



UNIVERSIDAD
DE LA REPÚBLICA
URUGUAY



Facultad de
Psicología

UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA

**TRABAJO FINAL DE GRADO
PROYECTO DE INVESTIGACIÓN:**

**Estudio sobre los factores psicosociales que inciden en la adherencia al tratamiento
en personas que viven con VIH-sida usuario/as de salud pública de
Montevideo-Uruguay.**

Fabricio Giovanni Carpentieri Sotelo

Montevideo, julio 2024.

Tutora: Prof. Tit. Dra. Alejandra Lopez

Revisora: Prof. Adj. Mag. Sabrina Rossi

ÍNDICE

I.	RESUMEN.....	1
II.	FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES.....	2
	A) VIH-sida en cifras.....	5
	B) Políticas de salud y VIH-sida en Uruguay.....	7
III.	MARCO TEÓRICO.....	10
	A) Salud Mental y VIH-sida.....	10
	B) Las teorías psicosociales sobre el comportamiento humano.....	12
	C) Adherencia al tratamiento del VIH-sida.....	14
IV.	PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN.....	15
	A) Hipótesis principal.....	15
	B) Objetivos.....	15
	C) Preguntas.....	16
V.	ABORDAJE METODOLÓGICO Y DISEÑO.....	17
	A) Técnicas de recolección de información.....	18
	B) Análisis de la información.....	19
	C) Cronograma de ejecución.....	20
VI.	CONSIDERACIONES ÉTICAS.....	20
VII.	RESULTADOS ESPERADOS Y PLAN DE DIFUSIÓN.....	21
VIII.	REFERENCIAS.....	22
IX.	ANEXOS.....	27

RESUMEN

Introducción: La epidemia del VIH-sida tiene una dimensión social fuertemente asociada al estigma y la discriminación, siendo ésta uno de los factores que afecta el bienestar integral de las personas que viven con VIH-sida y su adherencia terapéutica al tratamiento. El estudio de factores que influyen en el comportamiento de adherencia terapéutica al tratamiento del VIH-sida así como sobre la disponibilidad de recursos cognitivo-emocionales positivos y recursos sociales/familiares de apoyo es clave para el desarrollo de intervenciones que incorporen estas dimensiones. **Objetivo:** Analizar los factores psicosociales que inciden en comportamientos de adherencia al tratamiento del VIH-sida en personas viviendo con VIH-sida. **Método:** Se realizará una investigación cualitativa de tipo transversal, con alcance exploratorio y descriptivo en pacientes viviendo con VIH-sida usuarios de ASSE en Montevideo, mediante la realización de grupos focales y entrevistas semidirigidas en profundidad. **Resultados esperados:** Se espera que la investigación aporte información novedosa y pionera sobre los factores psicosociales y la adherencia al tratamiento del VIH-sida en Uruguay, la aproximación al estado de la atención y la mejora de las políticas y servicios de salud.

Palabras Clave: VIH-sida, cumplimiento y adherencia al tratamiento, factores psicosociales, salud mental

ABSTRACT

Introduction:The HIV-AIDS epidemic has a social dimension that is strongly associated with stigma and discrimination. This is one of the factors that affect the overall well-being of people living with HIV-AIDS and their adherence to treatment. The investigation of factors that influence adherence to HIV/AIDS treatment, as well as the availability of positive cognitive and emotional resources and supportive social and family resources, is fundamental to the development of interventions that incorporate these dimensions. **Objective:** analyse the psychosocial factors that influence adherence behaviours to HIV/AIDS treatment in people living with HIV/AIDS. **Method:** A qualitative, cross-sectional, exploratory and descriptive research study will be conducted in patients living with HIV-AIDS and users of ASSE in Montevideo. This will be achieved through focus groups and semi-directed in-depth interviews. **Expected results:** It is expected that the research will provide novel and pioneering information on psychosocial factors and adherence to HIV-AIDS treatment in Uruguay. It will also contribute to an understanding of the state of care and the potential for improvement of health policies and services.

Key words: HIV-aids, treatment adherence and compliance, psychosocial factors, mental health

FUNDAMENTACIÓN Y ANTECEDENTES

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es una mutación genética del Virus de Inmunodeficiencia del Simio (VIS), que en sus inicios se expandió en humanos, en zonas pobres de África para expandirse por todo el mundo (Pereira da Silva, Chaves y Mendes de Souza, 2023, p.233). El surgimiento en este continente, su posterior propagación en personas en condiciones de desigualdad social por razones económicas, de género, en trabajadores sexuales y personas con problemáticas de consumos de drogas, da cuenta de la complejidad de su abordaje y de la necesidad de incorporar la perspectiva psicológica, social y cultural en el mismo. Las principales vías de propagación son los comportamientos sexuales no protegidos, con una prevalencia en el 99% de los casos para Uruguay, la vía sanguínea (compartir agujas infectadas) y a través del canal de parto. La población prevalente afectada por este virus continúa encontrándose en condiciones de desigualdad, estigma y/o discriminación.

De acuerdo al Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida (ONUSIDA, 2015) el VIH es un virus que debilita el sistema inmunitario y que, en última instancia, causa el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (sida) (ONUSIDA, 2015). El VIH actúa directamente sobre el sistema inmunológico de sus portadores, debilitando y disminuyendo las defensas inmunológicas mientras aumenta la carga viral, ya que el virus se propaga en las células del sistema inmunológico donde reside, a las que ataca y se hospeda allí para multiplicarse en ellas. Dado que el virus se aloja en las células del sistema inmunológico, a medida que avanza, las ataca, generando inmunodeficiencia.

El sida es el avance del VIH (ONUSIDA, 2015). El Ministerio de Salud Pública (MSP, 2023A) lo define como todo caso de VIH confirmado con niveles de $CD4 < 200$ y/o alguna infección oportunista del grupo C y/o algún cáncer asociado del grupo D (p. 3). Cuando la carga viral aumenta y las defensas bajan casi por completo. A causa del virus, en esta etapa avanzada, o incluso antes, el portador no tiene defensas y es propenso a padecer enfermedades oportunistas de las que no puede defenderse, o verse afectada su salud de múltiples formas, incluso morir a causa de ello.

Para el abordaje de la compleja relación entre la salud mental de las personas que viven con VIH-sida y la adherencia al tratamiento, se propone realizar un estudio exploratorio sobre la actitud frente al tratamiento del VIH-sida y los recursos cognitivos, emocionales y sociales que disponen las personas para hacer frente a este evento significativo en sus trayectorias de vida. Se buscará examinar la siguiente hipótesis de

investigación: la disponibilidad de recursos cognitivo-emocionales positivos y recursos sociales-familiares de apoyo tiene una relación favorable para desarrollar una actitud positiva frente al diagnóstico y tratamiento del VIH-sida. El proyecto enfatiza la importancia de la valoración de la situación de salud mental de la persona en el abordaje de enfermedades transmisibles con alta carga social como el VIH-sida, para contribuir a mitigar la epidemia desde la premisa “indetectable=intransmisible”. La indetectabilidad del virus se logra a través de la adherencia integral al tratamiento ya que en este estado el virus no es transmisible ni perjudica a su portador por lo que estar indetectable también significa que el virus es intransmisible, he ahí también su importancia para la prevención de la propagación de la transmisión y contribuir al fin de la epidemia (ONUSIDA, 2018). El proyecto se orienta desde un enfoque que incluye la perspectiva de la integralidad en la promoción de salud, derechos humanos y género.

Estudios empíricos realizados mundialmente y en la región justifican la importancia de la salud mental y la perspectiva de género y derechos humanos en el logro de la adherencia al tratamiento y la calidad de vida de personas que viven con el virus.

En Venezuela, Montaner et al. (2022), hallaron que el 55% de personas viviendo con VIH-sida presentaron depresión y un 79,8% se sentían estigmatizados de una muestra de 199 personas que se atendían en un servicio de salud. La depresión y el estigma sentido son factores de riesgo, destacando la importancia de continuar estudiando otros factores psicológicos vinculados a la no adherencia al tratamiento.

Varela y Galdames (2014) realizaron un estudio en 119 usuarios con VIH en la ciudad de Coquimbo, Chile sobre depresión en usuarios en relación a la adherencia. Encontraron que los pacientes con depresión moderada o severa tienen una probabilidad tres veces mayor de ser no adherentes respecto a los que tienen depresión mínima o leve. Destacan la relevancia del estudio de la comorbilidad “infección por VIH-sida - depresión” para mejorar la calidad de vida y aumentar la adherencia, trabajando en equipos de salud que sepan identificar la depresión de forma interdisciplinaria.

En Guadalajara, México, Plascencia de la Torre, Chan y Salcedo (2019) estudiaron los factores psicosociales predictores de la no adherencia. Hallaron correlaciones negativas entre la adherencia al tratamiento y el estrés, la depresión y la falta de apoyo social. Los adherentes al tratamiento perciben mayor apoyo psicosocial destacando que la ayuda recibida les favoreció a mejorar la adherencia. Recomiendan el abordaje interdisciplinario así como la implementación de programas psicoeducativos.

Azem, Capitão y Ventura (2014) investigaron factores relativos a salud mental y soporte familiar en la adherencia al tratamiento en 73 pacientes de São Paulo, Brasil, concluyendo que hay una significativa relación entre los diferentes problemas de salud mental y la falta de soporte familiar en la no adherencia al tratamiento. Encontraron correlaciones significativas entre la no adherencia y el deseo de muerte.

García y Ángel (2020) estudiaron las emociones que emergen en el tratamiento y su influencia en la adherencia en Medellín, Colombia. Los resultados más relevantes fueron que la adherencia al tratamiento es un factor protector de la calidad de vida. Destacan la necesidad de la atención integral de la persona en los servicios de salud así como la promoción de la salud. Proponen la perspectiva integral del problema, considerando fenómenos de carácter físicos psicológicos sociales y ambientales y teniendo en cuenta la determinación emocional de la adherencia. Moreno et al. (2018) analizaron la relación entre la calidad de vida relacionada con la salud y el apoyo social en 286 pacientes con VIH de Bogotá, Colombia, comprobando la importancia de fortalecer las redes apoyo social e incorporarlas a los planes de tratamiento de las instituciones de salud para mejorar la calidad de vida de las personas que viven con VIH. Los resultados del estudio concuerdan con estudios anteriores realizados en otros países.

Mora y Marin (2023) realizaron un meta análisis de revisión sistemática de estudios realizados en distintos países sobre intervenciones psicológicas para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral, concluyendo que para el éxito de las intervenciones es necesario tomar en cuenta los componentes del entorno y la situación social, así como incluir el apoyo social en el tratamiento y estrategias psicológicas para la adherencia. En la misma dirección, Ángel y García (2022) también realizaron un recorrido por estudios realizados en distintos contextos para analizar la adherencia al tratamiento, la calidad vida y el impacto del diagnóstico en los niveles emocional, familiar y psicosocial. Los estudios mostraron que el acompañamiento familiar y el soporte psicosocial ayudan a superar el estigma y la discriminación vinculados a la no adherencia al tratamiento. Destacan también que la vulnerabilidad de las personas con dificultades socioeconómicas tiene un impacto negativo en la adherencia.

Noguera et al. (2015) estudiaron los factores asociados con el inicio tardío del tratamiento antirretroviral en personas mexicanas con VIH, sugiriendo la necesidad de realizar intervenciones psicológicas dirigidas a disminuir la autoimagen negativa y las actitudes y comportamientos estigmatizantes. El autoestigma, principalmente por razones de género o sexualidad, pueden influir de manera negativa en el inicio tardío del tratamiento

y la búsqueda de atención médica. Por su parte, Stuardo et al. (2016) estudiaron las dimensiones envueltas en la adherencia al tratamiento en usuarios con VIH de centros de salud pública de Chile. Encontraron diferencias significativas en los niveles de adherencia por género entre hombres, mujeres y mujeres transexuales, estas últimas mostraron muy poca adherencia. Factores estructurales como violencia, transfobia y exclusión social, aumentan el riesgo de recibir asistencia y acceder a la salud. Todos los participantes reportaron depresión y estigma. Concluyeron que se vuelve necesario diseñar estrategias para la adherencia desde el abordaje de la discriminación, el estudio de derechos humanos y violencia a mujeres y transexuales, considerando factores socioculturales y diferencias de género.

Muñoz (2018) estudio la incidencia de la violencia institucional y el estigma estructural en la desadherencia al tratamiento en Guayaquil Ecuador, recomendando para el ámbito de las políticas públicas, la sociedad civil y la concepción organizativa del hospital la imprescindible garantía de disponibilidad de servicios, capacitación en derechos humanos, estigma y discriminación del personal de salud. Recomienda la incorporación de la psicología como herramienta fundamental para la circulación de la información entre áreas médicas y no médicas, para cruzar datos sobre adherencia e implementar intervenciones biopsicosociales conjuntas. En Uruguay, Romar (2010) realizó intervenciones psicológicas en el Servicio de Enfermedades Infecciosas (SEIC), que atendía a personas viviendo con VIH-sida de ASSE en Montevideo. Destaca la importancia de continuar el estudio en el país de los factores psicológicos relacionados al VIH-sida, ya que hay muy poca investigación y formación en la temática, reforzar la educación sexual y la prevención, así como incluir las dimensiones psicosociales en los servicios de salud. De acuerdo al autor algunas personas denunciaban el estigma y la discriminación por su condición seropositiva en los servicios de salud.

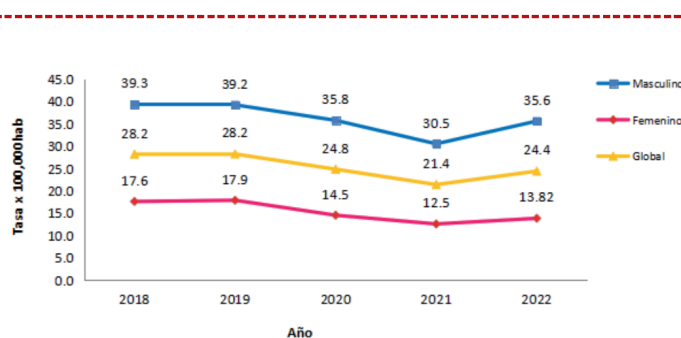
El VIH-sida en cifras

Según las últimas estadísticas mundiales sobre el estado de la epidemia de sida publicada por ONUSIDA (2023), 39 millones (33,1 millones-45,7 millones) de personas en todo el mundo vivían con el VIH en 2022, 630.000 (480.000-880.000) personas murieron de enfermedades relacionadas con el sida en 2022, 85,6 millones (64,8 millones-113,0 millones) de personas se han infectado por el VIH y 40,4 millones (32,9 millones-51,3 millones) han muerto por enfermedades relacionadas con el sida desde el inicio de la epidemia (ONUSIDA, 2023, p. 1).

En Uruguay, entre 1983 y 2022 se registraron 20.487 casos nuevos de VIH-sida, según el último informe de situación epidemiológica (MSP, 2023A) en el año 2022 hubo 867 nuevos casos de VIH. Se estima que existe un total de 15.000 personas viviendo con VIH de un total de 14.266 diagnosticadas a 2022. De ese total, un 77% están en tratamiento antirretroviral al 2022. Si bien hubo un aumento de personas adheridas, aún más de la quinta parte (23%) no lo está. En 2022 aumentó el número de usuarios con carga viral indetectable, pasando de 6394 en el año 2021 (47,3% de los casos diagnosticados) a 8300 en el año 2022 (58,1 % de los casos diagnosticados).

En el país, el VIH-sida es un tipo de epidemia concentrada con una prevalencia en población general del 0,6% al 2022 y mayor al 5% en poblaciones específicas. En el período 2018-2022 la tasa de nuevos diagnósticos tuvo un descenso de 3,8 puntos pasando 28,2 en 2018 a 24,4 en 2022 (cada 100.000 hab.). En el mismo período la relación hombre/mujer se mantuvo estable en 2,4, siendo hombres el 69% de los 867 casos. Según los últimos datos para poblaciones específicas en Uruguay en 2016, la prevalencia en estas poblaciones era de 6,3% en consumidores de cocaína fumables (2012), 10,4% en usuarios de drogas inyectables (2012), 2% en personas privadas de libertad (2013), 23% en trabajadoras sexuales trans femeninas (2013), 8,5% en trabajadores sexuales masculinos (2013) (MSP, 2013).

Evolución de la tasa de notificación de nuevas infecciones en ambos sexos.
Uruguay 2018-2022.



Fuente: elaborado por Departamento de Vigilancia en Salud con datos del Sistema de Vigilancia Longitudinal del VIH.

Nota: Reproducido de [Situación Epidemiológica Del Vih/Sida En Uruguay](#) por Ministerio de Salud Pública, 2023A, p. 5

La población entre 25 a 44 años representa el grupo con mayor tasa de notificación, 46,7 cada 100.000 hab., seguida por el grupo de 45 a 64 años 30,5 cada 100.000 hab. La mediana de edad de los nuevos diagnósticos al 2022 es de 38 años.

En el período 2018-2022 la principal vía de transmisión continuó siendo la vía sexual en un 99% de los casos. La transmisión vertical se ha mantenido por debajo del 2% en el período. En cuanto a la distribución por departamento para el 2022 la incidencia resultó

significativamente alta con tasas mayores a 19,33 cada 100.000 hab. en los departamentos de Montevideo (37,9), Maldonado (29), Paysandú (23,3) , Rivera (21,9) y San José (20,8). Para el año 2022 la tasa de mortalidad por VIH-sida fue de 4,6 cada 100.000 hab. disminuyendo de 5,2 en 2018 a 4,6 en 2022, la relación hombre/mujer fue de 2.03, 6,3 en hombres, 3,1 en mujeres. (MSP, 2023A)

Políticas de salud y VIH-sida en Uruguay

En materia de políticas públicas en VIH-sida en Uruguay, el Área Programática ITS-VIH-sida del MSP es la encargada de desarrollar lineamientos programáticos y normativos de prevención y control de éstas enfermedades. Fue denominado al inicio el Programa nacional de SIDA, creado en el año 1987, a partir del 2002 se incorporan a ésta área las infecciones de transmisión sexual (ITS).

A través del Decreto 409/993 de fecha 15/9/93, se creó la Comisión nacional de lucha contra el SIDA (CONASIDA), como consejo consultivo de coordinación, presentación de propuestas e incidencias en las Políticas Públicas del MSP respecto al VIH-sida en el marco del acceso universal a la atención integral, prevención, asistencia y apoyo a las personas que viven con VIH-sida. Además, sus fines también incluyen proponer y ejecutar actividades sistémicas y promover la participación directa de representantes de organizaciones vinculadas al VIH-sida. En la comisión también participan con voz y sin voto los delegados de los organismos del sistema de Naciones Unidas (OPS/OMS), UNICEF, UNFPA, PNUD y UNIFEM, sociedad civil organizada, sociedades científicas, Universidad de la República y diversos organismos del Estado (Uruguay, 1993).

A través de la Ordenanza Ministerial N° 147 de fecha 24 de marzo de 2004 del MSP, se creó la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva que funciona en el ámbito del MSP, con el cometido de analizar y establecer las líneas de acción interseccionales necesarias de las políticas en Salud Sexual y Reproductiva. (MSP, 2012)

De acuerdo al comunicado de las organizaciones sociales ante el día nacional de lucha contra el VIH-sida del año 2021, el acceso a la atención integral continuaba siendo un obstáculo. El fondo nacional de lucha contra el SIDA no tiene una ejecución, control ni registro adecuado, la CONASIDA ha tenido dificultades para ser un espacio de co-gobierno y con efectiva participación de los colectivos en las políticas públicas (UNFPA,2021).

El cierre del servicio de referencia para personas viviendo con enfermedades infecciosas, servicio de enfermedades infecciosas (SEIC) de ASSE en el año 2022 y la posterior derivación de las personas a hospitales, ha significado la pérdida de referencia y atención integral así como un obstáculo para la realización de exámenes y retiro de medicamentos. Este servicio brindaba atención especializada y personalizada con diferentes profesionales de la salud y además contaba con farmacia, laboratorio y comedor. El estigma y la discriminación también es denunciado desde múltiples organizaciones incluso las gubernamentales. (ASSE descentralizará el Servicio de Enfermedades Infectocontagiosas, que funciona en el Instituto de Higiene, 2022)

El 1 de julio de 2014 fue presentado por la CONASIDA en la Comisión de Salud Pública y Asistencia Social de la Cámara de Representantes del Poder Legislativo, el proyecto de ley "VIH-sida desde una perspectiva de Derechos Humanos: Anteproyecto de Ley integral sobre VIH". El mismo abarca políticas de prevención, educación, diagnóstico y control epidemiológico, atención integral e investigación, derechos y deberes de las personas con VIH, garantías del Estado para la protección, respeto y promoción de los derechos humanos. Así también reconoce el VIH-sida como una enfermedad crónica, los derechos laborales y de confidencialidad de personas que viven con la enfermedad. El proyecto no ingresó a su tratamiento en cámara (Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay, 2014).

El marco jurídico regulatorio para el VIH-sida en Uruguay se basa en las orientaciones internacionales y se ampara en las normativas nacionales (MSP, 2010). El derecho a la vida y a la salud está incluido en la Constitución de la República Oriental del Uruguay (Uruguay, 1967) y en la Ley N° 9.202 de fecha 12/01/1934 de creación del Ministerio de Salud Pública (Uruguay, 1934). A nivel internacional la Declaración de los derechos fundamentales de las personas que viven con VIH-sida de la Conferencia de Montreal de 1998 establece el derecho a la salud de las personas con VIH-sida, toda persona que vive con VIH tiene derecho a la asistencia y al tratamiento suministrado ambos sin ninguna restricción y garantizando su mejor calidad de vida (ONUSIDA, 2006). Este derecho también se establece en la Declaración sobre estrategias de promoción de los derechos humanos y de la no discriminación relacionada al VIH/SIDA en la región del MERCOSUR de 30 de noviembre de 2007 (MSP, 2010).

En Uruguay, la Ley N° 18.211 de fecha 05/12/2007 sobre el Sistema Nacional Integrado de Salud, reglamenta el derecho a la protección de la salud que tienen todos los habitantes residentes en el país y establece las modalidades para su acceso a servicios

integrales de salud (Uruguay, 2007). En la Ley N° 18.335 del 15 de agosto de 2008 de Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. Se reglamenta que toda persona tiene derecho a acceder a una atención integral que comprenda todas aquellas acciones destinadas a la promoción, protección, recuperación, rehabilitación de la salud y cuidados paliativos, de acuerdo a las definiciones que establezca el Ministerio de Salud Pública (Uruguay, 2008).

En las Directrices Internacionales VIH-sida y Derechos Humanos (ONUSIDA, 2007), a las que Uruguay adhiere, emanadas de la tercera consulta internacional sobre VIH-sida y los Derechos Humanos realizada en la ciudad de Ginebra en 2002, se establece que los Estados deben tomar las medidas necesarias para asegurar a todas las personas, sobre una base sostenida e igualitaria, el suministro de y la accesibilidad a bienes de calidad, servicios e información para la prevención, tratamiento, atención y apoyo del VIH-sida, incluidos la terapia antirretrovírica y otros medicamentos, pruebas diagnósticas y tecnologías relacionadas seguras y eficaces para la atención preventiva, curativa y paliativa del VIH-sida, de las infecciones oportunistas y de las enfermedades conexas, prestando especial atención a las personas y poblaciones vulnerables.

A través del Artículo 1 del Decreto 294/992 del 07/08/1992 se establece el día nacional de lucha contra el sida: “Declárase el 29 de julio de cada año “Día Nacional de lucha contra el sida”, que tendrá como finalidad prevenir y educar a la población contra los factores de riesgo de dicha enfermedad, así como promover las acciones de lucha contra la misma” (Uruguay, 1992, p.1). Por su parte, el Decreto 295/997 del 01/09/1997 sobre pesquisa del VIH en embarazadas establece la pesquisa del VIH en todo el territorio nacional, a toda embarazada, previo su consentimiento informado (Uruguay, 1997).

En Uruguay, desde el año 1997 se incluye la cobertura universal de medicamentos antirretrovirales a todas las personas con VIH-sida, tanto en el sector público como en el privado. En 2014 se incorporó el test rápido de VIH en todo el territorio y en 2010 se incorporó la compra de preservativos a la Ley de presupuesto nacional.

El MSP cuenta con guías y pautas de diagnóstico, tratamiento y control epidemiológico con el fin de orientar la labor de los profesionales de la salud para la prevención, el diagnóstico oportuno, y tratamiento precoz evitando la progresión de las infecciones en la comunidad. Así también ha desarrollado directrices básicas para la realización de consejería /orientación en VIH-sida. También se dispone de guías para diagnóstico, tratamiento antiretroviral y monitorización adultos y embarazadas y directrices

para la atención integral de la salud de las /os trabajadoras /es sexuales. En los objetivos sanitarios nacionales 2030 del MSP (2023B), en colaboración con OMS/OPS se definen las líneas de acción para mitigar la morbilidad por VIH-sida, en las áreas estratégicas 29,30 y 31: mejorar el acceso al diagnóstico, promover el acceso a atención de calidad adoptando un modelo de atención de enfermedad crónica con características de accesibilidad, longitudinalidad, integralidad y libre de discriminación. Seguir aplicando estrategias intersectoriales de promoción de salud y prevención y reducción de la transmisibilidad del VIH (p. 90-93).

En seguridad social está previsto el beneficio de pensión para personas con VIH-sida. El Programa de Apoyo a Enfermos Crónicos (PAEC) del Ministerio de Desarrollo Social, prevé la transferencia de un monto por concepto de alimentación antiguamente llamada canasta de alimentación. Estos beneficios son previa evaluación médica y socioeconómica. Por su parte, el Gobierno Departamental de Montevideo brinda el pase libre de transporte colectivo urbano a personas con VIH-sida.

Si bien el país avanzó en sus políticas públicas en la materia, es fundamental continuar profundizando con medidas dirigidas a personas que viven con VIH-sida para asegurar el acceso al tratamiento dada su directa relación con el bienestar integral y la calidad de vida.

MARCO TEÓRICO

Salud mental y VIH-sida

Siguiendo el documento sobre las intervenciones en materia de salud mental y VIH publicado por la ONUSIDA (2022) la integración de la salud mental en el tratamiento de personas con VIH-sida es un desafío actual relacionado al logro del bienestar en el contexto de la prevención, el tratamiento y la atención del VIH. Los principios fundamentales son los servicios de salud integrados como un conjunto continuo de servicios en el tratamiento con foco en la prevención, vinculación al proceso asistencial e inicio del tratamiento, adhesión y continuidad en él así como la promoción de la salud mental (p. 9).

La Organización Panamericana de la Salud (OPS, 2023) define la salud mental como un estado de bienestar en el que el individuo realiza sus capacidades, supera el estrés normal de la vida, trabaja de forma productiva y fructífera, aporta algo a su comunidad, se reconoce como un elemento integral de salud general y como un derecho

básico y fundamental. La mejora de la salud y el bienestar mental también se reconoce como un componente esencial de la cobertura sanitaria universal (p.6).

El VIH-sida es un virus con una carga muy alta de estigma y discriminación, con alta prevalencia en personas en situación de desigualdades y dificultades en salud relacionadas a ellas. El diagnóstico además del impacto biológico, también tiene un impacto emocional y afectivo muy alto. El estigma sentido es definido como el ocurrido cuando se empieza a identificar desde el prejuicio real o imaginario que la sociedad ha construido sobre una situación o individuo y ocasiona malestar emocional. (Montaner et al, 2022, p.25).

Las desigualdades relacionadas con el VIH constituyen las principales faltas de equidad, disparidades y brechas en la vulnerabilidad al VIH, adopción de servicios y resultados experimentados en los diversos lugares y entre las muchas poblaciones que viven con o están afectadas por el virus. Se vuelve necesario para el abordaje hacer frente a la discriminación superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá de acuerdo a ONUSIDA (2017):

Los estudios sobre el estigma y la discriminación, así como el comportamiento de demanda de atención de salud, muestran que las personas que viven con el VIH que perciben altos niveles de estigma relacionado con el VIH tienen 2,4 veces más probabilidades de retrasar la inscripción en la atención médica hasta que están muy enfermas (p. 2).

Esto también justifica porque la incorporación en el tratamiento del enfoque de género y derechos humanos es clave para el logro de los objetivos de salud integral en personas con VIH-sida así como la importancia del apoyo familiar y social.

Siguiendo a Saforcada (1998) incorporar el factor humano en los procesos de salud, es indispensable para el abordaje colectivo de la salud y la enfermedad. El enfoque de promoción en salud, OPS/OMS propone como foco, a diferencia de las prácticas tradicionales en la enfermedad, a hacerlo en la salud. Esto promueve prácticas, hábitos, conocimientos y costumbre orientadas al logro de la salud, el bienestar, la calidad de vida y a la prevención de la enfermedad. Para superar los obstáculos epistemológicos propios de la subjetividad singular de cada persona, se considera también siguiendo a Pichon-Rivière (2003) necesario integrar la interrelación dialéctica entre individuo y sociedad desde una perspectiva totalizadora, integradora, para abordar la complejidad de la salud y la enfermedad, ya que la falta de esta integración es uno de los mayores obstáculos epistemológicos en salud mental (p. 199). El enfoque interdisciplinario, que promueve la salud mental como un aspecto integral del proceso de salud así como el enfoque de

derechos humanos y género contribuirá a realizar el estudio contemplando las características de igualdad y equidad en salud mental. El desplazamiento del modelo biomédico hegemónico, da paso a poder pensar la salud de forma integral, esto incluye factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y ambientales.

Las teorías psicosociales sobre el comportamiento humano

Nos interesa conocer los factores que inciden en la adherencia o no a los tratamientos frente al VIH-sida y los comportamientos protectivos o de riesgo que las personas desarrollan en estas circunstancias en base a los recursos psicosociales disponibles. Para este estudio nos basaremos en dos teorías: La teoría del comportamiento planificado (Ajzen, 1991) y la teoría ecológica del comportamiento de Urie Bronfenbrenner (1979). Ambas permitirán abordar la problemática del estudio, contemplando los factores que influyen en las intenciones de comportamientos de adherencia, así como el ambiente ecológico en el cual las personas con VIH-sida viven y afrontan la situación.

De acuerdo a la teoría del comportamiento planeado, la actitud hacia el comportamiento, las normas sociales/subjetivas y el autocontrol percibido están en la base de las intenciones, las cuales son predictoras del comportamiento. Para el estudio del comportamiento de adherencia al tratamiento se vuelve necesario examinar los factores que influyen y/o lo determinan.

La actitud hacia el tratamiento se basa en las creencias sobre el VIH-sida, el conocimiento que se dispone, las normas sociales sobre la sexualidad y el VIH, y la valoración que las personas hacen de sus capacidades para afrontar la situación. Si por ejemplo, conoce que el tratamiento mejorará su calidad de vida, previene la aparición del sida y le permite vivir con una excelente calidad de vida y se adhiere a él. Así también conocer que si se adhiere al tratamiento también será indetectable, por lo que el virus será intransmisible y no le perjudicará siguiendo la premisa “indetectable=intransmisible” (ONUSIDA, 2018). La actitud hacia el tratamiento, también incluye, el conocimiento sobre su integralidad, además de la medicación, asistencia a consultas periódicas, controles periódicos y hábitos saludables y el efectivo cumplimiento del mismo.

El otro factor son las normas subjetivas. Para el comportamiento estudiado, estas incluyen las creencias normativas, como son las creencias populares que estigmatizan el VIH-sida, la discriminación por razones de género, clase o étnico-raciales. Estas también pueden ser positivas a través del conocimiento de la norma “indetectable=intransmisible”,

las leyes y políticas públicas al respecto, el conocimiento de los derechos humanos, la igualdad, equidad, entre otros.

El control comportamental percibido es la valoración propia sobre el control de la adherencia al tratamiento y el virus que tiene la persona. Aquí será importante indagar sobre los conocimientos de la importancia del tratamiento, el conocimiento de la premisa “indetectable=intransmisible”. Las creencias de control, incluyen el intercambio con otros y sus historias, aquí también están incluidas las experiencias de contacto con personas con el virus y su calidad de vida, la percepción subjetiva sobre el tratamiento y su efectos.

Estos tres factores, permitirán conocer las intenciones de comportamiento de la persona con respecto a la adherencia terapéutica y predecir de qué forma es o no logrado el comportamiento deseado desde los diferentes factores.

La teoría ecológica de Bronfenbrenner (1979) nos permite contemplar además de los factores anteriores, el enfoque ecológico del estudio del comportamiento humano, las interconexiones ambientales y su impacto sobre las fuerzas que afectan el comportamiento desde los diferentes sistemas que influyen en él: microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema. Los sistemas están interconectados. Dentro del microsistema, encontramos las interrelaciones en el entorno inmediato, en el caso de estudio, familia, pareja, amigos, instituciones de salud, grupos de trabajo, estudio, entre otros. En el mesosistema podemos encontrar las interconexiones dentro de los entornos en los que participa la persona, por ejemplo trabajo e instituciones de salud, o familia e instituciones, esto nos permitirá visibilizar, por ejemplo, la falta a consultas médicas por razones laborales o de cuidados. En el exosistema es el nivel donde se ubican las políticas públicas sobre salud y VIH que están conectadas con las experiencias de las personas aunque éstas no participen directamente en ellas, la organización de los centros de atención y las formas de atención que dispone el país. Por ejemplo: la Ley de atención integral del VIH-sida. Finalmente el macrosistema, es el complejo de sistemas seriados e interconexiones de la ideología y las normas sociales que vehiculizan las organizaciones, una cultura o sociedad determinada. El macrosistema influye en todos los sistemas, y lo podemos ver altamente vinculado a la cultura. En el caso de estudio las ideologías y las normas sociales sobre género, sexualidad, estigma del VIH, etc.

Adherencia al tratamiento del VIH-sida

La terapia antirretrovírica o antirretroviral (TAR) es el nombre dado a los regímenes de tratamiento para detener la reproducción vírica, reducir la carga del virus hasta niveles indetectables en la sangre y frenar la progresión de la enfermedad causada por el VIH. (ONUSIDA, 2015)

En el seguimiento del tratamiento médico se realizan dos medidas básicas: linfocitos CD4 (estado de defensas del sistema inmune) y carga viral, (nivel de avance del virus). El estado óptimo del virus es indetectable, lo que significa que la carga viral no es lo suficientemente alta como para ser detectada en la sangre. La adherencia terapéutica permite a su portador estar indetectable, lo que significa que el virus no le perjudica ni tampoco es transmisible, tener una excelente calidad de vida y las defensas inmunológicas altas. Por el funcionamiento del virus, a medida que éste aumenta las defensas bajan. En este sentido es que estas dos medidas se vuelven fundamentales. Para el logro de la indetectabilidad del virus y el aumento de las defensas inmunológicas se vuelve fundamental la adherencia terapéutica al tratamiento.

La Organización Mundial de la Salud y la Organización Panamericana de la Salud (OMS y OPS, 2004) definieron el término adherencia terapéutica como “El grado en que el comportamiento de una persona, tomar el medicamento, seguir un régimen alimentario y ejecutar cambios del modo de vida, se corresponde con las recomendaciones acordadas de un prestador de asistencia sanitaria” p.17.

Además del comportamiento relacionado a los medicamentos, se ha visto que éste no es el único comportamiento necesario para controlar el avance del VIH-sida. También se considera la adherencia como un conjunto de conductas: tomar los medicamentos de acuerdo a las dosis y horarios establecidos, asistir a las citas médicas programadas, realizarse los análisis de control (CD4, carga viral, citología, etc), hacer ejercicio, alimentarse saludablemente, manejar estados emocionales tales como el estrés y la ansiedad y la depresión, evitar el consumo de alcohol, cigarrillos y drogas, prevenir infecciones de transmisión sexual (ITS), auto observar el cuerpo, darle prioridad al cuidado de sí mismo, entre otros (Varela et al. 2009, p. 389).

PROBLEMA Y PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

La epidemia del VIH-sida tiene una dimensión social fuertemente asociada al estigma y la discriminación, siendo ésta uno de los factores que afecta el bienestar de las personas que viven con VIH y su adherencia terapéutica al tratamiento. Un abordaje integral en salud de las personas que viven con VIH debe incluir estrategias de promoción del bienestar emocional y prevención en salud mental. El estudio de factores que influyen en el comportamiento de adherencia terapéutica al tratamiento del VIH-sida así como sobre la disponibilidad de recursos cognitivo-emocionales positivos y recursos sociales/familiares de apoyo es clave para el desarrollo de intervenciones que incorporen estas dimensiones. La producción de conocimiento sobre este problema debe necesariamente enfocarse desde una perspectiva de derechos humanos y de género.

La escasa producción local sobre el tema y el gran número de investigaciones internacionales dan cuenta de la necesidad de abordaje del problema en el contexto nacional, de la actitud de adherencia al tratamiento en relación a la situación de salud mental de las personas que viven con enfermedades transmisibles con alta carga social como el VIH-sida. Las teorías psicosociales sobre el comportamiento permitirán abordar esta problemática, contemplando los factores que influyen en las intenciones de comportamientos de adherencia, así como el ambiente ecológico en el cual las personas con VIH-sida viven y afrontan la situación.

Hipótesis Principal

Para una mejor adherencia al tratamiento del VIH-sida, las personas viviendo con VIH-sida deben desarrollar una actitud positiva ante el tratamiento, contar con recursos cognitivo-emocionales y con recursos familiares-sociales de apoyo, así como tener acceso a servicios de salud (incluyendo acceso a salud mental) asequibles, integrales y de calidad, desde un trato igualitario y no discriminatorio.

Objetivos

Objetivo general

Analizar los factores psicosociales que inciden en comportamientos de adherencia al tratamiento del VIH-sida en personas viviendo con VIH-sida.

Pregunta general: ¿Cuál es la percepción de personas viviendo con VIH-sida de la relación entre los factores psicosociales y el comportamiento de adherencia?

Objetivos específicos

- A. Indagar sobre los recursos cognitivo-emocionales que disponen las personas con VIH-sida para desarrollar una actitud positiva frente al diagnóstico y tratamiento del VIH-sida.
- B. Indagar la disponibilidad de recursos sociales/familiares de apoyo con que cuentan las personas con VIH-sida para desarrollar una actitud positiva frente al diagnóstico y tratamiento.
- C. Explorar cómo ha incidido el trato discriminatorio y el estigma en la adherencia al tratamiento del VIH-sida.
- D. Indagar sobre el trato recibido por las personas con VIH-sida en los servicios de salud de ASSE.

Preguntas

Objetivos específicos	Preguntas
<p>A) Indagar sobre los recursos cognitivo-emocionales que disponen las personas con VIH-sida para desarrollar una actitud positiva frente al diagnóstico y tratamiento del VIH-sida.</p>	<p>¿Cuál es la percepción sobre la relación entre los recursos cognitivos, emocionales que disponen las personas y la actitud frente al tratamiento del VIH-sida ?</p> <p>¿Qué tipo de información tienen sobre los tratamientos para el VIH-sida? ¿Dónde obtienen esa información? ¿Cómo se sintieron al recibir el diagnóstico y cómo procesaron emocionalmente ese evento?</p> <p>¿Cuáles son sus necesidades de soporte afectivo para afrontar un tratamiento de VIH-sida? ¿Cuáles son los principales sentimientos que experimentan ante el tratamiento? Rechazo, aceptación, enojo, etc.</p>
<p>B) Indagar la disponibilidad de recursos sociales/familiares de apoyo que disponen las personas con VIH-sida para desarrollar una actitud positiva frente al diagnóstico y tratamiento del VIH-sida.</p>	<p>¿Cuál es la percepción sobre la relación entre los recursos sociales - familiares de apoyo que disponen las personas ante el tratamiento del VIH-sida?</p> <p>¿Cuáles son los principales recursos de apoyo social que tienen? Amigos, compañeros de trabajo, vecinos, instituciones comunitarias, religiosas, etc.</p> <p>¿Cuentan con apoyo familiar?</p> <p>¿Cómo y cuáles de estos recursos inciden en la adherencia al tratamiento?</p>
<p>C) Explorar cómo ha incidido el trato discriminatorio y el estigma en la adherencia al tratamiento del VIH-sida.</p>	<p>¿Es abordado el estigma y la discriminación en la atención desde una perspectiva de género y derechos humanos?</p> <p>¿Se sintieron estigmatizados las personas que viven con VIH-sida, en qué momento y por qué razón? ¿Familia? ¿Amigos? ¿Comunidad? ¿Servicio de salud?</p> <p>¿Cómo influye el estigma autopercebido en el tratamiento?</p>

D)Indagar sobre el trato recibido por las personas con VIH-sida en los servicios de salud	¿Recibieron atención de forma interdisciplinaria? ¿Qué tipo de atención recibe la población que vive con VIH-sida? ¿Se sintió acompañada/o? ¿Se sintió tratada/o con respeto? ¿Se sintió escuchada/o? ¿Le transmitieron la información en un lenguaje claro?
---	--

ABORDAJE METODOLÓGICO Y DISEÑO

Se realizará un estudio transversal y retrospectivo de tipo cualitativo, exploratorio y descriptivo que permita aproximarse al problema de investigación y ser un antecedente para futuras investigaciones. Se buscará examinar la hipótesis de investigación sobre la adherencia al tratamiento del VIH-sida, la actitud positiva ante el tratamiento en relación la disponibilidad de recursos cognitivo-emocionales y de recursos familiares de apoyo, así como tener acceso a servicios de salud (incluyendo acceso a salud mental) asequibles, integrales y de calidad, desde un trato igualitario y no discriminatorio. La investigación cualitativa permite recoger los datos del contexto natural en donde suceden, realizar observaciones usando múltiples fuentes y un análisis inductivo de la información recogida así como aproximarse a las significaciones de los participantes. Ésta permite también un diseño dinámico emergente, que se adapte a las circunstancias en las que ocurre el fenómeno. La perspectiva interpretativa del investigador, permitiendo la emergencia de múltiples miradas (Batthyány, et al., p. 78). Para definir el tipo de estudio exploratorio, se tuvo en cuenta el poco estudio de la temática en Uruguay, esto aportará información para realizar un abordaje más completo y continuar la investigación a futuro. Estos estudios son comunes en la investigación del comportamiento humano, en situaciones donde hay poca información, como es el caso de estudios pioneros sobre el Sida (Marradi, Archenti y Piovani, 2010, p.59). Cumpa y León (2015), basados en búsquedas de estudios en varios países sobre VIH-sida, destacan su aumento a través de los años y la importancia de la realización de estudios con enfoque cualitativos o mixtos para explorar contextos sensibles en epidemiología relacionados a enfermedades crónicas, siendo los primeros trabajos cualitativos en salud, sobre VIH-sida. La exploración del problema permitirá la construcción de categorías de análisis que permitan conocer el problema de estudio y sistematizar la información recogida.

Población y muestra

Se diseña una muestra de tipo intencional que incluye a personas con VIH-sida, mayores de 18 años no adheridas al tratamiento, o que hubieran suspendido su tratamiento en alguna oportunidad, usuarias/os de ASSE. Se buscará incluir una heterogeneidad de perfiles de edades, sexo-género y niveles educativos. Para el acceso a esta población se implementará una técnica de bola de nieve a través de: profesionales, informantes clave, redes sociales y organizaciones de personas con VIH y otros colectivos. Se excluyen personas con VIH no usuarias de ASSE, menores de 18 años, con discapacidad intelectual y/o psíquica y personas adheridas a tratamiento.

Técnicas de recolección de información

Para la recolección de los datos, se utilizarán dos técnicas de investigación utilizadas en enfoques cualitativos: el grupo focal y la entrevista en profundidad. Se utilizarán ambas técnicas de manera combinada para lograr la saturación y profundidad de los datos. Se seguirá un modelo emergente que permita adaptar las técnicas a las características de los datos obtenidos y de los participantes. Para ambas instancias se seguirá el criterio de saturación de la información de forma de poder incorporar a la investigación aquellos datos emergentes en el transcurso de la investigación, lo que determinará la cantidad de grupos focales así como de entrevistas definitivas de acuerdo al diseño establecido. Previamente se explicará con la hoja informativa y se firmará el consentimiento informado (Anexos I y II).

Grupos Focales

Son caracterizados por ser un tipo de entrevista grupal, se organizará por un grupo particular de personas para que discutan sobre el tema que constituye el objeto de la investigación. La información obtenida de la interacción refleja las perspectivas y experiencias grupales, siendo registrada y analizada para su análisis. Estará orientado hacia la comprensión de conductas y actitudes. La duración del encuentro será de entre una hora y media y dos, durante ésta el moderador mantendrá el foco de la conversación (Marradi, Archenti y Piovani, 2010). Serán realizados en un salón de Facultad de Psicología, con condiciones de privacidad y confidencialidad, dispuesto en círculo, en día y horario a convenir con los participantes, que serán entre 7 y 10. Se realizará el registro con grabador y cuaderno de notas previo consentimiento informado y explicación de la investigación. La duración será de entre una hora y media y dos. Será de una sesión y se evaluará la

posibilidad de una segunda sesión si siguiendo el criterio de saturación y información emergente del diseño establecido.

Las entrevistas en profundidad

Se realizarán entrevistas semidirigidas en profundidad con personas elegibles y que consientan voluntariamente participar del estudio. Se invitará a los/as participantes del grupo focal a ser entrevistados. Las entrevistas serán realizadas en consultorios de la Facultad de Psicología como forma de garantizar un ambiente cálido y privado, o en el lugar que prefieran los participantes. Se podrá valorar la realización de entrevistas en plataforma digital, especialmente para aquellas personas radicadas en el interior del país. Serán registradas con un grabador y cuaderno de notas previa solicitud de consentimiento. La duración será de aproximadamente una hora-una hora y media.

Pautas

Para la realización de los grupos focales y las entrevistas se elaborará una pauta - guía (Anexo III) que se basa en los objetivos y preguntas de investigación previamente presentadas. También se incluirán aquellas preguntas emergentes durante la investigación que aporten información valiosa para la comprensión y profundización como: ¿Por qué opinan así? ¿En qué sentido lo dicen? ¿Podrían darme un ejemplo de ello? ¿Por qué les parece importante?

Análisis de la información

Se realizará un análisis mixto, deductivo-inductivo que permita la construcción y de definición de macro categorías de análisis desde el marco teórico e incorporar categorías específicas y particulares emergentes del análisis de los datos (Mejía, 2011). Para analizar la información primero se procederá a la desgrabación textual de las grabaciones. Se modificará la información, según las unidades temáticas establecidas en los objetivos usando como materia prima los datos significativos de las desgrabaciones y el cuaderno de notas. Usando el criterio de objetividad y pertinencia se asignará la información a las diferentes categorías para su análisis, para ello se creará una matriz de datos que permita la tabulación de los mismos, a partir de la lectura detallada. A través del programa de análisis Atlas ti, también se codificará la información analizada organizándose esquemas de categorías conceptuales que le otorguen sentido por lo que será una codificación mixta. Posteriormente se realizará el análisis descriptivo de los datos categorizados para sintetizar

y realizar el resumen. Finalmente se interpretarán los datos en núcleos de sentido a partir del marco teórico y literatura previa para formular una teoría de la investigación y el informe final.

Cronograma de ejecución en 18 meses

Actividades	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18
Actualización del marco teórico y antecedentes	X	X	X		X			X	X						X	X		
Hoja informativa, guía del grupo focal e itinerario de entrevistas, consentimientos. Elaboración de instrumentos de pauta		X	X															
Captación de usuarios a través de informantes claves		X	X	X	X	X	X	X										
Realización y desgrabación de grupos focales y entrevistas					X	X	X	X	X	X								
Categorización y análisis de la información								X	X	X	X	X	X					
Sistematización de información											X	X	X	X	X			
Elaboración de informe final con conclusiones y difusión. Publicación de resultados															X	X	X	X

CONSIDERACIONES ÉTICAS

El proyecto se registrará en Uruguay por la normativa vigente según el Decreto 158/019 del 12/06/2019 elaborado por la Comisión Nacional de Ética en Investigación de la Dirección General de la Salud del MSP (Uruguay, 2019), relativo a la investigación en seres humanos atendiendo los principios éticos de autonomía, beneficencia, no maleficencia, y justicia en el marco de los derechos humanos. Será asegurado el máximo de beneficios posibles y la evitación de todo daño previsible.

Los participantes serán informados sobre el procedimiento y los objetivos, a través de la hoja informativa de forma clara y simple, se solicitará el consentimiento informado para la participación y se explicará que será voluntaria pudiendo abandonarla en cualquier momento de la misma. Los datos obtenidos serán anónimos, garantizando el respeto y la privacidad. Se dará prioridad al bienestar de los participantes, pudiendo abandonar la investigación en cualquier momento. Se atenderá cualquier situación inesperada acudiendo a los profesionales que fueran necesarios. Por tratarse de una población especialmente vulnerable, se realizará el seguimiento y se proporcionará la asistencia necesaria durante la investigación que garantice la protección y minimización de riesgos eventuales. Así también se dispondrá de un catálogo de prestaciones y servicios para realizar las coordinaciones y derivaciones idóneas que fueran necesarias.

Este proyecto será presentado ante el Comité de Ética en Investigación de la Facultad de Psicología para su aval.

RESULTADOS ESPERADOS Y PLAN DE DIFUSIÓN

Se espera que la investigación aporte información sobre salud mental y adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH-sida en Uruguay, así como la relación entre factores psicosociales y comportamientos y actitudes de adherencia en el marco de servicios de salud asequibles, integrales y de calidad desde un trato igualitario y no discriminatorio. Se espera que los resultados contribuyan a la mejora de la atención de acuerdo a las políticas nacionales e internacionales en VIH-sida y su aplicación.

Se prevé la publicación de los resultados obtenidos en revistas arbitradas y la presentación en congresos y simposios. Así también se prevé la publicación de folletos informativos, en lenguaje claro y accesible para su distribución en personas que viven con VIH-sida e instituciones de salud. También se enviarán los resultados al área ITS/VIH-sida del MSP y se presentarán a los participantes.

REFERENCIAS

- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational Behavior and Human Decision Processes*, 50(2), 179–211. [https://doi.org/10.1016/0749-5978\(91\)90020-T](https://doi.org/10.1016/0749-5978(91)90020-T)
- Ángel, B., y García, J. (2022). VIH: Una mirada a la luz de lo psicosocial. *Psicología y Salud*, 32(2), 215–225. <https://doi.org/10.25009/pys.v32i2.2743>
- Asociación de Servicios de Salud del Estado descentralizará el Servicio de Enfermedades Infecciosas, que funciona en el Instituto de Higiene. (2022, julio 29). *La Diaria*.
<https://ladiaria.com.uy/salud/articulo/2022/7/asse-descentralizara-el-servicio-de-enfermedades-infecciosas-que-funciona-en-el-instituto-de-higiene/>
- Azem, L., Capitão, C., y Ventura, M. (2014). Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. (Portuguese). *Psico-USF*, 19(2), 221–232.
<http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=98578619&lang=es&site=eds-live>
- Batthyány K., Cabrera, M., Alesina L., Bertoni, M., Mascheroni, P., Moreira, N., Picasso, F., Ramírez, J., y Rojo, V. (2011). *Metodología de la investigación en Ciencias Sociales*. Universidad de la República Las autoras.
- Bestard, C., Marsillí, M., Muñoz, N., y Sardina, J. (2018). Enfoque psicológico para el tratamiento de personas que viven con VIH/sida. *Revista Información Científica*, 97(3), 660–670.
<http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.f2a249847412466988d52be1c875aa80&lang=es&site=eds-live>
- Bestard, C., Torres, V., Muñoz, N. y Luna, L. (2019). Aspectos metodológicos y psicológicos para asesorar y acompañar a las personas con VIH/sida. *Revista Información Científica*, 98(5), 659–672.
<http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edsdoj&AN=edsdoj.83b2149dd7ad4daea68b13f97b2efeee&lang=es&site=eds-live>
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The ecology of human development*. Harvard University Press.
https://khoerulanwarbk.wordpress.com/wp-content/uploads/2015/08/urie_bronfenbrenner_the_ecology_of_human_developbokos-z1.pdf
- Fondo de Población de las Naciones Unidas - Uruguay. (2021, 29 de julio). Comunicado de Organizaciones de la Sociedad Civil de personas con VIH y Organizaciones con trabajo en VIH en el marco del día nacional de respuesta al VIH (2021). [Comunicado de prensa]
<https://uruguay.unfpa.org/es/Comunicado-de-Organizaciones-de-la-Sociedad-Civil-de-personas-con-VIH>
- García, J., y Ángel, B. (2020). El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida. (Spanish). *Revista Psicología y Salud*, 30(1), 83–94.
<http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=142607531&lang=es&site=eds-live>
- Hernandez, R., Fernández C., y Baptista, P. (1998). *Metodología de la investigación* (2nd ed.). McGraw-Hill Interamericana Editores.
- Marradi, A., Archenti, N. y Piovani, J. (2010). *Metodología de las ciencias sociales*. Cengage Learning.

- Mejía, J. (2011). Problemas centrales del análisis de datos cualitativos. 1(1), 47 - 60. <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/5275948.pdf>
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2010). Marco regulatorio en relación al VIH-sida en Uruguay. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/Marco%20Normativo%20en%20relacion%20al%20VIH-Sida%20en%20Uruguay%202010.pdf>
- Ministerio de Salud Pública. (2012, octubre 24). Ordenanza Ministerial N° 623: Creación de la Comisión Nacional Asesora en Salud Sexual y Reproductiva. <https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/institucional/normativa/ordenanza-n-6223-012-creacion-comision-nacional-asesora-ss-sr>
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2016). Informe Epidemiológico 2016. Informe de la situación Nacional del VIH. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. https://medios.presidencia.gub.uy/tav_portal/2016/noticias/NO_U311/Informe.pdf
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2023A). Situación epidemiológica Uruguay. 1 de diciembre de 2023: Día mundial del sida. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/noticias/MSP_INFORME_EPIDEMIOLOGICO_DIA_MUNDIAL_SIDA_2023.pdf
- Ministerio de Salud Pública de Uruguay. (2023B). Objetivos sanitarios nacionales 2030. Ministerio de Salud Pública de Uruguay. https://www.gub.uy/ministerio-salud-publica/sites/ministerio-salud-publica/files/documentos/publicaciones/MSP_OBJETIVOS_SANITARIOS_NACIONALES_2030_0.pdf
- Montaner M., Marsiglia P., Arias T., Leal F., Montaner M., y Anduze N. (2022). Depresión y estigma sentido en la adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos para virus de inmunodeficiencia humana. (Spanish). *Comunidad y Salud*, 20(2), 24–31. <http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=162038532&lang=es&site=eds-live>
- Mora, D., y Marín, B. (2023). Intervenciones psicológicas para mejorar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Revisión sistemática y metaanálisis. *Interdisciplinaria: Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 40(2), 97–116. <http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=asx&AN=165055147&lang=es&site=eds-live>
- Moreno, J., Barragán, A., Martínez, M., Rodríguez, A., y Carmela, Á. (2018). Calidad de vida y percepción de apoyo social en personas con HIV en Bogotá, Colombia. *Revista Biomédica*, 38(4), 577–585. <http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=134041508&lang=es&site=eds-live>
- Muñoz, R. (2018). Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y sida en Guayaquil, Ecuador. *Andamios*, 15(36), 311–341. <http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=131128915&lang=es&site=eds-live>
- Noguera, M., Caro, Y., Crabtree, B., Vázquez, F., y Sierra, J. (2015). Factores psicosociales asociados con el inicio tardío de tratamiento antirretroviral en pacientes mexicanos con VIH. (Spanish). *Salud Pública de México*, 57, S135–S141. <http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=103625647&lang=es&site=eds-live>

- Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción*. Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/41182/adherencia-largo-plazo.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud.. (2022). *Estrategia y plan de acción sobre la promoción de la salud en el contexto de los objetivos de desarrollo sostenible 2019-2030*. Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/55950/OPSFPLIM220006_spa.pdf?sequence=3&isAllowed=y
- Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. (2023). *Política para mejorar la salud mental*. Organización Mundial de la Salud - Organización Panamericana de la Salud. https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/57236/OPASNMHMH230002_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Pereira da Silva, J., Chaves, P., y Mendes de Souza, T. (2023). O Papel do Psicólogo e Medidas de Prevenção e Promoção de Saúde para Pessoas Vivendo com HIV e AIDS. (Portuguese). *Revista FSA*, 20(3), 231–251. <http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=163244119&lang=es&site=eds-live>
- Plascencia de la Torre, J., Chan, C., y Salcedo, J. (2019). Variables psicosociales predictoras de la no adherencia a los antirretrovirales en personas con VIH-SIDA. (Spanish). *Revista CES Psicología*, 12(3), 67–79. <http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=edb&AN=139483915&lang=es&site=eds-live>
- Poder Legislativo de la República Oriental del Uruguay. (2014, julio 1). *VIH-sida desde una perspectiva de Derechos Humanos: Anteproyecto de ley presentado por el Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida*. <http://www.diputados.gub.uy/wp-content/uploads/2014/07/VT-2175.pdf>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida (2007). *Directrices internacionales sobre el VIH-sida y los derechos humanos versión consolidada de 2006*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida. https://www.ohchr.org/sites/default/files/Documents/Publications/HIVAIDSGuidelines_p.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. (2015). *Orientaciones terminológicas del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_terminology_guidelines_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida. (2017). *Hacer frente a la discriminación Superar el estigma y la discriminación relacionados con el VIH en centros de atención de la salud y más allá*. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/confronting-discrimination_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida. (2018). *Indetectable = intransmisible: la salud pública y la supresión de la carga vírica del vih*. Programa

- Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/undetectable-untransmittable_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida. (2021). *Estrategia mundial contra el sida 2021-2026 acabar con las desigualdades. acabar con el sida.* (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida, Ed.). https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/global-AIDS-strategy-2021-2026_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida. (2022). Integración de las intervenciones en materia de salud mental y VIH. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/integration-mental-health-hiv-in-terventions_es.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida. (2023). Hoja informativa - Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de sida. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH-sida. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_FactSheet_es.pdf
- Pichon-Rivière, E. (2003) *El proceso grupal*. Editorial Nueva Visión.
- Romar, J. (2010). Abordaje psicológico de personas que viven con VIH. Itinerario. 5(13) , 1-5 <https://itinerario.psico.edu.uy/revista%20anterior/AbordajepsicologicodepersonasquevivenconVIH.htm>
- Saforcada, E., de Lellis, M., Castro, B., Maldonado, M., Bonzo, C., Samaniego, C., Tissera, E., Cerrotta, O., Olivieri, S., Motrel E, Kimmelman, P., Vinocur, G., Peker, R., Arbizu, J., Oleiro, A., Blatt, G., Miguez, M., Garcia, I., y Samaniego, V. (1998). *El factor humano en la salud pública: Una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Proa XXI Editores.
- Stuardo, V., Manriquez, J., Fajreldin, V., Belmar, J., y Valenzuela, V. (2016). Model of socio-cultural dimensions involved in adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in public health care centers in Chile. *AIDS Care*, 28(11), 1441–1447. <http://proxy.timbo.org.uy/login?url=https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=118003262&lang=es&site=eds-live>
- Uruguay. (1934, enero 22). Ley N° 9202:Ley Orgánica de Salud. Creación del Ministerio de Salud Pública.<https://www.impo.com.uy/bases/leyes/9202-1934/32>
- Uruguay. (1967). Constitución de la República. <https://www.impo.com.uy/bases/constitucion/1967-1967>.
- Uruguay. (1992, agosto 7). Decreto 294/992: Día Nacional de lucha contra el sida. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/294-1992/2>
- Uruguay. (1993, septiembre 15). Decreto 409/993: Creación de la Comisión Nacional de Lucha Contra el sida. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/409-1993/1>
- Uruguay. (1997, septiembre 1) Decreto 295/997: Pesquisa de VIH para embarazadas. <https://www.impo.com.uy/bases/decretos/295-1997>
- Uruguay. (2007, diciembre 5). Ley N°18.211: Creación Del Sistema Nacional Integrado De Salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18211-2007>.
- Uruguay. (2008, agosto 15). Ley N° 18.335: Derechos y obligaciones de pacientes y usuarios de los servicios de salud. <https://www.impo.com.uy/bases/leyes/18335-2008>.
- Uruguay. (2019, junio 12). Decreto 158/019: Aprobación del proyecto elaborado por la comisión nacional de ética en investigación vinculada a la dirección general de la

salud, referida a la investigación en seres humanos.
<https://www.impo.com.uy/bases/decretos-originales/158-2019>.

Varela, M., Salazar, I., Correa, D., Duarte, C., Tamayo, J., y Salazar, A. (2009). *La evaluación integral de la adherencia al tratamiento en mujeres con VIH/SIDA: validación de un cuestionario*. Colombia Médica. 40(4), 386–397.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28312733004>

Varela, M. , y Galdames, S. (2014). *Depresión y adhesión a terapia antirretroviral en pacientes con infección por VIH atendidos en el Hospital San Pablo de Coquimbo, Chile*. Revista chilena de infectología. 31(3), 323-328.
<https://www.scielo.cl/pdf/rci/v31n3/art11.pdf>

ANEXO I

Hoja Informativa

Estimada/o:

Ha sido seleccionado para participar de la investigación: “Adherencia al tratamiento del VIH-sida y salud mental”. El objetivo principal de la investigación es analizar los factores psicosociales que inciden en el comportamientos de adherencia al tratamiento del VIH-sida en personas viviendo con VIH-sida. Para ello se investigarán los recursos cognitivo-emocionales y la disponibilidad de recursos sociales/familiares de apoyo que disponen las personas con VIH para desarrollar una actitud positiva frente al diagnóstico y tratamiento; cómo ha incidido el trato discriminatorio y el estigma en la adherencia al tratamiento del VIH-sida; el trato recibido por las personas con VIH en los servicios de salud de ASSE.

Si acepta, participará de un grupo focal, el mismo es un tipo de entrevista grupal, que tendrá una integración de entre 7 y 10 personas y una duración de entre una hora y media y dos a realizarse en un salón de Facultad de Psicología. Así también, si está de acuerdo y considera que tiene mayor información se le convocará a una entrevista personal en profundidad, que tendrá una duración de una hora, para profundizar en aquella información que considere relevante en un consultorio de la Facultad de Psicología. Ambos espacios cumplirán con condiciones de privacidad. Las instancias serán grabadas, para registrar la información, sin identificar a las/los participantes. Las preguntas abordaran los objetivos de la investigación. La información obtenida será procesada de forma anónima y confidencial, en datos agregados, para poder generar los resultados que la investigación tiene como objetivos.

La participación no supone ningún riesgo y podrá aportar beneficios al conocimiento de la salud mental y adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH, lo que podrá ser un beneficio para usted, los resultados serán compartidos en forma clara y accesible. El resguardo del material, y el manejo y procesamiento de los datos obtenidos y potenciales publicaciones, será totalmente confidencial y en ningún caso se podrá identificar a los participantes, reservando de la identidad del participante en todas las etapas del estudio.

La participación será voluntaria y libre sin que ello configure un perjuicio para usted o el estudio. Puede retirarse y/o abandonar en cualquier momento el estudio sin tener la obligación de dar cuenta de su decisión.

En cualquier caso, se atenderá con los profesionales que fueran necesarios cualquier situación inesperada.

El presente proyecto de investigación fue aprobado por el Comité de Ética de la Facultad de Psicología

Desde ya, se agradece enormemente su valiosa participación.

Información de contacto:

fcarpentieri@psico.edu.uy

093868649

Fabricio Carpentieri

ANEXO II

Consentimiento Informado

Acepto participar en la investigación Estudio sobre la relación entre salud mental y adherencia al tratamiento en personas que viven con VIH-sida usuario/as de salud pública de Montevideo-Uruguay. Como participante en el grupo de discusión / Encuesta.

Declaro que:

- He leído la hoja de información, y se me ha entregado una copia de la misma, para poder consultarla en el futuro.
- He podido realizar preguntas y resolver mis dudas sobre el estudio y mi participación en el mismo.
- Entiendo que mi participación es voluntaria y libre, y que puedo retirarme del estudio en cualquier momento, sin tener que dar explicaciones y sin que ello cause perjuicio alguno sobre mi persona.
- Entiendo que no obtendré beneficios directos a través de mi participación, y que en caso de sentir incomodidad o malestar durante o luego del estudio, se me ofrecerá la atención adecuada.
- Estoy informado sobre el tratamiento confidencial y anónimo con el que se manejarán mis datos personales.
- Entiendo que al firmar este consentimiento no renuncio a ninguno de mis derechos.

Expresando mi consentimiento, firmo este documento, en la fecha _____ y localidad _____:

Firma del/de la participante:

Aclaración de firma:

Firma del/de la investigador/a:

Aclaración de firma:

Anexo III

Anexos. Pauta de grupo focal:

Inicio: Presentación y explicación. Explicación de la finalidad de la investigación, de la confidencialidad y el anonimato, la información será analizada de forma agregada sin identificar individualmente a los participantes. Solicitar la respuesta de forma espontánea ya que no hay preguntas correctas o incorrectas. Espacio para dudas. Autorización para grabar y tomar notas.

Desarrollo: Clima de intimidad y comodidad, presentación de integrantes. Indagación de opiniones, siguiendo las preguntas y focalizando. Siguiendo preguntas guía desde las más abiertas a las más específicas respetando opiniones incluso las divergentes y manteniendo el foco en la investigación:

Recursos cognitivo-emocionales

¿Qué opinan sobre la relación entre los recursos cognitivos, emocionales que disponen las personas y la actitud frente al tratamiento del VIH-sida? ¿Qué tipo de información tienen sobre los tratamientos para el VIH-sida? ¿Dónde obtuvieron esa información? ¿Cómo se sintieron al recibir el diagnóstico y cómo procesaron emocionalmente ese evento?

¿Cuáles son sus necesidades de soporte afectivo para afrontar un tratamiento de VIH-sida? ¿Cuáles son los principales sentimientos que experimentan ante el tratamiento? rechazo, aceptación, enojo, etc.

Recursos sociales/familiares de apoyo

¿Que opinan sobre la relación entre los recursos sociales - familiares de apoyo que disponen las personas ante el tratamiento del VIH-sida? ¿Cuáles son los principales recursos de apoyo social que tienen? Amigos, compañeros de trabajo, vecinos, instituciones comunitarias, religiosas, etc. ¿Cuentan con apoyo familiar? ¿Cómo y cuáles de estos recursos inciden en la adherencia al tratamiento?

Discriminatorio y estigma en la atención

¿Qué opinan sobre el estigma y la discriminación en la atención? ¿Se sintieron estigmatizados? ¿En qué momento y por qué razón? ¿Cómo perciben que influyó en el tratamiento? ¿Qué opinan sobre la perspectiva de género y derechos humanos relacionada a la atención?

Trato recibido en los servicios de salud

¿Qué opinan sobre el trato recibido en general? ¿Recibieron atención de forma interdisciplinaria? ¿Se sintieron acompañados/o? ¿Se sintieron tratadas/os con respeto? ¿Se sintieron escuchadas/os? ¿Le transmitieron la información en un lenguaje claro?

Cierre: Al abordar los datos y la profundización se realizará el cierre por el moderador. Espacio de reflexión y preguntas. Comentarios y sugerencias. Evaluación de un segundo grupo en base a la información emergente, invitación a entrevista en profundidad a las y los interesados o informantes que tengan mayor información para brindar. Agradecimiento.