La investigación sobre la adherencia al tratamiento del VIH desde esta perspectiva debe seguir evolucionando, incorporando una mayor diversidad de enfoques y centrandose su atención en las necesidades y contextos de las personas afectadas.

Palabras claves: VIH, SDT, adherencia al tratamiento, TAR, Teoría de la Autodeterminación, PLWH, TAD.

1. Introducción

Los últimos datos planteados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) relacionados al Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) al cierre de 2023, reflejan que 39,9 millones de personas viven con este virus y 630 mil han muerto por enfermedades relacionadas al SIDA en ese año.

En Uruguay, en los últimos años el VIH representa el 2,86% de muertes anuales según datos brindados por el Instituto de Métricas y Evaluación de la Salud (IHME en sus siglas en inglés). El último estudio epidemiológico realizado por el Ministerio de Salud Pública en 2023 demostró que la cobertura de TAR (Terapia Antirretroviral) entre la población diagnosticada fue de 80%. El 70% de las nuevas infecciones corresponden a casos del sexo masculino (MSP, 2023). Sin embargo, un estudio realizado por la Encuesta Nacional de Comportamientos Sexuales y Salud en 2022, deja en evidencia que el 50% de los hombres y el 19% de las mujeres de la población utilizada, nunca se realizaron un testeo de VIH. Además, casi el 21% realizó por última vez el test de VIH entre 2 y 5 años atrás. Y un 7% no recuerda cuándo fue la última vez que lo hizo. Lo que demuestra que los números a vista de VIH+ en Uruguay no representan la totalidad de su población.

Por otro lado, los avances en la medicina han transformado significativamente el panorama de los tratamientos para el Virus de la Inmunodeficiencia Humana. Estos desarrollos han llevado a un incremento notable en la esperanza de vida de las personas que viven con el VIH, permitiendo que vivan más tiempo y con una salud mejorada, lo cual se refleja en una calidad de vida superior. Sin embargo, los tratamientos actuales, conocidos como terapia antirretroviral combinada (TARc), presentan varios desafíos, incluyendo efectos secundarios no deseados, horarios complicados y restricciones dietéticas, que complican la adherencia de los pacientes a estos regímenes (Farmer et al., 2001). La falta de adherencia al

tratamiento conlleva múltiples consecuencias, tales como la propagación del virus, mutaciones que aumentan la posibilidad de transmisión viral, y una carga económica significativa para los sistemas de salud. La prevención y la educación pueden reducir notablemente la incidencia del VIH (Dodds et al., 2001). Los estudios analizados en el presente trabajo indican que factores demográficos, psicológicos y socioeconómicos también influyen en la adherencia al tratamiento del VIH.

Antes de definir la importancia, y cómo puede aportar la Teoría de la Autodeterminación (TAD) en la adherencia al tratamiento del VIH, echaremos un vistazo a la historia y tratamiento del mismo.

1.1. Etiología del VIH

En los primeros años de la década de 1980, cuando se registraron los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), no existían tratamientos específicos para el VIH. Fue solo después de varios años de investigación que científicos y médicos pudieron identificar y comprender la causa del SIDA. Los primeros casos de SIDA que se documentaron con mayor frecuencia eran de varones jóvenes que padecían enfermedades como el sarcoma de Kaposi o infecciones pulmonares graves como la neumonía neumocística, las cuales complicaban la respiración. Como respuesta, los médicos comenzaron a administrar tratamientos como antibióticos y penicilina para controlar estas afecciones, las cuales se conocen ahora como infecciones oportunistas. Entre 1983 y 1984, se identificó y aisló el virus responsable de estas enfermedades, el VIH. Desde entonces, se ha comprobado que el VIH es el causante del SIDA. En la actualidad, se reconocen dos cepas principales del VIH: VIH-1, descubierto en 1984, y VIH-2, identificado en 1986. Ambas cepas se transmiten de manera similar. No obstante, se ha observado que las personas infectadas con VIH-2 suelen presentar síntomas durante períodos más prolongados en

comparación con aquellas infectadas con VIH-1 (Ivanova, 2011). En el resto del presente trabajo, se usará el término VIH para referirse a ambas cepas.

El mecanismo a través del cual el virus VIH deteriora el sistema inmunológico y conduce al SIDA es complejo. Para simplificar, se puede describir de la siguiente manera: una vez que el VIH entra en el cuerpo humano, se multiplica de manera exponencial y daña las células del sistema inmunológico responsables de combatir las infecciones, conocidas como células T o células asesinas. Este daño hace que las personas infectadas sean más susceptibles a enfermedades. La invasión del VIH en las células humanas ocurre en varias etapas, comenzando cuando el virus se introduce en las células CD4. Estas células, son un tipo de glóbulo blanco, tienen receptores en su superficie llamados CD4 y juegan un papel crucial en la regulación del sistema inmunológico al activar las células T asesinas para producir anticuerpos. El VIH tiene afinidad por estas células CD4. Los médicos monitorean el recuento de células CD4, ya que una disminución en su número indica un deterioro en la salud física del paciente. El recuento de células CD4 es el mejor indicador de la progresión de la enfermedad y se mide en número de células CD4 por milímetro cúbico (células/m³). Se considera que una persona tiene SIDA cuando el recuento de células CD4 cae por debajo de 200 células/m³, en comparación con un rango de 600 a 1.200 células/m³ en personas no infectadas. Otro marcador importante para la progresión del VIH y el inicio del tratamiento es el ARN del VIH en plasma, conocido como carga viral. La carga viral del VIH es fundamental para entender la proliferación del virus; niveles más altos de carga viral están asociados con un mayor riesgo de transmisión del VIH (Durham y Lashley, 2010, como se cita en Ivanova, 2011). Esta carga viral se mide en copias de ARN del VIH por mililitro (cp/mL) de sangre. Mellors et al. (1996) establecieron un criterio que relaciona la carga viral del VIH con la progresión del SIDA, indicando que a mayor carga viral, mayor es la probabilidad de que un individuo progrese hacia un diagnóstico de SIDA. Según la mayoría

de los expertos, una carga viral de VIH de 50 cp/mL se considera indetectable y está lejos de la progresión hacia el SIDA. La supresión prolongada a niveles indetectables de carga viral se asocia con una mejor salud y un sistema inmunológico más robusto. Los médicos también utilizan la carga viral para evaluar la eficacia del tratamiento, un aumento en la carga viral de menos de 50 cp/mL (indetectable) a 200 o más cp/mL puede indicar falta de adherencia al tratamiento o ineficacia de la medicación (Leppert y Peipert, 2004, citados en Ivanova, 2011).

1.2. Tratamiento del VIH

En el recurso en línea HIVinfo, se detalla que el tratamiento para el VIH se conoce como tratamiento antirretroviral (TAR). Este TAR consiste en una combinación de medicamentos específicos contra el VIH, que deben tomarse diariamente en lo que se denomina régimen de tratamiento. Es recomendable para todas las personas con VIH, ya que aunque no cura la infección, los medicamentos permiten a quienes lo padecen llevar una vida más prolongada y saludable, además de reducir el riesgo de transmisión del virus (HIVinfo, 2021).

El VIH ataca las células CD4 del sistema inmunitario, cruciales para combatir infecciones. La destrucción de estas células dificulta la capacidad del cuerpo para enfrentar infecciones y ciertos tipos de cáncer asociados al VIH. Los medicamentos antirretrovirales previenen la reproducción del virus, disminuyendo así la concentración del VIH en el cuerpo, conocida como carga viral. Con una menor carga viral, el sistema inmunitario tiene mayores posibilidades de recuperación y de producir más linfocitos CD4. Aunque el VIH pueda permanecer en el organismo, un sistema inmunitario fortalecido puede manejar mejor las infecciones y tipos de cáncer relacionados con el VIH (HIVinfo, 2021).

Reduciendo la concentración del VIH, el TAR también disminuye el riesgo de transmisión del virus. La meta principal del tratamiento es alcanzar una carga viral

indetectable, lo que significa que el VIH en la sangre está a niveles demasiado bajos para ser detectado mediante pruebas específicas. Las personas con VIH que logran mantener una carga viral indetectable no presentan riesgo de transmitir el virus a sus parejas seronegativas durante las relaciones sexuales (HIVinfo, 2021).

Es fundamental que las personas seropositivas inicien el tratamiento antirretroviral lo antes posible. Esto es especialmente relevante para aquellos con afecciones relacionadas con el SIDA o en la etapa temprana de la infección, que abarca hasta seis meses después de haber contraído el VIH. Además, las mujeres seropositivas embarazadas deben comenzar el tratamiento de inmediato para proteger tanto su salud como la del bebé (HIVinfo, 2021).

Existen múltiples medicamentos antirretrovirales clasificados en siete categorías, según su mecanismo de acción contra el VIH. La selección del régimen de tratamiento se basa en las necesidades individuales de cada paciente. Al elegir el régimen adecuado, tanto las personas seropositivas como sus proveedores de atención médica consideran varios factores, incluyendo los posibles efectos secundarios y las interacciones con otros medicamentos (HIVinfo, 2021).

Sin embargo, a lo largo de las investigaciones sobre el TAR, se han identificado diversos factores que afectan la adherencia de los pacientes, especialmente en relación con los horarios de dosificación y los efectos secundarios asociados. La terapia combinada implica un régimen de dosificación complejo que suele interferir en múltiples aspectos de la vida cotidiana de los pacientes. Es necesario que estos ajusten tanto sus patrones de sueño como de vigilia, así como su alimentación, para alinearse con los horarios requeridos por sus

tratamientos de TAR. Además, muchos pacientes enfrentan la dificultad de incorporar medicamentos adicionales para el manejo de otras condiciones, como la diabetes o la hepatitis, o para mitigar los efectos secundarios no deseados del mismo TAR (Kennedy et al., 2004). Los efectos secundarios pueden clasificarse a corto plazo, como vómitos, diarrea y debilidad, y a largo plazo, que incluyen redistribución del peso corporal, niveles elevados de colesterol y azúcar en sangre, así como cambios neurológicos que pueden llevar al delirio y daño hepático (Ivánova, 2011). Considerando estos efectos adversos, la creciente cantidad de píldoras que los pacientes deben tomar diariamente, y la prolongación del tratamiento, no resulta sorprendente que la adherencia a menudo disminuya (Maggiolo et al., 2002; Paterson et al., 2000, citados en Kennedy et al., 2004)

1.3. Adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento (AT) emerge como una preocupación crucial tanto para la salud pública como para los profesionales del sector sanitario. La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala que la falta de adherencia constituye un problema global grave, correlacionado con elevadas tasas de mortalidad prematura y una disminución en la calidad de vida de los pacientes (Vargas et al., 2018).

Desde una perspectiva contemporánea, la adherencia al tratamiento se conceptualiza como un comportamiento complejo y multifacético, influenciado por diversos factores subjetivos y objetivos, así como por contextos estructurales y coyunturales. Se define como el compromiso activo, autónomo y autodirigido del paciente en colaboración con los profesionales de la salud. Este compromiso tiene como objetivo alcanzar metas biomédicas acordadas, adoptar un estilo de vida saludable y mejorar la calidad de vida en consonancia

con las aspiraciones personales. Este proceso implica una interacción dinámica entre componentes biológicos, conductuales, cognitivos y emocionales, resultando en un alto nivel de cumplimiento del tratamiento (Vargas et al., 2018).

Los pacientes que mantienen una adherencia adecuada deben realizar de manera constante acciones y actividades para alcanzar y mantener sus objetivos de salud. Estos esfuerzos continuos, dirigidos hacia una meta, constituyen lo que Bandura denomina autorregulación. Según Karoly (1993), la autorregulación involucra procesos internos y transaccionales que permiten a una persona dirigir sus actividades hacia metas a lo largo del tiempo y en diferentes contextos. Esto incluye el monitoreo de comportamientos, la evaluación conforme a normas personales y sociales, así como las respuestas afectivas y cognitivas asociadas con la valoración de comportamientos saludables (Karoly, 1993).

Los cambios en el estilo de vida pueden prevenir o retrasar la aparición de enfermedades, mejorar su tratamiento y favorecer el bienestar psicológico. Por ello, los investigadores en salud han adoptado distintos enfoques, entre ellos intervenciones basadas en la SDT, para apoyar cambios positivos en los comportamientos de salud e indirectamente mejorar la salud física y psicológica (Ntoumanis et al., 2021).

A través de un metanálisis, Ntoumanis et al. (2021) descubrieron que las intervenciones basadas en la TAD tuvieron un impacto positivo en los comportamientos de salud, con tamaños de efecto pequeños a medianos en el final de la intervención y pequeñas en el seguimiento. También hallaron que los cambios en la autonomía, la motivación y la percepción de la necesidad de apoyo se asocian con cambios positivos en los comportamientos de salud tanto al final de la intervención como en el seguimiento.

En cuanto a la motivación autónoma, se ha argumentado que es la internalización del valor de la salud y la consiguiente autorregulación del comportamiento es lo que ayuda a las personas

a reducir sus conductas de riesgo para la salud y a adoptar conductas protectoras de la salud sin apoyo continuo de la intervención (Ng et al., 2012).

Sin embargo, cabe destacar que en el seguimiento, el efecto de las intervenciones de TAD fue pequeño y no significativo. Debido a que los predictores del bienestar y la calidad de vida son multifacéticos y no siempre están relacionados con los comportamientos de salud y los encuentros profesionales (por ejemplo, la calidad de las relaciones personales, las circunstancias financieras), este hallazgo probablemente no sea sorprendente. En conclusión, se encontró evidencia que demuestra cierta eficacia de las intervenciones basadas en la terapia basada en la determinación para mejorar los índices de salud (Ntoumanis et al., 2021).

1.4. Teoría de la Autodeterminación

La motivación describe tanto a la energía como a la dirección, persistencia y finalidad de los comportamientos, incluyendo las intenciones implicadas y las acciones resultantes; ubicándose en el centro de la regulación biológica, cognitiva y social del individuo (Deci y Ryan, 1985).

La teoría de la autodeterminación (TAD) juega un papel fundamental en la comprensión de los aportes hacia la adherencia al tratamiento, en este caso al de VIH. Esta teoría, respaldada por evidencia empírica, aborda la motivación humana, el desarrollo personal y el bienestar, destacando cómo factores sociales y culturales pueden apoyar o socavar la iniciativa, el bienestar y el rendimiento personal. La TAD adopta un enfoque dialéctico organísmico, partiendo del principio de que las personas son organismos activos con una tendencia innata hacia el crecimiento y la integración de nuevas experiencias en su identidad. Sin embargo, este desarrollo no es automático y depende de un continuo apoyo y nutrición social. Así, el contexto social puede tanto facilitar como obstaculizar el desarrollo

activo y psicológico de un individuo, ejerciendo una influencia significativa sobre su comportamiento, experiencia y crecimiento personal (CSDT, 2024).

Se han explorado diversas tendencias inherentes al crecimiento humano y las necesidades psicológicas innatas que fundamentan la auto-motivación y la integración de la personalidad, así como las condiciones que propician estos procesos positivos. Estas necesidades impactan el desarrollo personal y social (Deci y Ryan, 2000).

Desde esta perspectiva, se entiende que estas necesidades son fundamentales para promover un funcionamiento óptimo en relación con las tendencias naturales hacia el crecimiento y la integración, así como para asegurar un desarrollo social constructivo y un bienestar personal. Comprenderlas facilita un desarrollo más consciente y efectivo de nuestras capacidades y relaciones (Deci y Ryan, 2000). De esta manera, los individuos pueden internalizar los comportamientos de salud y realizarlos de modo consistente y sostenible en el tiempo.

Podemos resumir las tres necesidades básicas mencionadas de la siguiente manera:

Autonomía. La autonomía se refiere a la experiencia de la voluntad y la buena voluntad. Cuando una persona está satisfecha, experimenta una sensación de integridad, como cuando las acciones, pensamientos y sentimientos propios son auténticos y están respaldados por uno mismo. Cuando uno está frustrado, experimenta una sensación de presión y, a menudo, de conflicto, como sentirse empujado en una dirección no deseada (Vansteenkiste et al., 2020). Además, implica la capacidad de tomar decisiones por uno mismo. En situaciones de impotencia se producen apatía y bajos niveles de autonomía para el autocuidado. El soporte de autonomía incluye tener diálogos abiertos con los pacientes, alentando preguntas y participación en la toma de decisiones conjunta (Quinlivan et al., 2013).

Competencia. La competencia hace alusión a la sensación de dominio, una sensación de que uno puede tener éxito y crecer. Esta se satisface mejor en entornos bien estructurados que ofrecen desafíos óptimos, retroalimentación positiva y oportunidades de crecimiento (Ryan y Deci, 2020).

Relación. La relación o afinidad denota la experiencia de calidez, vínculo y cuidado, y se satisface al conectarse con los demás y así sentirse importante para ellos. La frustración por afinidad puede venir acompañada de una sensación de alienación social, exclusión y soledad (Vansteenkiste et al., 2020). Investigadores que utilizan la teoría de la autodeterminación, sugieren que la motivación intrínseca se vería respaldada aún más si los individuos se sintieran emocionalmente apoyados por otros. En otras palabras, si una persona percibe que tienen un alto apoyo social, esto aumentaría su motivación intrínseca independientemente de la edad, etnia o estatus socioeconómico de una persona, las personas parecen funcionar mejor y reportar menos dificultades psicológicas cuando experimentar apoyo, amor y afecto de los demás (Ivanova, 2011).

La TAD examina cómo diversos tipos de motivación reflejan distintos grados en los que el valor de una conducta y su regulación se han internalizado e integrado. La internalización se refiere al proceso mediante el cual las personas incorporan un valor o regulación en su propio sistema, mientras que la integración implica la transformación de esa regulación de modo que, eventualmente, emane desde el propio sentido del yo. Estos conceptos son fundamentales en la socialización durante la infancia, pero continúan siendo relevantes para la regulación de la conducta a lo largo de toda la vida (Deci y Ryan, 2000).

En el contexto de la TAD, se distingue entre motivación extrínseca e intrínseca. La motivación extrínseca (ME) refiere a la realización de una actividad con el fin de obtener un resultado separado de la propia actividad, es decir, concierne a comportamientos efectuados

sólo como un medio para arribar a un fin. En contraste con la motivación intrínseca (MI), que se basa en la satisfacción inherente que proporciona la actividad en sí misma, implica realizar actividades por el placer derivado de su ejecución, no siendo necesarias recompensas externas o control ambiental para llevarlas a cabo. A diferencia de algunas teorías que consideran que la conducta motivada extrínsecamente carece de autonomía, la TAD sugiere que la motivación extrínseca puede variar significativamente en términos de autonomía relativa (Ryan y Connell, 1989; Vallerand, 1997, citado en Deci y Ryan, 2000).

Dentro de la teoría, Deci y Ryan (1995) presentaron una sub-teoría conocida como la Teoría de la Integración Organísmica (OIT en inglés, TIO en español), que detalla las distintas formas de motivación extrínseca y los factores contextuales que facilitan o dificultan la internalización y la integración de estas regulaciones (Deci y Ryan, 2000).

En el espectro de tipos de motivación descrito, también se incluye la desmotivación o amotivación (A), que se define como la falta de intención para actuar. En estados de desmotivación, las personas pueden optar por no actuar o actuar sin una verdadera intención detrás de sus acciones (Deci y Ryan, 2000). Se refiere a conductas no reguladas por los sujetos, quienes experimentan una sensación de falta de propósitos, una ausencia completa de motivación (Deci y Ryan, 2000).

Dentro del continuo se ubica el estado clásico de MI. Y luego las conductas extrínsecamente motivadas, cubren el continuo entre la A y MI. Entonces, la OIT detalla las diferentes formas de ME y los factores sociales que promueven o amenazan la internalización e integración de la regulación de esos comportamientos. La internalización, como proceso, consiste en la asimilación de una regulación externa hasta que, de manera gradual, se constituye un sentido del sí-mismo. Este proceso está impulsado por las necesidades de competencia, autonomía y vinculación (Stover et al., 2017). En el proceso continuo de

internalización, se distinguen cuatro tipos de regulación de la ME: Externa, Introyectada, Identificada e Integrada. A medida que la ME se internaliza más, el sujeto se vuelve más autónomo al realizar las actividades relacionadas (Deci & Ryan, 1985). En el extremo de menor autorregulación se encuentra la ME Regulación Externa, en la que los comportamientos son realizados con el fin de evitar castigos o recibir recompensas. Estas acciones son impuestas por otros y responden a demandas externas. Por otro lado, la ME Regulación Introyectada se refiere al proceso de internalizar una regulación externa sin aceptarla plenamente como parte del propio ser. En este caso, los premios y castigos continúan existiendo, pero se manifiestan de forma interna, representados por la evitación de la culpa y la ansiedad, o el aumento de la autoestima. En la ME Regulación Identificada, la persona elige las actividades que realiza, aunque estas siguen derivando de motivos externos. La identificación en este caso hace referencia al proceso mediante el cual una persona reconoce el valor de una actividad y, en consecuencia, acepta la regulación externa como algo propio. Finalmente, la ME Regulación Integrada, que se manifiesta en la adultez, se activa cuando las necesidades y los valores individuales se alinean con los resultados de conductas socialmente esperadas, pasando a formar parte del sí mismo (Stover et al., 2017).

2. Desarrollo

La motivación del paciente, definida como energía psicológica dirigida a un objetivo de salud, es necesaria para iniciar y mantener conductas saludables (Deci y Ryan, 2000). La motivación es especialmente importante para el cumplimiento de la medicación cuando los pacientes reciben terapia antirretroviral para el VIH/SIDA (Kennedy et al., 2004). La satisfacción de las necesidades psicológicas básicas puede dirigir a conductas que promuevan la salud, como la medicación (Deci y Ryan, 1985). Las personas que se sienten más competentes en relación con un determinado comportamiento tienen más probabilidades de

realizar y mantener cambios relevantes junto con resultados positivos en materia de atención médica (Blank et al., 2023). La teoría de la autodeterminación, una teoría de la motivación humana, se ha utilizado para explicar los componentes de la motivación y cómo influyen en las conductas de salud (Deci y Ryan, 1985).

Si bien los contextos culturales pueden apoyar a las necesidades, las necesidades humanas son universales (Ryan y Niemiec, 2009). Esto sugiere que la TAD puede utilizarse en diferentes entornos culturales para evaluar si los programas fomentan la motivación, la competencia y los resultados de salud autónomos (Vian, 2018).

A continuación examinaremos todos los factores que los estudios han destacado en relación de la TAD y la adherencia al tratamiento de VIH.

2.1. La Relación Médico-Paciente

En diversos estudios, se ha evidenciado que los retrasos en la vinculación con la atención médica pueden llevar a enfermedades más avanzadas, un mayor riesgo de SIDA y un incremento en la mortalidad. En contraste, una baja tasa de retención en la atención se asocia con menores tasas de supresión viral y supervivencia en el contexto del VIH. Así, el simple conocimiento del estado serológico respecto al VIH no garantiza resultados óptimos en términos de salud. Para lograr estos resultados, es crucial una participación activa en la atención, la cual requiere esfuerzos tanto por parte de los pacientes como del sistema de salud (Quinlivan et al. 2013).

La bibliografía revisada enfatiza reiteradamente la importancia de la relación médico-paciente, subrayando su rol esencial en la motivación y adherencia al tratamiento del VIH. Según González et al. (2022), es fundamental fomentar un acompañamiento humanizado por parte del personal médico y la red de apoyo, con el objetivo de promover el

bienestar integral del paciente y evitar situaciones negativas como la depresión, el suicidio y la ansiedad (González et al., 2022).

Informes recientes destacan la importancia crítica de las relaciones entre los pacientes y sus médicos de VIH. No obstante, en algunos casos, como se observa en el estudio de Quinlivan et al. (2013), se ha documentado que la población (en este caso mujeres) reporta una falta de información adecuada sobre salud reproductiva por parte de sus proveedores, lo que resulta en un incremento de conductas sexuales de riesgo (Quinlivan et al. 2013).

Ivanova (2011) explica que la relación entre médicos y pacientes es una de las más complejas, con efectos profundos para los pacientes. Esta complejidad se debe a las posiciones de poder desiguales entre el médico y el paciente, la naturaleza desagradable de las visitas médicas y la importancia de los temas discutidos (Ong et al., 1995). Ong et al. (1995) llevaron a cabo una revisión sobre la comunicación entre médicos y pacientes, destacando que tradicionalmente, la relación se describe como paternalista, que implica la interacción entre individuos en posiciones desiguales, y que a menudo no es voluntaria. Con el médico tomando decisiones unilaterales sobre el tratamiento del paciente. Abandonar este enfoque paternalista y alentar a los médicos a compartir más información con los pacientes tiene efectos significativos en los resultados de salud y la adherencia al tratamiento (Miller et al., 1993). De hecho, la evidencia muestra que los pacientes informados sobre su estado de salud presentan mejores estilos de afrontamiento y menor ansiedad. De esta forma, el mismo es capaz de hablar de su enfermedad y terapia con personas de su entorno inmediato de una manera sensata (Molleman et al., 1984).

Algunos efectos negativos asociados con diagnósticos de salud mental, como la depresión, son resultados de salud deteriorada y tasas más bajas de adherencia al tratamiento del VIH (Cook et al., 2004). Por lo tanto, el papel de los médicos especializados en VIH

también debe incluir la detección y el abordaje de síntomas no físicos, como los problemas de salud mental, lo que a su vez contribuirá a una mayor adherencia al tratamiento del VIH (Ivanova, 2011).

El estigma sigue siendo un factor determinante en la adherencia al tratamiento antirretroviral. En el estudio de Quinlivan (2013), se observa que las mujeres rara vez mencionan que la relación influyó en el proceso de prueba. Sin embargo, al comenzar la atención, la relación con el proveedor o el personal capacitado se describió como sumamente importante. El estigma afectó muchas experiencias, siendo el acto físico de ingresar a la clínica una de las más profundas dificultades para las mujeres, quienes a menudo trataban de evitar ser vistas y ocultaban sus rostros (Quinlivan, 2013).

A pesar del estrés emocional al ingresar a la clínica, el apoyo del personal marcó una diferencia significativa. Cuando se percibió afinidad, las mujeres expresaron una fuerte conexión con la clínica, manifestando confianza y apego. Cuando el cuidado del personal se mostró efectivo y las mujeres pudieron confiar en que los proveedores realmente se preocupaban, empezaron a cuidarse mejor, sintiendo que contaban con el respaldo de la clínica. Esta relación necesitaba ser lo suficientemente robusta para superar el estigma experimentado por la mayoría de las mujeres (Quinlivan, 2013).

Asimismo, los médicos y proveedores de salud juegan un rol crucial al promover la autonomía de los pacientes. Los participantes en el estudio de Kennedy et al. (2004) identificaron a sus proveedores médicos como sus principales fuentes de apoyo para la autonomía, seguidos por el apoyo familiar (Kennedy et al., 2004).

Ivanova (2011) concluye en la Fase II de su investigación que todos los participantes señalaron la importancia de contar con un médico que apoyara su autonomía. Un tema común fue el deseo de que los médicos escucharan más a los pacientes. Esto puede ser atribuido a la

naturaleza estigmatizante del VIH, haciendo que el médico de familia o el especialista en VIH sea una figura clave para muchos (Ivanova, 2011).

Además, las correlaciones bivariadas de la Fase I del mismo estudio revelaron que la autonomía apoyada por el médico es una variable significativa asociada con una alta adherencia al tratamiento contra el VIH, menores síntomas de depresión y ansiedad, una percepción más alta de apoyo social y menos experiencias de estigma. Estos resultados resaltan el papel esencial que tienen los médicos en la capacidad de los pacientes para cumplir con éxito sus regímenes de tratamiento del VIH (Ivanova, 2011).

Entrevistas realizadas respaldan la idea de que múltiples factores psicosociales pueden influir en las tasas de adherencia al tratamiento del VIH. Todos los participantes consideraron crucial tener una actitud de apoyo a la autonomía por parte del médico, uno que fomente la capacidad de los pacientes para hacer preguntas y tomar acciones para mejorar su salud. No obstante, la evidencia anecdótica mostró que más de un tercio de los individuos no recibían una atención médica óptima (Ivanova, 2011).

Los resultados subrayan la importancia del rol del médico de atención primaria; en particular, los encuestados informaron que su médico era una fuente crucial de conocimiento y autoridad para prescribir el medicamento contra el VIH (Ivanova, 2011).

2.2. Uso de Tecnología

En el desarrollo de este análisis se ha abordado el impacto de la tecnología en la motivación de los pacientes para adherirse a sus tratamientos a través de la teoría de autodeterminación (SDT en inglés). Se ha observado que herramientas tecnológicas como mensajes de texto, alarmas, aplicaciones y sitios web han mostrado eficacia en este aspecto.

Las personas que viven con VIH (PLWH, por sus siglas en inglés) enfrentan una serie de desafíos psicológicos y conductuales que incluyen la adherencia a los regímenes de medicación, el acceso a servicios médicos, la calidad de vida, el estigma, la incertidumbre sobre el deterioro físico y psicológico, y la muerte. En este contexto, las herramientas de salud móvil pueden jugar un papel crucial en la gestión y prevención de enfermedades crónicas como el VIH. Estas tecnologías tienen el potencial de abordar diversas necesidades médicas de las PLWH, incluyendo la adherencia a los medicamentos y la retención en la atención del VIH (Schnall et al., 2015).

Las tecnologías actúan como actores sociales que pueden influir en los comportamientos a través de respuestas sociales. Por ejemplo, los testimonios en vídeo pueden ayudar a los individuos a incorporar el ejercicio regular en su vida diaria. En el estudio de Schnall et al. (2015), se identificó que las características de una aplicación móvil podrían utilizarse para apoyar la autonomía, definida como el deseo de controlar la propia salud. Los participantes del estudio señalaron la importancia de contar con herramientas que faciliten la gestión de medicamentos y la organización de citas. Una aplicación móvil puede servir como un recurso para mejorar la eficiencia de las actividades de las PLWH, con características como calendarios y alarmas para recordatorios de citas y medicación (Schnall et al., 2015).

Además, una aplicación móvil puede actuar como un agente social para fomentar relaciones que recompensen a los usuarios y sirvan como modelos de comportamiento. Los recién diagnosticados pueden no querer tomar la iniciativa en el cuidado de su salud. En este sentido, una aplicación móvil puede apoyar la autonomía al ofrecer una conexión social con otras personas que viven con el VIH, facilitando el seguimiento de sus tratamientos (Schnall et al., 2015).

La aplicación móvil también puede promover la motivación para adoptar comportamientos saludables al permitir a los usuarios explorar relaciones de causa y efecto y proporcionarles experiencias indirectas que demuestren los beneficios de los comportamientos positivos. Funcionalidades como sistemas de juegos y recompensas pueden ser efectivas en este aspecto (Schnall et al., 2015).

En el mismo estudio, los participantes destacaron el uso de una aplicación móvil para apoyar el monitoreo de comportamientos de salud, resultados de laboratorio y gestión de medicamentos. Las aplicaciones móviles pueden servir como tecnologías persuasivas que refuercen la confianza en la capacidad de los individuos para manejar sus problemas de salud (Schnall et al., 2015).

Para fomentar una relación psicológica, los individuos necesitan experimentar un sentido de pertenencia y conexión con los demás. El uso de una app puede facilitar interacciones con otras personas o reforzar el apoyo social, por ejemplo, permitiendo compartir la aplicación con familiares para aumentar la participación y el apoyo. Para lograr esto, una aplicación móvil debe incluir funciones que faciliten la conexión, como redes sociales, GPS y enlaces a recursos específicos (Schnall et al., 2015).

Para alcanzar los objetivos de comportamiento de la TAD, los participantes sugirieron la integración de tres herramientas clave en una aplicación móvil: recordatorios/alertas, seguimiento de laboratorio y notas. Por ejemplo, si una PLWH observa una tendencia hacia una mayor carga viral, puede reconocer la necesidad de mejorar la adherencia a la medicación o realizar una visita de seguimiento. Las aplicaciones móviles ofrecen funcionalidades avanzadas como captura de datos con marca de tiempo, calendarios, GPS, participación social y mensajería personalizada, que brindan nuevas oportunidades para mejorar la vida de las PLWH (Schnall et al., 2015).

En línea con esta temática, la intervención The CARE, desarrollada por Njie-Carr et al. (2021), utiliza una plataforma de aplicación web para mejorar la competencia, la autonomía y la relación con mujeres mayores infectadas por el VIH, guiada por la SDT. The CARE incluye funciones interactivas como mensajes de texto, video, servicio de mensajes cortos, teléfono, automonitoreo diario y navegación web, alineándose con la "tecnología de calidad de vida" para aumentar la autodeterminación de los adultos mayores (Carlson y Snowden, 2014).

Los estudios indican que la autogestión de los síntomas permite a los pacientes mejorar los resultados al generar autoconciencia y monitoreo, controlar los síntomas y aumentar el compromiso (Brennan et al., 2014; Corless et al., 2012; Millard et al., 2013). Cuando las PLWH reciben apoyo, internalizan un valor por los comportamientos saludables, que mantienen si están motivadas autónomamente y tienen altos niveles de competencia percibida (Williams et al., 2011).

The CARE ha demostrado tendencias positivas en la autodeterminación para el autocuidado y la internalización. Los participantes expresaron la necesidad de conexión e interacción con otros, destacando la preocupación por el aislamiento social y la soledad en las personas mayores con VIH.

Finalmente, existen otros estudios que respaldan el uso de tecnología en este contexto, como Vian et al. (2018), que demostraron que los mensajes de texto y la intervención de asesoramiento aumentan la adherencia a la medicación. Y Adeagbo et al. (2021), que señalaron que la comodidad y privacidad de las pruebas en el hogar, junto con el mensaje positivo de la aplicación, aliviaron temores sobre las pruebas de VIH y mejoraron la competencia de los participantes para realizarse la misma.

2.3. Entrevista Motivacional

La Entrevista Motivacional (EM) ha sido una técnica nombrada y sugerida por diferentes autores a la hora de aumentar la motivación intrínseca en varios estudios.

Castilla-Nieto (2016) nos brinda una gran definición de la EM a través de varios autores:

La EM es una técnica utilizada para ayudar al paciente a descubrir las razones que le pueden motivar para que se produzca un cambio de conducta hacia un camino positivo (Hettema, Steele & Miller, 2008). Una de las definiciones más claras es la proporcionada por Rodríguez, Álvarez-Ude & Massons (2014), quien afirma que la entrevista motivacional es “una guía en la que el profesional ayuda al paciente a acceder a sus propias razones y deseos para adoptar una determinada conducta con el objetivo de promover su salud”. ... La descripción proporcionada por Pursey (2013), califica esta intervención como una técnica de conversación entre dos personas, cuyo objetivo es incrementar la motivación intrínseca de una de las partes, consiguiendo así un cambio positivo en su comportamiento. ... De acuerdo al estudio de Flórez & Carranza (2007), este procedimiento puede ser usado por cualquier persona con formación sanitaria en atención primaria, y no sólo por psicólogos. De hecho, hay estudios que demuestran la satisfacción de personal enfermero en relación al entrenamiento y aplicación de la entrevista motivacional en pacientes crónicos (Brobeck, Bergh, Odenrants & Hildingh, 2011). (p. 2)

El uso de la entrevista motivacional es efectivo para conseguir un cambio de conducta en pacientes con patologías crónicas (especialmente demostrado en VIH, diabetes y nefropatías), en relación a la adquisición de hábitos de vida saludable. La implementación sistemática de la entrevista motivacional puede tener un impacto positivo significativo en la

calidad de vida de los pacientes con enfermedades crónicas, al minimizar complicaciones y reducir costos en el sistema de salud. Esta intervención resulta crucial para promover la adherencia al tratamiento y para fomentar hábitos de vida saludables (Castilla-Nieto, 2016).

El estudio de Vancampfor et al. (2021) subraya la importancia de ofrecer opciones a los pacientes y apoyar sus iniciativas mediante el uso de técnicas específicas de entrevista motivacional. La autonomía de los pacientes se logró mediante el suministro de información relevante y un lenguaje que fomente el apoyo a la autonomía, logrando así un cambio de comportamiento efectivo.

Miller y Rollnick (2002) (citados en Houston et al., 2012), sugieren que fortalecer la motivación intrínseca para el tratamiento puede ser logrado mediante intervenciones que incorporen entrevistas motivacionales o terapia de mejora motivacional.

En relación con la adherencia al tratamiento antirretroviral para el VIH, la intervención de Hogan et al. (2019) se centró en codificar el habla naturalista durante las sesiones de entrevista motivacional para identificar si la motivación expresada era autónoma o controlada (MA y MC). Los resultados indicaron que el habla autónoma estaba más estrechamente vinculada con la adherencia al tratamiento antirretroviral en comparación con el habla controlada. Además, la motivación autónoma autoinformada demostró ser un mejor predictor del cambio de comportamiento. Estos hallazgos sugieren que los niveles de habla autónoma pueden cambiar como resultado de las sesiones de entrevista motivacional, influyendo en la adherencia con el tiempo (Hogan et al., 2019).

2.4. Revelación del Estado Serológico y Redes de Apoyo

Revelar el estatus positivo de VIH, resulta esencial para acceder a diferentes tipos de apoyo social e instrumental. Sin embargo, la decisión de hacerlo es compleja y puede acarrear

riesgos, como el rechazo y la discriminación. Las consecuencias del estigma se manifiestan en la evitación del VIH en la comunidad, así como en actitudes negativas que incluyen el rechazo, el ostracismo, la hostilidad y la violencia (Gillard y Roark, 2012).

Bairán et al. (2007) (citado en Gillard y Roark, 2012) señalan que la decisión de divulgar esta información depende del tipo de relación que se mantenga, ya sea sexual o no sexual. La divulgación tiende a ocurrir más frecuentemente en relaciones íntimas y de largo plazo, así como con proveedores de atención médica y familiares o amigos cercanos en el contexto de relaciones no sexuales. Por otro lado, la no divulgación es más común en relaciones sexuales anónimas y de corta duración, así como ante extraños o empleadores. Revelar el estado serológico en relación con el VIH se ha vinculado a resultados positivos, tales como la adopción de prácticas sexuales más seguras, un aumento del apoyo social, una mejor autoestima, menor depresión y el uso de estrategias de afrontamiento adaptativas (Gillard y Roark, 2012).

Al relacionar los conceptos de la TAD con la revelación del VIH, emergen algunas ideas significativas. Por ejemplo, la autonomía se refleja en el estudio de Michaud et al. (2009), que diferencia entre revelación pasiva y activa en adolescentes. La revelación pasiva ocurre cuando padres o cuidadores comunican el estado de VIH de los adolescentes, ya sea con o sin su consentimiento, mientras que la revelación activa se da cuando los adolescentes comparten su estado de forma autónoma. Este estudio también evidencia que los jóvenes mayores tienden a tomar decisiones más autónomas sobre qué información compartir y con quién. La autonomía puede verse vulnerada cuando un tercero revela el estatus de VIH sin consentimiento, ya que los adolescentes desean controlar la difusión de su información sobre el estado de VIH (Siu et al., 2012). Asimismo, la relación y la competencia se relacionan con el análisis de Petersen et al. (2010), que identificó factores que ayudan a los adolescentes a

afrontar su estado serológico, como el acceso a información sobre el VIH, una orientación hacia el futuro y el apoyo familiar y de pares.

Los jóvenes con VIH/SIDA que participaron en el estudio de Gillard y Roark (2012) corroboraron que los conceptos de autonomía, relación y competencia eran relevantes y reflejaban adecuadamente sus experiencias. El análisis de las entrevistas y observaciones reveló que cuando los participantes percibían un mayor apoyo a sus necesidades psicológicas básicas de autonomía, relación y competencia, mostraban una motivación autodeterminada más alta para revelar su estado y una mayor satisfacción con sus decisiones.

Los hallazgos de este estudio sugieren que la teoría de las necesidades básicas es fundamental para comprender cómo se satisfacen o frustran las necesidades psicológicas de autonomía, relación y competencia en el contexto de la revelación del VIH. Cuando los participantes sentían que eran autónomos en sus decisiones de revelar su estatus, experimentaban actitudes más positivas hacia las interacciones sociales y desarrollaban una mayor autoestima. De igual forma, cuando existía un fuerte sentido de conexión con las personas a las que habían revelado su estado, era más probable que lo hicieran. Finalmente, el desarrollo de sentimientos de competencia, al observar y relacionarse con otros que habían compartido su estado de manera exitosa, contribuía a que el proceso de revelación se sintiera más seguro y cómodo (Gillard y Roark, 2012).

Una vez revelado el estado serológico, una fuerte red de apoyo social tiene efectos positivos en la salud física y mental de las personas diagnosticadas con VIH. Según describe Ivanova (2011):

Los estudios indican que las personas VIH positivas que perciben que tienen niveles más altos de apoyo social experimentan menos sintomatología física, desesperanza, y depresión que aquellos con niveles más bajos de apoyo (Mizuno, Purcell,

DawsonRose, Parsons y el equipo de Suids, 2003; Serovich, Kimberly, Mosack y Lewis, 2001). La falta de conocimiento sobre la etiología de la transmisión del VIH llevó a la mayoría de las personas a temer a los miembros de estos grupos y, como resultado, estigmatizarlos y culparlos por la epidemia (Rintamaki et al., 2006). Ware y colegas (2006) ilustraron que el estigma percibido contribuye a la marginación y la exclusión, llevando a las personas a la soledad y el aislamiento. (p.25)

Siguiendo con la investigación de Ivanova (2011), desde la Fase II de la misma, el apoyo social fue un constructo importante que ayudó a las PLWH a adherirse a su tratamiento prescrito. El apoyo de un ser querido fue un motivador para tomar la medicación del tratamiento de VIH y mantenerse saludable. En la Fase I, sin embargo, el apoyo social no emerge como un predictor significativo de la adherencia al tratamiento del VIH. Explica que se necesita más investigación para comprender estos hallazgos inconsistentes. Y manifiesta que quizás esta muestra de PLWH prefirió ser más privada sobre sus diagnóstico. El estudio no evaluó esa posibilidad. Por lo que futuros estudios podrían fortalecerse al incluir un elemento relacionado con la privacidad sobre el VIH.

2.5. La Autoeficacia

La autoeficacia se refiere a la creencia en la propia capacidad o competencia para llevar a cabo con éxito una meta o tarea o para influir en un resultado (Bandura, 1977). Cuando se menciona la autoeficacia, uno de los aspectos más relevantes es la confianza que tiene el individuo en su capacidad para llevar a cabo un tratamiento y en las acciones necesarias para alcanzar el éxito. Esta confianza no se limita a la ejecución inicial, sino que también incluye la perseverancia a lo largo del tiempo y la capacidad de reiniciar el tratamiento tras eventuales recaídas, ya sean temporales o parciales (Vargas et al., 2018). En

este sentido, los actores sociales, especialmente los equipos de salud, desempeñan un papel fundamental en el desarrollo de la autoeficacia. Este concepto influye de manera significativa en las aspiraciones y decisiones de los individuos, impactando sus pensamientos, emociones, motivación y acciones. Dicho impacto se manifiesta en la cantidad de esfuerzo y tiempo dedicados a una tarea, así como en la perseverancia ante las dificultades. Así, cultivar una sólida autoeficacia puede modificar la forma en que enfrentamos los retos y sostenemos nuestro compromiso con los objetivos que nos proponemos (Vargas et al., 2018).

La competencia y la autoeficacia están altamente vinculadas, la autoeficacia es la creencia de que uno puede completar una tarea (Quinlivan, 2013). Y competencia es la sensación de dominio, sensación de que uno puede tener éxito (Ryan y Deci, 2020). A menudo los investigadores de la autodeterminación operacionalizan la competencia como autoeficacia (Ivanova, 2011). Lo cual es erróneo conceptualmente y puede generar una debilidad en las investigaciones, dado que parten de diferentes enfoques y mantienen una definición distinta. En este sentido, esta fusión puede generar consecuencias en la validez de los resultados, y en la medición e interpretación de estos.

Tanto en los estudios de Kennedy et al. (2004) como Ivanova (2011), afirman que la autoeficacia es clave para la adherencia al tratamiento de VIH. La autoeficacia en el tratamiento del VIH puede mediar la relación entre *Health Locus of Control* (HLOC) y adherencia al tratamiento del VIH según resultados de Ivanova (2011). No obstante, se ha observado que la autoeficacia en este tratamiento tiene un impacto considerable en las tasas de adherencia de las personas, mientras que el conocimiento del tratamiento por sí solo no genera el mismo efecto. Por lo tanto, es esencial que las investigaciones futuras se enfoquen en el diseño de programas de intervención que busquen incrementar la autoeficacia de los

individuos, ya que esto puede mejorar significativamente las tasas de adherencia al tratamiento (Ivanova, 2011).

2.6. Intervenciones

Los diversos estudios revisados han implementado múltiples metodologías, poblaciones y enfoques, así como han arrojado distintos hallazgos y resultados. A continuación, se sintetizan los elementos más relevantes que se han destacado.

Las poblaciones estudiadas han mostrado variaciones en aspectos como edad, etnia, idioma y localización geográfica, entre otros. Por ejemplo, el estudio de Njie-Carr et al. (2021) utilizó una muestra de conveniencia compuesta por 20 mujeres de 50 años o más en Estados Unidos, mientras que Herrera et al. (2022) trabajaron con hombres que tienen sexo con hombres (HSH) diagnosticados con VIH en Medellín (Colombia), con edades entre 18 y 60 años. En la investigación de Adeagbo et al. (2021), la mitad de la muestra estaba constituida por hombres jóvenes de entre 15 y 24 años de una zona rural de KwaZulu-Natal (Sudáfrica).

El proceso de reclutamiento de las distintas poblaciones ha variado, incluyendo anuncios, volantes y reclutamientos en clínicas, hospitales y centros de salud que atienden a pacientes con VIH, así como derivaciones de proveedores de salud y trabajadores sociales. Es importante señalar que, en la mayoría de los estudios, se ofreció un pago (cuya cantidad varía) como incentivo para los participantes.

Respecto a las características de las muestras, se observa una constante recolección de datos demográficos básicos, que abarca edad, etnia, nivel educativo, empleo, ingresos y factores específicos de cada investigación.

Los tipos de intervención también han sido heterogéneos, combinando enfoques cuantitativos y cualitativos. Los autoinformes, utilizando encuestas de tipo Likert y entrevistas semiestructuradas, son los métodos más comunes. Herramientas como el cuestionario de autorregulación del tratamiento (TSRQ), que evalúa la motivación intrínseca, y el locus de control de los médicos (HLOC) han sido utilizadas de manera reiterada y son relevantes en las investigaciones. Además, se ha recurrido a tecnologías como mensajes de texto para recordar a los pacientes sobre sus dosis, así como el uso de páginas web y aplicaciones.

Algunos estudios han integrado tanto métodos cuantitativos como cualitativos. Por ejemplo, Ivanova (2011) llevó a cabo autoinformes en la fase 1 de su investigación, complementándolos con entrevistas semiestructuradas cara a cara en la fase 2. Este estudio exploró los factores que afectan la adherencia al tratamiento del VIH en personas que viven con el virus en el suroeste y centro de Ontario (Canadá). Los resultados fueron significativos, ya que las hipótesis de mediación no encontraron respaldo en la fase 1, lo que se atribuye a limitaciones que se abordarán más adelante. Asimismo, las correlaciones bivariadas señalaron la relevancia de contar con un médico que respalde la autonomía, lo cual se asoció con una mejor adherencia, menor depresión y ansiedad, mayor apoyo social y menos experiencias de estigmatización. Entre las barreras a una adherencia exitosa, se destacó la presencia de efectos secundarios. Los hallazgos de la fase 2 subrayaron la importancia del apoyo familiar como un motivador clave para la adherencia, junto con la competencia como una variable influyente en el tratamiento del VIH (Ivanova, 2011).

Otro estudio relevante que presenta cierta inconsistencia entre la TAD y la adherencia al tratamiento del VIH es el de Vian et al. (2018). En este trabajo, los investigadores evaluaron si la teoría de la autodeterminación podía predecir el comportamiento de

adherencia entre 115 pacientes VIH positivos en China, utilizando un ensayo controlado aleatorio que implementó recordatorios de texto y asesoramiento de apoyo para mejorar la adherencia, comparando un grupo experimental con un grupo control. Aunque pertenecer al grupo de tratamiento tuvo un efecto positivo significativo en la adherencia, no se encontró evidencia de que la teoría de la autodeterminación predijera este comportamiento en la población estudiada (Vian et al., 2018). La intervención, aunque efectiva en modificar comportamientos, no lo hizo siguiendo los principios del modelo de SDT. Esto sugiere que la intervención podría estar funcionando a través de mecanismos distintos, como recordatorios para quienes olvidan tomar sus medicamentos o proporcionando apoyo a aquellos con vidas más caóticas. Además, los participantes ya presentaban niveles elevados de regulación identificada, competencia percibida y adherencia, lo que podría haber creado un efecto techo que dificultaba distinguir entre los pacientes dada la magnitud de la muestra. Es posible que si el enfoque del estudio hubiera sido hacia pacientes con problemas de adherencia confirmados o carga viral detectable, se hubieran podido identificar diferencias en las medidas de SDT y comprender mejor cómo el cambio de comportamiento se relaciona con la motivación (Vian et al., 2018).

No obstante, el resto de las investigaciones sí apoyan la teoría de la autodeterminación como un factor motivador en la adherencia al tratamiento del VIH. Quinlivan et al. (2013) aplicaron esta teoría al analizar las conductas de atención médica de mujeres de minorías étnicas tras recibir un diagnóstico de VIH. Los hallazgos indicaron que satisfacer las necesidades de competencia y relación facilitó que estas mujeres accedieran y participaran en la atención médica. Además, restablecer la autonomía emergió como un elemento fundamental para fomentar la continuidad en el cuidado a largo plazo. Las intervenciones que abordan estas necesidades en el momento adecuado podrían mejorar el diagnóstico, el acceso y la retención en la atención de las mujeres que viven con el VIH (Quinlivan et al., 2013).

Igreja et al. (2000) emplearon la TAD para predecir el bienestar psicológico y la angustia en una muestra de 48 hombres con VIH, 39 pacientes con SIDA y 38 participantes de control negativos al VIH. Los participantes mencionaron entre 10 y 15 esfuerzos personales y explicaron las razones detrás de su participación en cada uno. Los análisis de regresión múltiple mostraron que la introyección (participar en actividades por un sentido interno de obligación o necesidad) se asoció con un incremento de la angustia, especialmente entre quienes eran VIH positivos y los que tenían SIDA. La introyección también se relacionó con una disminución del bienestar. En contraste, la integración (participar en esfuerzos porque son valorados y significativos personalmente) mostró una correlación positiva con el bienestar. La adaptación a una enfermedad potencialmente mortal está influenciada por la percepción de autonomía de los individuos, es decir, el grado en que se sienten como la fuente de sus propias acciones.

Algunas investigaciones abordan el tema desde otras perspectivas interesantes. Schnall et al. (2015) se centraron en la tecnología de salud móvil (mHealth) y combinaron la tríada de roles funcionales de Fogg con la teoría de la autodeterminación para demostrar cómo mHealth puede ser utilizada como una estrategia persuasiva para mejorar la salud de las personas que viven con VIH. Utilizaron métodos de investigación cualitativos para identificar el contenido y las características deseadas de una aplicación móvil que aborde las necesidades de atención médica de estas personas. Los participantes propusieron diversas herramientas que podrían ayudar, como recordatorios y alertas, seguimiento de resultados de laboratorio y notas sobre su estado de salud. La tecnología mHealth puede desempeñar un papel social al ofrecer chats y foros, compartir testimonios y realizar un alcance personal. En conclusión, las aplicaciones móviles proporcionan funciones adicionales más allá de la mensajería de texto, incluyendo captura de datos con marcas de tiempo, calendarios, GPS, interacción social y mensajería personalizada, lo que abre nuevas oportunidades para mejorar

la calidad de vida de las PLWH. Este estudio se centró en las opiniones de estas personas sobre las especificaciones y características funcionales necesarias en una aplicación móvil (Schnall et al., 2015).

Siguiendo esta línea de abordajes interesantes, otro estudio sugestivo fue el de Hogan et al. (2019). Su objetivo fue codificar el habla naturalista durante las sesiones de Entrevista Motivacional (EM) enfocadas en la adherencia a la medicación antirretroviral para el VIH, clasificando la motivación expresada como autónoma o controlada. Evaluaron luego las relaciones entre la adherencia y el habla motivacional autónoma/controlada (MA/MC) así como la conversación sobre el cambio. Desarrollaron una nueva herramienta de codificación (SDTCS) para medir el habla MA y MC que surge naturalmente en las sesiones de EM, utilizando una muestra de 62 adultos que viven con VIH. Los resultados mostraron estimaciones adecuadas de confiabilidad y la medida exhibió una buena validez de contenido. El habla MA que emergió de forma natural se relacionó más estrechamente con la adherencia al tratamiento antirretroviral en la semana siguiente a la sesión de EM en comparación con el habla MC. Además, el futuro refinamiento y la ampliación del SDTCS podrían permitir una comprensión más profunda del habla motivacional de los clientes que las herramientas de codificación existentes no logran captar (Hogan et al., 2019).

En cuanto a las limitaciones de las intervenciones, estas han sido múltiples, sin embargo, todas coinciden en que sus resultados son difícilmente generalizables a otras poblaciones. Se han identificado el pequeño tamaño de la muestra, el sesgo de recuerdo y la deseabilidad social como limitaciones en los resultados (por ejemplo, Ivanova, 2011; Houston et al., 2011, entre otros). Muchos de los estudios se llevaron a cabo de manera transversal, lo que en algunos casos dificulta la confirmación de causalidades o la identificación de una direccionalidad clara. Una limitación interesante se encuentra en Kennedy et al. (2004),

donde los horarios de dosificación reportados por los participantes no coincidían con los indicados en los prospectos de los medicamentos (por ejemplo, cada 12 horas). Así, aunque algunos pacientes describían lo que consideraban una adherencia perfecta, algunos esquemas de dosificación no se clasificarían como tales según las recomendaciones farmacéuticas (Kennedy et al., 2004).

Dado que la recopilación de bibliografía muestra variaciones en los años de realización de las investigaciones, muchos participantes de los estudios más antiguos fueron reclutados antes de la introducción de nuevos fármacos contra el VIH que han reducido significativamente los síntomas físicos asociados a esta enfermedad. Ya que estos medicamentos han aportado esperanza a los pacientes, es posible que los vínculos identificados entre ciertos predictores y el malestar o bienestar psicológicos no sean aplicables a aquellos que reciben tratamiento con los nuevos fármacos. Sin embargo, un número considerable de personas infectadas no tiene acceso a estos tratamientos (en gran parte debido a su costo), algunos no responden a ellos, y quienes sí lo hacen enfrentan regímenes de tratamiento complejos, efectos secundarios y un pronóstico incierto (Igreja et al., 2000).

3. Síntesis

A lo largo del presente análisis, se ha examinado la relevante influencia de la TAD dado a sus aportes en las diferentes intervenciones respecto a la adherencia al tratamiento para el VIH. Existen múltiples factores que destacan la importancia de satisfacer las necesidades psicológicas básicas y su impacto en la motivación de PLWH para comenzar y mantener su tratamiento. En este contexto, resalta la complejidad y la vital importancia de la relación entre el médico y el paciente. La necesidad de un enfoque humanizado en la atención médica se vuelve evidente, así como la importancia de considerar tanto los aspectos físicos

como los psicológicos de los pacientes. Es crucial transformar esta relación hacia un modelo más participativo y menos paternalista, donde el apoyo emocional y la comprensión de las experiencias del paciente se conviertan en pilares esenciales para mejorar la atención y el manejo del VIH, dejando atrás el modelo médico hegemónico. En esta línea, el respaldo de los equipos de salud puede influir de manera positiva en la autoeficacia de los pacientes, más aún si este es multidisciplinar. Los psicólogos pueden fomentar la satisfacción de las necesidades básicas a través de distintas estrategias como las EM, psicoeducación, promover la capacidad de tomar decisiones autónomas, fomentar e identificar redes de apoyo, la escucha activa y validación, tratar el malestar psicológico que conlleva la enfermedad y afecta la adherencia, entre muchas otras acciones. Cuando los profesionales promueven la confianza en las capacidades del individuo, se afectan directamente sus pensamientos, emociones y motivaciones, lo que se traduce en un mayor compromiso con su tratamiento. Este enfoque no solo potencia la adherencia, sino que también cambia la forma en que los pacientes enfrentan los retos de su enfermedad.

En relación con las herramientas destacadas, la integración de tecnologías en el cuidado del VIH emerge como una estrategia valiosa para enfrentar desafíos complejos. Fomentar la autodeterminación y proporcionar apoyo social a través de estas herramientas puede transformar la percepción y el manejo que los pacientes tienen de su condición, contribuyendo así a mejorar sus resultados de salud y calidad de vida. La tecnología, por tanto, se presenta no sólo como un recurso técnico, sino como un aliado en la lucha contra el VIH, capaz de ofrecer esperanza y una nueva perspectiva de cuidado. La Entrevista Motivacional, por otro lado, se revela como una estrategia poderosa y versátil en el ámbito de la atención sanitaria. Su capacidad para cultivar la motivación intrínseca y fomentar la autonomía del paciente puede cambiar la experiencia del tratamiento, haciendo que los pacientes se sientan escuchados y comprendidos, y más preparados para asumir el control de

su salud y bienestar. Integrar esta técnica en la práctica clínica podría representar un avance decisivo hacia una atención más centrada en el paciente y efectiva en el manejo de enfermedades crónicas.

En cuanto a la revelación del estatus positivo de VIH, este proceso debe abordarse con sensibilidad y consideración, teniendo en cuenta las dinámicas sociales y emocionales que afectan a cada individuo. Es fundamental promover espacios de diálogo y apoyo donde las personas puedan compartir su estado sin temor a repercusiones negativas. Solo a través de una comprensión profunda de las necesidades psicológicas de autonomía, relación y competencia, así como del estigma que enfrentan, se podrá favorecer una mejor calidad de vida y bienestar para quienes viven con VIH. Cuando las personas sienten que cuentan con el respaldo de sus seres queridos, son más propensas a adoptar prácticas saludables y adherirse a sus tratamientos. No obstante, la relación entre el apoyo social y la adherencia es compleja y puede verse influenciada por el deseo de mantener el diagnóstico en secreto. Se requiere realizar investigaciones futuras que exploren la intersección entre la privacidad y el apoyo social para desarrollar estrategias más efectivas en el manejo del VIH.

La revisión de estudios sobre la adherencia al tratamiento del VIH revela un panorama complejo y multifacético que resalta la diversidad de poblaciones y enfoques metodológicos a pesar de su limitada cantidad de investigaciones. La variabilidad en características demográficas, como edad, etnia, género y localización, subraya la importancia de adaptar las intervenciones a contextos específicos para lograr mayor efectividad. Teniendo en cuenta esto, cabe destacar que la SDT demostró ajustarse a las particularidades culturales, de género y demás características demográficas. Lo que va en consonancia y reafirma que las necesidades básicas son universales y la TAD puede emplearse en diferentes entornos culturales.

Además, la forma en que se reclutan los participantes muestra que el acceso a la investigación y a la atención puede ser desigual, a menudo mediado por incentivos económicos. La combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas permite una comprensión más profunda de los factores que influyen en la adherencia. Por ejemplo, se evidencia que la autoeficacia, el apoyo social, la competencia y la percepción de autonomía son elementos clave en la motivación de los pacientes. Sin embargo, los estudios también apuntan a limitaciones, como el sesgo de recuerdo y la dificultad para establecer causalidades claras, lo que resalta la necesidad de enfoques longitudinales en futuras investigaciones.

A pesar de que algunos estudios no encontraron respaldo claro para la teoría de la autodeterminación en todos los contextos debido a cuestiones específicas, la gran mayoría reafirmaron su relevancia en la promoción de la adherencia. Esto sugiere que, aunque la teoría puede no ser demostrable en todos los contextos o al menos limitada en algunas metodologías, sigue siendo un marco útil en muchos casos. La incorporación de tecnología móvil como estrategia de intervención también abre nuevas oportunidades para mejorar el seguimiento y la adherencia al tratamiento, lo que podría ser particularmente beneficioso en un contexto donde el acceso a la atención puede ser limitado.

Finalmente, es crucial reconocer que, a pesar de los avances en tratamientos para el VIH, muchos pacientes aún enfrentan barreras significativas para acceder a ellos. Las intervenciones deben ser sensibles a estas realidades, promoviendo no solo la adherencia al tratamiento, sino también la equidad en el acceso a cuidados. La investigación sobre la adherencia al tratamiento del VIH desde esta perspectiva debe seguir evolucionando, incorporando una mayor diversidad de enfoques y centrando su atención en las necesidades y contextos de las personas afectadas. Se espera que el presente trabajo logre ser de utilidad en investigaciones futuras.

Referencias

- Adeagbo, O., Kim, H. Y., Tanser, F., Xulu, S., Dlamini, N., Gumede, V., Mathenjwa, T., Bärnighausen, T., McGrath, N., Blandford, A., Seeley, J., & Shahmanesh, M. (2021). Acceptability of a tablet-based application to support early HIV testing among men in rural KwaZulu-Natal, South Africa: a mixed method study. *AIDS care*, 33(4), 494-501. <https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1742867>
- Bandura, A. (1977). Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavioral change. *Psychological Review*. <https://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0033-295X.84.2.191>
- Blank, L., Bandyopadhyay, S., Yang, H., Williams, G., Cerulli, C., Verma, S., Anson, J., Connor, M., & Morse, D. S. (2023). Motivation and accessing care among drug treatment court involved women: A sequential, mixed-methods approach. *Journal of Community Psychology*, 52(1), 105-133. <https://doi.org/10.1002/jcop.23088>
- Carlson, W. L., & Snowden, M. (2014). Community treatment of older adults. Principles and evidence supporting mental health service interventions. *Clinics in Geriatric Medicine*, 30(3), 655–661. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2014.04.010>
- Castilla-Nieto, R. (2016). Entrevista motivacional en el tratamiento de personas con enfermedades crónicas= Motivational interviewing in the treatment of people with chronic diseases. *Revista Española de Comunicación en Salud*, 113-123. <http://dx.doi.org/10.20318/recs.2016.3158>
- Center for Self-Determination Theory. (24 de octubre de 2024). La Teoría. Recuperado el 24 de octubre de 2024. <https://selfdeterminationtheory.org/the-theory/>

- Cook, J. A., Grey, D., Burke, J., Cohen, M. H., Gurtman, A. C., Richardson, J. L., ... & Hessel, N. A. (2004). Depressive symptoms and AIDS-related mortality among a multisite cohort of HIV-positive women. *American journal of public health*, 94(7), 1133-1140. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1448411/pdf/0941133.pdf>
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (1985). Conceptualizations of intrinsic motivation and self-determination. *Intrinsic motivation and self-determination in human behavior*, 11-40. https://doi.org/10.1007/978-1-4899-2271-7_2
- Dodds, C., Colman, R., Amaratunga, C., & Wilson, J. (2001). The cost of HIV/AIDS in Canada. GPI Atlantic. <http://gpiatlantic.org/pdf/health/costofaids.pdf>
- Farmer, P., Léandre, F., Mukherjee, J., Gupta, R., Tarter, L., & Kim, J. Y. (2001). Community-based treatment of advanced HIV disease: introducing DOT-HAART (directly observed therapy with highly active antiretroviral therapy). *Bulletin of the World Health Organization*, 79, 1145-1151. <https://www.scielo.org/article/bwho/2001.v79n12/1145-1151/>
- Gillard, A., & Roark, M. F. (2012). Support for basic psychological needs in the context of HIV disclosure for older youth. *Children and Youth Services Review*, 35(1), 102-111. <https://doi.org/10.1016/j.childyouth.2012.10.021>
- González Herrera, G, Moreno Saldarriaga, E y Taborda Ocampo, Y. (2022). *influencia e impacto de factores psicosociales en la adherencia al tratamiento antirretroviral en hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y que viven con VIH*. Tecnológico de Antioquia, Institución Universitaria.
- HIVinfo. Tratamiento del VIH. (24 de octubre de 2024). HIVinfo. Recuperado el 24 de octubre de 2024.

<https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/tratamiento-para-la-infeccion-por-el-vih-conceptos-basicos>

Hogan, A., Catley, D., Goggin, K., & Evangeli, M. (2019). Coding client language in motivational interviewing for HIV medication adherence using self-determination theory. *International Journal of Behavioral Medicine*, 26, 230-235.

<https://doi.org/10.1007/s12529-018-09766-z>

Houston, E., McKirnan, D. J., Cervone, D., Johnson, M. S., & Sandfort, T. G. (2012). Assessing treatment motivation among patients receiving antiretroviral therapy: A multidimensional approach. *Psychology & health*, 27(6), 674-687.

<https://doi.org/10.1080/08870446.2011.618536>

Igreja, I., Zuroff, D. C., Koestner, R., Saltaris, C., BROUILLETTE, M. J., & Lalonde, R. (2000). Applying Self-Determination Theory to the Prediction of Distress and Well-Being in Gay Men With HIV and AIDS 1. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(4), 686-706. <https://doi.org/10.1111/j.1559-1816.2000.tb02819.x>

Ivanova, E. (2011). Psychosocial Influences on HIV Treatment Adherence: Utility of the Theory of Self-Determination. [Tesis de maestría, University of Windsor].
Scholarship at UWindsor.

Karoly, P. (1993). Mechanisms of self-regulation: a view. *Annu Rev Psychol*, 44, 23-52.

<http://dx.doi.org/10.1146/annurev.psych.44.1.23>

Kennedy, S., Goggin, K., & Nollen, N. (2004). Adherence to HIV medications: Utility of the theory of self-determination. *Cognitive therapy and research*, 28, 611-628.

<https://doi.org/10.1023/B:COTR.0000045568.95219.e2>

- Mellors, J. W., Rinaldo, C. R., Gupta, R., White, R. M., Todd, J. A., & Kingsley, L. A. (1996). Prognosis in HIV-1 Infection predicted by the quantity of virus in plasma. *Science*, 272, 1167-1170. <https://doi.org/10.1126/science.272.5265.1167>
- Michaud, P. A., Suris, J. C., Ralph Thomas, L., Kahlert, C., Rudin, C., & Cheseaux, J. J. (2009). To say or not to say: A qualitative study on the disclosure of their condition by human immunodeficiency virus-positive adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 44(2009), 356–362. <http://dx.doi.org/10.1016/j.jadohealth.2008.08.004>.
- Miller, W. R., Benefield, R. G., & Tonigan, J. S. (1993). Enhancing motivation for change in problem drinking: A controlled comparison of two therapist styles. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 455-461. <http://psycnet.apa.org/doi/10.1037/0022-006X.61.3.455>
- Ministerio de Salud Pública. (8 de agosto de 2024). Situación epidemiológica de VIH/SIDA en Uruguay - julio 2023. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/comunicacion/publicaciones/situacion-epidemiologica-vihsida-uruguay-julio-2023-0>
- Molleman, E., Krabbenda, P. J., Annyas, A. A., Koops, H. S., Sleijfer, D. T., & Vermeij, A. (1984). The significance of the doctor-patient relationship in coping with cancer. *Social Science and Medicine*, 18, 475-480. <http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536%2884%2990003-0>
- Ng, JY, Ntoumanis, N., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, EL, Ryan, RM, Duda, JL y Williams, GC (2012). Autodeterminación Teoría de la nación aplicada a contextos de salud: un metaanálisis. *Perspectivas sobre la ciencia psicológica*, 7, 325–340. <https://doi.org/10.1177/1745691612447309>

Njie-Carr, V. P., Zhu, S., Williams, G. C., Corless, I. B., & Himelhoch, S. (2021). Evaluation of a technology-enhanced intervention for older women with HIV infection: a proof of concept study. *AIDS care*, 33(8), 983-992.

<https://doi.org/10.1080/09540121.2020.1810617>

Ntoumanis, N., Ng, J. Y., Prestwich, A., Quested, E., Hancox, J. E., Thøgersen-Ntoumani, C., Deci, E. L., Ryan, R. M., Lonsdale, C., & Williams, G. C. (2021). A meta-analysis of self-determination theory-informed intervention studies in the health domain: Effects on motivation, health behavior, physical, and psychological health. *Health psychology review*, 15(2), 214-244. <https://doi.org/10.1080/17437199.2020.1718529>

Ong, L. M., De Haes, J. C., Hoos, A. M., & Lammes, F. B. (1995). Doctor-patient communication: A review of the literature. *Social Science Medicine*, 40, 903-918.

<http://dx.doi.org/10.1016/0277-9536%2894%2900155-M>

ONUSIDA. (24 de octubre de 2024). Estado del SIDA 2024. Recuperado el 24 de octubre de 2024. <https://www.unaids.org/es>

Petersen, I., Bhana, A., Myeza, N., Alicea, S., John, S., Holst, H., et al. (2010). Psychosocial challenges and protective influences for socio-emotional coping of HIV+ adolescents in South Africa: A qualitative investigation. *AIDS Care*, 22(8), 970–978.

<https://doi.org/10.1080/09540121003623693>

Programa Género Sexualidad y Salud Reproductiva. (13 septiembre, 2024). Encuesta Nacional de Comportamientos sexuales y Salud: síntesis de resultados. Youtube.

<https://www.youtube.com/watch?v=9MGxbjrlo4s&t=205s>

Quinlivan, E. B., Messer, L. C., Adimora, A. A., Roytburd, K., Bowditch, N., Parnell, H., Seay, J., Bell, L., & Pierce, J. K. (2013). Experiences with HIV testing, entry, and

engagement in care by HIV-infected women of color, and the need for autonomy, competency, and relatedness. *AIDS patient care and STDs*, 27(7), 408-415.

<https://doi.org/10.1089/apc.2012.0434>

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2000). La Teoría de la Autodeterminación y la Facilitación de la Motivación Intrínseca, el Desarrollo Social, y el Bienestar. *American psychologist*, 55(1), 68-78. DOI: 10.1037/110003-066X.55.1.68

Ryan, R. M., & Deci, E. L. (2020). Intrinsic and extrinsic motivation from a self-determination theory perspective: Definitions, theory, practices, and future directions. *Contemporary Educational Psychology*, 61, Article 101860.

<https://doi.org/10.1016/j.cedpsych.2020.101860>

Ryan, R. M., & Niemiec, C. P. (2009). Self-determination theory in schools of education: Can an empirically supported framework also be critical and liberating?. *Theory and Research in Education*, 7(2), 263-272. <https://doi.org/10.1177/1477878509104331>

Schnall, R., Bakken, S., Rojas, M., Travers, J., & Carballo-Diequez, A. (2015). mHealth technology as a persuasive tool for treatment, care and management of persons living with HIV. *AIDS and Behavior*, 19, 81-89. <https://doi.org/10.1007/s10461-014-0984-8>

Siu, G. E., Bakeera-Kitaka, S., Kennedy, C. E., Dhabangi, A., & Kambugu, A. (2012). HIV serostatus disclosure and lived experiences of adolescents at the transition clinic of the infectious diseases clinic in Kampala, Uganda: A qualitative study. *AIDS Care*, 24(5), 606–611. <http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2011.630346>.

Stover, J. B., Bruno, F. P., Uriel, F. E., & Fernandez Liporace, M. M. (2017). Teoría de la Autodeterminación: una revisión teórica.

<http://www.seadpsi.com.ar/revistas/index.php/pep/article/view/332>

- Vargas, M., Herrera, C., & Rocha, L. (2018). Aportes para el abordaje interdisciplinar de la adherencia al tratamiento. *Acta medica colombiana*, 43(1), 37-41.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-24482018000100037&lng=en&tlng=es.
- Vancampfort, D., Byansi, P., Namutebi, H., Lillian, N., Kinyanda, E., Bbosa, R. S., Ward, P. B., Lukwata, H., & Mugisha, J. (2020). The efficacy of physical activity counseling in Ugandan patients with HIV and a co-morbid mental disorder: a pilot study. *AIDS care*, 32(6), 758-761. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1640853>
- Vancampfort, D., Byansi, P. K., Namutebi, H., Kinyanda, E., Bbosa, R. S., Ward, P. B., Lukwata, H., & Mugisha, J. (2021). The efficacy of a lay health workers–led physical activity counselling program in patients with HIV and mental health problems: a real-world intervention from Uganda. *AIDS care*, 33(9), 1189-1195.
<https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1874268>
- Vansteenkiste, M., Ryan, R. M., & Soenens, B. (2020). Basic psychological need theory: Advancements, critical themes, and future directions. *Motivation and emotion*, 44(1), 1-31. <https://doi.org/10.1007/s11031-019-09818-1>
- Vian, T., Bachman DeSilva, M., Cabral, H. J., Williams, G. C., Gifford, A. L., Zhong, L., Xie, W., Christopher, J., G., & Sabin, L. L. (2018). The role of motivation in predicting antiretroviral therapy adherence in China. *Journal of Health Psychology*, 23(14), 1895-1904. <https://doi.org/10.1177/1359105316672922>
- Williams, G. C., Patrick, H., Niemiec, C. P., Ryan, R. M., Deci, E. L., & Lavigne, H. M. G. (2011). The smoker’s health project: A self-determination theory intervention to

facilitate maintenance of tobacco abstinence. *Contemporary Clinica*.

<https://doi.org/10.1016/j.cct.2011.03.002>