

## Adherencia al tratamiento en personas viviendo con VIH en Chile en el contexto de la pandemia de COVID-19

Víctor Figueroa Guiñez (Investigador responsable)  
Cecilia del Canto Shanel (Asesora metodológica)  
Francisco González Mella (Ayudante de investigación)  
*Edición científica: Lorena Espinoza Silva*

### Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo explorar la percepción de las personas viviendo con VIH en Chile sobre su adherencia al tratamiento en el contexto de la pandemia de COVID-19, desde un enfoque biopsicosocial y considerando la teoría del estrés minoritario. La investigación se realizó siguiendo una metodología cualitativa y tuvo un alcance de tipo exploratorio–descriptivo. Se utilizó la entrevista semiestructurada para la recolección de datos. El análisis de la información se realizó a través de la Teoría Fundamentada, siguiendo un enfoque construccionista social. Se entrevistaron ocho hombres gay y bisexuales, que fueron reclutados a partir de la publicación de invitaciones en redes sociales. Los resultados revelaron que los participantes mantuvieron una buena adherencia al tratamiento farmacológico durante el periodo de la pandemia. No obstante, mantener una buena adherencia farmacológica representaba un desafío para los participantes, dadas las implicancias de la amenaza constante del VIH y la necesidad de mantener un tratamiento farmacológico de por vida. Además, los participantes accedían a un tratamiento que estaba centrado principalmente en la administración de fármacos antirretrovirales, los controles médicos y los exámenes de salud, lo cual se aleja de las propuestas de tratamiento integral para el VIH. El estudio también reveló que los participantes enfrentaban el tratamiento con escasas o nulas redes de apoyo, dado el ocultamiento del diagnóstico por el estigma asociado al VIH. El estudio da cuenta de la necesidad de que los programas de tratamiento para el VIH incorporen la atención psicosocial de los usuarios.

**Palabras clave:** Adherencia, tratamiento, VIH, pandemia, COVID-19, minorías sexuales, estigma

### Introducción

En la actualidad, las personas que viven con el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) pueden llevar una vida larga y saludable gracias al creciente acceso a un diagnóstico, tratamiento y atención eficaces. Según ONUSIDA (2021), 37.6 millones de personas en el mundo viven con el VIH, de los cuales 23.4 millones se encuentran en tratamiento. No obstante, el VIH continúa siendo un problema de salud pública, habiendo cobrado casi 33 millones de vidas a nivel global (Organización Mundial de la Salud [OMS], 2021). En Chile, desde 1990 y hasta el año 2015, se registraron 9.850 muertes por el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), de las cuales un 87% correspondió a hombres (Cáceres-Burton, 2019). El número de personas de 15 o más años que viven con VIH en Chile llegó a los 74.000 mil casos en el año 2019, de los cuales 61.000 corresponde a hombres y 13.000 a mujeres (ONUSIDA, 2021).

La pandemia de COVID-19 ha afectado las oportunidades de las personas viviendo con VIH (PVVIH) de acudir a centros de salud para realizarse análisis de VIH, recibir un tratamiento oportuno y acceder a atenciones de salud eficaces. Si bien en Chile los tratamientos para el VIH continúan en el contexto de la pandemia de COVID-19 (Pérez-Ceballos, 2020), el suministro de la terapia farmacológica se vio complejizado, así como también la regularidad de los controles de salud (Said, 2020). No obstante, no hay estudios publicados acerca de la adherencia al tratamiento de personas que viven con VIH en el contexto de la pandemia de COVID-19 en Chile. Un estudio realizado en Argentina reveló

una reducción en la adherencia al tratamiento y un aumento en algunos problemas de salud mental en personas viviendo con VIH (Ballivian et al., 2020b).

La presente investigación utilizó una metodología cualitativa, mediante el uso de la entrevista semiestructurada. El análisis de los datos se realizó a través de la Teoría Fundamentada siguiendo el Modelo Biopsicosocial de Salud y el Modelo de Estrés Minoritario. El muestreo fue por conveniencia con participantes voluntarios que fueron reclutados a partir de la publicación de invitaciones en redes sociales. Se utilizó un muestreo teórico por lo que el tamaño de la muestra estuvo definido por criterios de saturación teórica. Se siguieron los principios y normativas éticas que regulan las investigaciones con personas, particularmente con poblaciones altamente estigmatizadas.

Nuestra investigación tiene por objetivo general explorar la percepción de las personas viviendo con VIH sobre su adherencia al tratamiento, y los factores biopsicosociales asociados, en el contexto de la pandemia de COVID-19. También, indagamos las indicaciones médicas que reciben para su tratamiento a nivel farmacológico y no farmacológico, y examinamos la percepción personal sobre los procesos de estrés minoritario asociados a su adherencia al tratamiento en el contexto de la pandemia de COVID-19.

El presente estudio representa una oportunidad para conocimiento disciplinar dada la escasa investigación que se realiza en Chile en personas viviendo con VIH, una población socialmente marginada y escasamente considerada en las políticas públicas. Más escasa es la preocupación por la adherencia al tratamiento de esta población, en donde los factores psicosociales juegan un rol predominante, dada la estigmatización y la discriminación auto-percibida.

## **Teoría y Estado del Arte**

Según ONUSIDA (2021), globalmente, 1.5 millones de personas contrajeron el VIH durante el año 2020, lo que implica alrededor de 5.000 nuevas infecciones cada día. En Chile, el Instituto de Salud Pública (ISP, 2021) señala un aumento sistemático de las notificaciones de personas viviendo con VIH desde el año 2012 (3.395) al año 2018 (6.948). Sin embargo, se observó un leve descenso de notificaciones en el año 2019 (6.720) y un descenso considerable durante el año 2020 (4.446), lo que puede ser explicado por los meses de confinamiento provocados por el estallido social vivido en el país durante los últimos meses de 2019 y la pandemia de COVID-19 durante el año 2020, dificultando el acceso a centros de salud para realizarse análisis de VIH y tener un diagnóstico oportuno.

Un informe reciente elaborado por ONUSIDA (2020), sugiere que mantener una adherencia óptima en el contexto de la pandemia de COVID-19 asegura la supresión viral y la recuperación inmunológica (aumento en el recuento de CD4), lo cual reduce el riesgo de complicaciones derivadas de la infección con SARS-CoV-2 (el agente de COVID-19). También, se debe tener en cuenta que la sobrecarga de los servicios de salud puede afectar el acceso a la atención médica, y el tratamiento integral, esencial y necesario para las personas que viven con VIH. No obstante, ONUSIDA recomienda visitas menos frecuentes a los centros de salud y un suministro de medicamentos antirretrovirales para varios meses (3 a 6 meses), lo cual eventualmente aumentaría la adherencia al tratamiento. Así mismo, ONUSIDA recomienda tener en cuenta el estigma y discriminación que las personas que viven con VIH experimentan en los entornos de salud.

Estudios previos a la pandemia de COVID-19 realizados en Chile, han revelado que las personas que viven con VIH han enfrentado discriminación y estigmatización en los servicios de salud no especializados en VIH, contribuyendo al estigma internalizado, con un impacto directo en la salud mental, siendo habitual encontrar trastornos depresivos o ansiosos. Además, se reportan escasas redes de apoyo, compuestas básicamente por familia y amigos (Belmar & Stuardo, 2017; Farago et

al., 2018). Lo anterior es relevante considerando que diversos estudios confirman la influencia positiva del apoyo social sobre las conductas de adherencia en personas viviendo con VIH en tratamiento con medicamentos antirretrovirales (Deichert et al., 2008; Gordillo et al., 2009). Los mitos erigidos alrededor del VIH se constituyen así en una barrera de acceso a los servicios de salud, retrasando el acceso a un tratamiento oportuno y dificultando mantener una adherencia óptima (Bermudez et al., 2015).

### La adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento puede ser estudiada a partir del Modelo Biopsicosocial de Salud. Este modelo adopta la Teoría de Sistemas para la comprensión de la salud y la enfermedad. La Teoría de Sistemas sostiene que todos los niveles de organización están interconectados unos con otros de manera jerárquica y que cada cambio en un nivel provocará un cambio en todos los otros niveles. El Modelo Biopsicosocial propone que la salud y la enfermedad son el resultado de la interacción de factores biológicos, psicológicos y sociales, por lo que, tanto el diagnóstico como el tratamiento deben considerar el rol interactivo de estos factores. Además, el Modelo Biopsicosocial hace explícita la significancia de la relación entre el paciente y el médico. Una efectiva relación paciente-médico puede mejorar el uso de los servicios de salud por parte del paciente, la eficacia del tratamiento y la rapidez con que la enfermedad es resuelta. El modelo tiene en cuenta que factores psicosociales como el estrés pueden afectar negativamente la salud y que factores potencialmente protectores como el apoyo social pueden amortiguar el impacto del estrés (Taylor, 2012).

La adherencia al tratamiento de enfermedades crónicas es considerada un problema de salud pública. Según la OMS (2004), la adherencia de los pacientes al tratamiento de diversas enfermedades alcanza el 50% en los países desarrollados, mientras que los países en vías de desarrollo alcanzan tasas menores. La OMS define la adherencia como el grado en que la conducta de un paciente (toma de medicamentos, seguimiento de una dieta, cambio en los hábitos de vida...) guarda relación con las recomendaciones acordadas con el profesional. Por otro lado, la no adherencia, puede ser conceptualizada como la falla en el cumplimiento de instrucciones terapéuticas, ya sea de forma voluntaria o inadvertida (Silva et al., 2005).

### El Modelo de Estrés Minoritario

El Modelo de Estrés Minoritario (*Minority Stress Model* [MSM]) o Modelo de Estrés de las Minorías propuesto por Meyer (2003) sugiere que el estigma, los prejuicios y la discriminación crean un ambiente social estresante que podría causar problemas de salud física y mental en las personas pertenecientes a las minorías sexuales. Además, las expectativas de rechazo, el ocultamiento y la homofobia internalizada, operan como factores estresantes sociales que pueden contribuir al impacto en la salud física y mental. Uno de los efectos del estigma y los prejuicios es la homofobia interiorizada, que se ha definido como "la dirección de las actitudes sociales negativas hacia sí mismo, llevando a una devaluación del yo y a los conflictos internos resultantes y a una pobre autoestima" (Meyer y Dean, 1998, p. 161). De hecho, el impacto de la homofobia en la salud mental de mujeres lesbianas y hombres gay ha sido ampliamente documentado (Burgess et al., 2008).

Lo anterior es relevante para el presente estudio si se considera que las personas que viven con VIH experimentan altos niveles de estigmatización. De hecho, estudios realizados con personas viviendo con VIH aplicando el MSM han mostrado una asociación entre altos niveles de estigma internalizado a causa del VIH y menores niveles de bienestar emocional. Además, un afrontamiento autoeficaz se ha asociado a mayores niveles de bienestar emocional (Cramer et al., 2017). El estigma internalizado a causa del VIH también parece tener implicancias en los síntomas de depresión y

ansiedad, el comportamiento sexual compulsivo/hipersexualidad y el no uso de condón en el sexo anal cero discordante (Rendina et al., 2017).

Las personas que viven con VHI en Chile, tanto hombres como mujeres, continúan siendo altamente estigmatizadas en sus entornos sociales, y en el sistema de salud en particular, puesto que el VIH continúa asociándose con prácticas sexuales riesgosas que se atribuyen a grupos específicos como homosexuales, personas con múltiples parejas, trabajadores sexuales y consumidores de drogas (Belmar & Stuardo, 2017; Farago et al., 2018). Por lo tanto, los comportamientos sexuales alejados de la heterosexualidad normativa y la monogamia son considerados como inapropiados y moralmente sancionados (Farago et al., 2018). Además, la escasa o nula educación sexual en Chile (Arenas et al., 2016) contribuye a la mantención del prejuicio y estigma asociados a comportamientos sexuales no normativos y el VIH. Dado lo anterior, resulta altamente relevante estudiar cómo las personas que viven con VHI adhieren a sus tratamientos en el contexto de la pandemia de COVID-19 teniendo en cuenta la discriminación y estigmatización que habitualmente enfrentan.

## **Metodología**

La presente investigación se realizó siguiendo una metodología cualitativa y tuvo un alcance de tipo exploratorio – descriptivo acorde con los objetivos planteados y la pregunta de investigación. El muestreo fue por conveniencia, con participantes voluntarios que fueron contactados a través de invitaciones publicadas en las redes sociales (Instagram y Facebook). Como criterios de inclusión para la selección de los participantes se consideró: tener más de 18 años y estar actualmente en tratamiento por VIH. Por otra parte, como criterio de exclusión se consideró: presentar alguna dificultad cognitiva o de la comunicación que limitara su participación en la entrevista en profundidad. Se entrevistaron ocho hombres homosexuales y bisexuales. Ninguna mujer solicitó participar del estudio. Todos los participantes eran solteros y no tenían hijos al momento de la entrevista.

El instrumento utilizado para la recolección y producción de datos fue la entrevista en profundidad, ante lo cual se elaboró un guión temático con el cual se construyó una entrevista semiestructurada (Vargas, 2012). Teniendo en cuenta las medidas definidas por la autoridad sanitaria en el contexto de pandemia, las entrevistas se realizaron de manera online, utilizando herramientas tecnológicas dispuestas para este fin. Las entrevistas fueron realizadas entre noviembre y diciembre de 2021.

Para el análisis, considerando que el muestreo fue teórico y por conveniencia, se siguió la propuesta de la Teoría Fundamentada de orientación construccionista social (Charmaz, 2006). Según Charmaz, la Teoría Fundamentada tiene como propósito construir un análisis conceptual de una experiencia particular (en lugar de crear una teoría sustantiva o formal) enfatizando categorías analíticas que sintetizan y explican procesos. En este caso, el foco se centró en analizar las experiencias del grupo a estudiar, siguiendo el Modelo Biopsicosocial de Salud y el Modelo de Estrés Minoritario, abordando los siguientes pasos para el análisis: 1) Examinar y nombrar cada línea de datos que definen acciones o eventos. 2) Utilizar el código inicial más significativo o frecuente para sintetizar y organizar los datos. 3) Elevar códigos focalizados a categorías conceptuales. Considerar códigos in vivo o de definiciones teóricas. 4) Elaborar memorandos. 5) Seguir un muestreo teórico. 6) Construir el análisis conceptual de la experiencia estudiada.

Con la finalidad imperiosa de garantizar la protección de la información entregada por los y las participantes, se consideraron aspectos como el consentimiento informado, la confidencialidad y el anonimato, para esto se siguieron las estipulaciones éticas para estudios con personas pertenecientes a grupos altamente estigmatizados, como es el caso de personas que viven con VIH

en Chile. La información de las entrevistas (audio y transcripciones) fue almacenada directamente por el equipo investigador en sus archivos de computador personal protegidos por contraseña. Las transcripciones fueron codificadas por el equipo de investigación. Estos datos se almacenaron con un seudónimo y se eliminó cualquier información identificable.

## Resultados

A continuación, se presenta un análisis de la información producida a través de las entrevistas y se ordena en función de una categoría axial denominada: Indicaciones y adherencia al tratamiento en pandemia. Luego se detallan cuatro categorías emergentes que dan cuenta de los factores biopsicosociales y el estrés minoritario asociado a la adherencia al tratamiento. No obstante, la información que se presenta no es exclusiva del contexto de la pandemia por COVID-19, sino que incorpora las vivencias de los participantes durante el curso de su tratamiento, tanto en el periodo pre-pandemia como durante el curso de esta. Estas categorías se consideraron relevantes para un abordaje integral del tratamiento y futuras investigaciones.

### Indicaciones y adherencia al tratamiento en pandemia

La llegada de la pandemia por COVID-19 trajo consigo incertidumbre en las personas viviendo con VIH, esto fue un denominador común en los entrevistados. Dada la no existencia de evidencia disponible en cuanto a un mayor riesgo al vivir con VIH y enfermarse por COVID-19 al inicio de la pandemia, y considerando que el COVID es una enfermedad de propagación rápida y altamente transmisible, se invitaba a tener precauciones para protegerse y estar atentos a los síntomas propios de esta enfermedad.

*“Yo creo que el hecho de sentirse vulnerable ante este nuevo virus por ejemplo a pesar de que uno tiene control una vez al año” (E1, L137)*

*“Lo que sí me dijeron, que me tenía que cuidar mucho porque yo al, al tener VIH era más propenso a contraer el, el coronavirus” (E4, L98) “Que me tenía que cuidar, que no tenía que, que estar en aglomeraciones y nada así” (E4, L290)*

De acuerdo con los relatos de los participantes, se aprecia que se dieron pocas indicaciones particulares para el tratamiento del VIH durante el periodo de la pandemia por parte del personal de salud. Según los reportes de los participantes, durante la pandemia, el foco del sistema de las atenciones de salud estuvo en la mantención del tratamiento farmacológico. En términos del impacto de la pandemia, sólo se produjeron cambios en la administración de los medicamentos y distanciamiento de los controles de salud; lo cual para algunos fue percibido como una forma de disminuir el riesgo de contagio mediante la exposición al asistir a un centro de salud.

*“Sí, sí. La falta de medicamentos. También tuve que presentar un reclamo porque no llegaban. Y, de hecho, yo no podía ir a buscarlos, por los permisos que te daban” (E2, L126)*

*“lo bueno es que, que me daban pastillas para 2 meses, entonces durante 2 meses yo estaba súper tranquilo” (E6, L106)*

*“(…) recuerdo que cuando fue la pandemia, yo justo me iba a atender a mi control y no pudo ser, entonces se tuvo que aplazar al próximo año, estuve como un año sin poder chequearme ni nada” (E8, L88) “(…) para mí fue súper angustiante. Estaba muy angustiado. De hecho, cuando me hice los exámenes y después me llaman por teléfono, yo esperaba lo peor. De verdad que sí, me esperaba lo peor, pero no tenía...” (E8, L98)*

*“No, pero sí dejé mucho ehhh pospuesto el, el tema de los exámenes, para ver mi carga viral y todo eso (...) Ehhh por el, el miedo de infectarme en el hospital” (E4, L280)*

El aplazamiento de los exámenes y controles de salud generó incertidumbre en algunos participantes respecto a su estado de salud, lo cual en ocasiones provocaba angustia o temores respecto a un posible aumento de la carga viral o una baja en las defensas. El distanciamiento de los controles también influyó en que hubiera pocos espacios para consultas respecto a su estado de salud durante la pandemia.

Respecto a la adherencia al tratamiento durante el período señalado, en general, los entrevistados refieren haber mantenido el tratamiento y la rigurosidad con la que este es seguido; los discursos producidos muestran el valor asignado al tratamiento farmacológico como la única opción de mantenerse sano y por ende vivir una vida normal.

*“Sí, siempre lo he seguido (el tratamiento farmacológico), no, no, no, no, no, no hay manera o forma de que llegar a, a, a pensar o pensado alguna vez que sin el tratamiento me voy a mejorar” (E3, L216)*

*“Sí, lo mantuve (el tratamiento farmacológico), de hecho, para que nosotros no fuéramos tantas veces seguidos a buscar las pastillas, nos daban dos cajas, entonces después de dos meses tenía que ir. No una vez al mes” (E8, L94)*

Tal como se señaló anteriormente, en los discursos de los entrevistados aparecieron ejes temáticos que hacen referencia a factores que favorecen o amenazan la adherencia al tratamiento, dentro de ellos se mencionan: el miedo y la amenaza constante del VIH; el cansancio con el tratamiento y las rutinas; la relación ambivalente con el fármaco; la respuesta del sistema de salud; y el apoyo social percibido. Esta última categoría se divide en dos subcategorías: la respuesta del sistema de salud; y los otros significativos: el ocultamiento y el estigma.

#### El miedo y la amenaza constante del VIH

Los entrevistados perciben que su vida depende del tratamiento farmacológico, ya que este contribuye a fortalecer su respuesta inmunológica. No obstante, a su vez, se aprecia un miedo subyacente a que la carga viral pueda aumentar, y como consecuencia de esto, contraer alguna enfermedad oportunista. Se trata de un miedo o preocupación constante que favorece la adherencia a la terapia antirretroviral.

*“Me sentía un poco ansioso, en general, muy mal, pensando en muerte generalmente, porque el hecho de tomarme la pastilla es un recordatorio de que mi vida depende de cada pastilla que está dentro del frasco” (E1, L122)*

Algo que se repite al hablar de adherencia, es la preocupación permanente de mantener el tratamiento farmacológico según las indicaciones médicas; los entrevistados son conscientes de los beneficios que esto podría traer (indetectabilidad<sup>9</sup> e inmunidad) y, por tanto, el olvido y el abandono de la medicación podrían interferir con dichos beneficios.

<sup>9</sup> “Indetectable = intransmisible (...) Si las pruebas de los últimos 20 años ya demostraban que el tratamiento del VIH es sumamente efectivo para reducir la transmisión del VIH, ahora hay evidencias contundentes de que las personas que viven con el VIH con una carga viral indetectable no pueden transmitir el VIH mediante el intercambio sexual” (ONUSIDA, 2018)  
<https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable>

*“Los primeros meses, cuando empecé con el tratamiento, claro que igual estaba con esa, con esa inquietud, con esa ansiedad de si me van a hacer bien, si de verdad me podía mejorar y de, o sea, tuve la, la, la buena fortuna de que fue todo para mejor” (E3, L134)*

*“hasta el día de hoy, yo vivo con el miedo constante de que me pase algo, soy responsable en cuanto al tratamiento, pero a la vez soy muy irresponsable” (E6, L132)*

Esta adherencia también implica una serie de dudas, en cómo esto afectará en su día a día y realmente qué implicaría la toma o no del medicamento.

*“Sí, siempre lo quise. Desde ese momento en que supe que tenía VIH yo ya estaba preguntando qué iba a pasar con el tratamiento, qué es lo que se viene ahora, ¿cómo lo tengo que hacer?” (E8, L114)*

A partir de los relatos de los participantes, se aprecia que el tratamiento farmacológico no sólo tiene implicancias a nivel inmunológico, sino que también, a nivel psicológico. El fármaco se transforma en un recurso que permite afrontar emocionalmente la amenaza constante que representa el VIH para sus vidas. La terapia antirretroviral otorga a los participantes la posibilidad de vivir, es decir, los fármacos proporcionan un sentido de vida para la persona que vive con VIH. No obstante, la situación de amenaza crónica que representa el hecho de vivir con VIH, se transforma en una fuente de estrés que pone en riesgo la salud mental de los participantes.

#### El cansancio con el tratamiento y las rutinas

Los relatos de los entrevistados dan cuenta que la adherencia se puede ver amenazada por el cansancio que representa para muchos el tener que tomarse la medicación a diario, esto va generando síntomas depresivos y ansiosos que, en algunos casos, hacen cuestionar el significado de la vida generando una disyuntiva en la continuidad del tratamiento antirretroviral.

*“Dentro de los pensamientos suicidas, cómo pensar en muerte, incluye, no tomar el tratamiento un mes, y esperar que el tiempo haga lo suyo” (E1, L199)*

*“Si, si, muchas veces. No sé si fueron cuatro, seis veces que, de hecho, este, intenté contra mi vida, todo eso, entonces fue algo bien fuerte... Estar tomando pastillas todos los días, entonces es algo como bien latoso” (E2, L90)*

*“Y pensaba, o sea, ya... ¿Y si me entrego a la vida? ¿Si me entrego a lo que venga? ¿Sigo haciendo de cuenta que estoy sano y no me tomo más la pastilla? Y muchas veces se me pasó por la cabeza... nunca he llegado al punto de odiar tanto mi vida para darle término” (E6, L146)*

Otro aspecto que puede incidir de manera negativa en la adherencia es que el consumo del tratamiento antirretroviral implica incorporar la ingesta del fármaco dentro de una rutina que disminuya la posibilidad de abandonarlo. La adquisición de esta rutina es vivenciada en algunos casos como algo agotador debido a la preocupación constante por no olvidar aquello que los mantiene sanos.

*“este medicamento se toma una vez al día y eso es de por vida entonces yo al menos decido tomarlo en la noche” (E1, L73)*

*“hay veces que se me olvida muy seguido la medicina y yo me preocupo porque hubo, hubo un momento en el que estuve una semana, 2 semanas sin tomármelas” (E6, L96)*

*“hay que andar con las pastillas, que aquí, que allá, que se me perdieron, porque soy, tengo una cabeza, pero horrible, entonces eemm, prefería mil veces tomármelo en la noche, llegar a la noche... y a las 10 de la noche yo me tomo mi tratamiento y listo” (E5, L246)*

#### La relación ambivalente con el fármaco

La relación que la persona establece con el fármaco aparece como un factor que puede favorecer o amenazar la adherencia al tratamiento antirretroviral. Dado que el fármaco representa un recurso para la mantención de la vida, y que el tratamiento requiere constancia y rigurosidad, la relación con este representa un desafío para los participantes. Los efectos secundarios del tratamiento farmacológico, así como la recuperación o mantención de la salud generan una reacción ambivalente frente al consumo de la “pastilla”, donde se cuestionan los beneficios versus los costos o consecuencias.

Por una parte, los efectos secundarios pueden generar un rechazo a los medicamentos que amenaza el fin último del tratamiento: la indetectabilidad. Los cambios o malestares corporales atribuidos a la terapia antirretroviral generan en algún sentido una visión negativa del tratamiento farmacológico.

*(...) “netamente, la guata, te sale una tremenda guata y yo le he probado así, onda te engorda o te infla” (E5, L74) “también tenía problemas, no sé, como del cuerpo, así como que... yo tenía amigos que tenían... y como que con las pastillas engordaban, entonces como yo no me hice nunca tratamiento, pero ahí pasaron como unos 3 años más o menos, en el que yo nunca me hice tratamiento” (E5, L332)*

*“me cuesta tomármelo, siento que me pesa mucho en la garganta porque a veces como que siento que me quedo a mitad de camino” (E6, 176)*

*“Me dio fiebre, malestar estomacal, me dio fuerte un virus, mira, sin decirte, mentira, que cuando comencé la primera semana con el tratamiento, estaba apenas los dos primeros contagiados con COVID, y yo llegué con los mismos síntomas de COVID (...) Sali negativo y él me dijo eso lo hace la triterapia” (E7, L21)*

Por otra parte, si la experiencia con el fármaco es positiva, la adherencia se ve favorecida. Más allá de la búsqueda de la indetectabilidad, como parte de la ingesta del fármaco antirretroviral, se manifiesta en los entrevistados la búsqueda de un mayor bienestar desde el inicio del tratamiento, donde se aprecia un enfoque positivo para lograr una mejor calidad de vida, que llama al mayor compromiso con el tratamiento.

*“hoy día ya casi 7 años y hasta ahora no, no, o sea, he tenido una buena recuperación, una buena calidad de vida hasta ahora así que no, eehh hago deporte, he hecho natación, trabajo” (E3, L184)*

*“Eehh cambió para bien, porque yo antes era muy, muy, muy loco, se podría decir, era también muy, muy inocente...aunque a veces todavía lo sigo siendo, pero a veces eehh también era, era eehh...hay se me fue la palabra eehh no era maduro, entonces en ese momento que yo estaba en la clínica, obviamente, me quería morir...y, y no me morí (ja)...y es, y es mentira eso de que uno ve una luz blanca al final del túnel, no, mentira” (E4, L222)*

*“Seguir viviendo. Seguir viviendo, seguir que a pesar de que, por negligencia mía, por descuido mío, por no tener la precaución, lo tengo. Pero seguir viviendo” (E7, L109)*

*“O sea, yo me tomo mi medicamento y sé que con los medicamentos me voy a sentir bien” (E2, L124)*

### El apoyo social percibido

Los relatos de los entrevistados dan cuenta de lo esencial que son los recursos de apoyo social para la adherencia y la continuidad del tratamiento, los cuales contribuyen a lograr mayor valoración en cuanto a la vida, manifestándose a través de la expresión de afectos positivos y la ayuda de ciertas personas en su entorno. A partir de los relatos de los participantes, se aprecia la necesidad de un apoyo proveniente de distintos ámbitos de la sociedad: el sistema de salud, las personas significativas y la comunidad.

### La respuesta del sistema de salud

En cuanto al sistema de salud, por una parte, este es visto por los participantes como un factor que favorece la adherencia y la continuidad del tratamiento. Además, se valora el acceso al tratamiento farmacológico y los controles de salud. No obstante, los relatos de los entrevistados también dan cuenta de la necesidad de acceso a un tratamiento integral.

Respecto a la relación médico-paciente, esta se torna fundamental para los entrevistados puesto que contribuye al afrontamiento emocional de su tratamiento para el VIH. Los participantes mencionan la importancia de poder generar un vínculo cercano con el médico tratante, que les transmita confianza y la información necesaria sobre su estado de salud y tratamiento.

*“reíamos, lloraba, yo, porque siempre para mí es fuerte igual ver a la doctora, a la infectóloga una vez al año y transmitirle esa inseguridad” (E1, L116)*

*“no cambió con la, con la pandemia, siempre ha sido la, la relación eehh en los términos que te decía cercana, cordial eehh claro eehh y eehh bastante preocupado el, el, el doc por, por el estado de salud del, del paciente y de explicarle cómo, en qué estado está, si está bien, si hay carga viral, si hay carga viral indetectable y el estado de salud en general” (E3, L222)*

No obstante, a veces la relación médico-paciente (ya sea con su médico/a, infectólogo/a, matrona o enfermero/a), se puede tornar algo rutinaria y poco cercana, tal como lo indica el siguiente entrevistado.

*“súper monótono, entonces prácticamente cero como cercanía con el paciente” (E6, L114)*

También se hace patente la necesidad de contar con más acceso a información sobre el VIH, el tratamiento y su estado de salud. La información referente al VIH juega un rol importante en la percepción del riesgo. Los participantes mencionan que aún existen muchas dudas y esto hace generar una sensación de inseguridad y temor.

*“Muy pobre la atención de San Fernando porque sólo te ve el médico y a veces tiene un ayudante, una secretaria, y a veces tiene una matrona que la ayuda en algo” (E2, L100)*

*“(…) no es tan sencillo vivir con VIH... “ah ya, me tomo una pastilla y chao”, sino que, a través del tiempo existe toda una construcción con respecto a este tema. Eso creo yo.” (E8, L128)*

Los relatos de los participantes dan cuenta de la necesidad de una atención de salud que vaya más allá de la terapia antirretroviral. En general, perciben que las atenciones de salud son breves, con escaso acceso a la información y con poco espacio para dialogar sobre su estado de salud en profundidad.

En este sentido, se aprecia que el foco de atención desde el sistema de salud está puesto en el tratamiento farmacológico, los controles médicos y los exámenes de salud. La intervención en los

sistemas de salud parece apuntar a la búsqueda de la indetectabilidad en las personas viviendo con VIH, desconociendo otras variables relevantes para un mejor abordaje, que tienen que ver con la actividad física, la nutrición, la salud mental, entre otros aspectos.

*“hay muchas personas que se suicidan, por lo mismo, porque no tienen el apoyo psicológico que necesitan” (E2, L286). “Al principio sí, en México tenía psicólogo y todas esas cosas, pero acá no...” (E2, L284)*

*“ahí pasamos a vereda de nadie, como a un terreno baldío porque prácticamente mi vida, desde que llegué aquí a Linares, es como ir a hacerme los exámenes, retirar mis pastillas” (E6, L86)*

Por otra parte, una vez recibido el diagnóstico de VIH e iniciado la terapia antirretroviral, muchos de los entrevistados ejemplifican cómo además de la medicación, empiezan a incorporar por su propia cuenta nuevos cuidados corporales, ya sea hábitos alimenticios y/o de actividad física, intentando lograr un estilo de vida más saludable, como complemento a la medicación. La preocupación por el cuidado personal también implica la búsqueda del bienestar emocional frente a su situación de salud y de vida.

*“Sí, sí en cambiar el estilo de vida, en dejar los hábitos como el cigarrillo, el alcohol (...), o sea cambié mi estilo de vida (...) hacer más ejercicio, que no lo hacía antes, ahora sí eehh... y disfrutar poh, o sea, como te decía recién, o sea, si el día está soleado, como está ahora, disfrutar esos espacios, o sea, si tengo la vida, o sea, tengo la salud eehh para disfrutar eso (...) mientras uno está bien y tiene a la familia, tiene el entorno que está contigo, o sea, hay que aprovecharlo” (E3, L186)*

*“Empecé como a involucrar un poco más mi salud corporal en el tratamiento, lo que es el cuidado de la piel, que de por sí, también eehh la medicina me generó cierta, ciertos inconvenientes con mi piel porque empecé a tener problemas de resequedad... me dijeron que ya no me quedan capas sebáceas, entonces prácticamente para mí el sol es mi peor enemigo... muchos cuidados en cuanto a hidratación del cuerpo que el agua, que la alimentación, que el ejercicio y un montón de otras cosas más” (E6, L110)*

Esta preocupación por el autocuidado es claramente beneficiosa para la salud, no obstante, surge principalmente desde la autogestión, como una respuesta a la falta de un tratamiento integral que incorporé otros aspectos además del tratamiento farmacológico. El autocuidado se lleva a cabo de forma espontánea, con poco apoyo o guía de otros profesionales de la salud que podrían intervenir, como nutricionistas, preparadores físicos, psicólogos/as, entre otros.

#### Los otros significativos: el ocultamiento y el estigma

Los entrevistados mencionan la importancia de la búsqueda de apoyo de personas significativas para afrontar su situación de salud y el tratamiento luego del diagnóstico de VIH. No obstante, sólo algunos refieren haber revelado su diagnóstico en su círculo más íntimo o familiar, encontrando a veces reacciones negativas y falta de apoyo por parte de sus familiares.

*“entonces siempre lo he hecho solo, todo solo, porque por ejemplo en mi familia, cuando yo me enteré del resultado, yo le conté a mi mamá, mi mamá lloró ya hijo, tienes que estar tranquilo... nunca se quiso inmiscuir, inmiscuir en el tema del VIH, nunca lo leyó, nunca le dio mucha relevancia, entonces ella lo tomaba como prácticamente una infección viral” (E6, L148)*

Otros participantes encontraron aceptación por parte de sus familias.

*“Yo con ella tuve una charla ese día como de tres horas más menos, para poder hacerla entender que esto (el VIH) no es algo grave tampoco, siempre y cuando yo me cuide, pero es una situación grave por otro lado. Por la falta de información, por muchas cosas. Mi mamá no tenía idea de qué se trataba esto, pero ahora es distinto, cuando hablo por teléfono, me dice, “te has tomado las pastillas?”, y yo: Sí, si me las he tomado, “Y cómo te ha ido en el control?, yo bien, me ha ido bien” (E8, L32)*

No obstante, la mayoría de los participantes en general ocultaban su diagnóstico en sus entornos sociales y sólo lo comentaban con algunos familiares y/o amigos más cercanos. El ocultamiento es representado por los participantes como la intención de mantener la privacidad, de ser reservado y de no hacer parte a su entorno de lo que implica el VIH, como por ejemplo el consumo de una medicación diaria.

*“Entonces yo nunca digo mi diagnóstico, siempre voy omitiendo y les contesto otra cosa. Porque está demás, digo yo” (E2, L208)*

*“Eemm...no me produce nada en lo absoluto, porque son cosas mías, entonces yo tengo que cuidar mi privacidad” (E4, L312)*

*“Mi diagnóstico, porque siempre he sido muy reservado con eso, o sea, no me gusta estar como a la vida gritándole lo que tengo... no quería que nadie más escuchara” (E6, L98)*

A veces la ingesta del fármaco la realizan a escondidas para evitar dar explicaciones.

*“Tengo que ir a la casa de pepito y me llevo mi pastilla envuelta en confort, en la mochila etcétera y después, cuando llegue la hora voy al baño” (E1, L280).*

El ocultamiento del diagnóstico de VIH aparece como una estrategia de evitación para protegerse del estigma asociado al VIH.

*“Y lo he, y lo he ocultado, lo he ocultado, sí lo he ocultado (el tratamiento) (...) Me da, me da lata, pero es más que nada por, porque la gente no está, o sea, dicen que la gente está preparada, pero yo encuentro que la gente, los chilenos, porque hablo de los chilenos acá, no, es muy cerrada la gente chilena, entonces siente que la enfermedad, poco menos te vai’ a morir” (E5, L486)*

*“a veces escucho a mis amigos hablar, a mis amigas hablar sobre no sé, las personas promiscuas y dicen, así como las sidosas, el sidoso, están hablando de los cochinos los sidosos, le van a pegar el sida y la wea” (E1 L305)*

*“Porque, porque la gente es muy prejuiciosa entonces se hacen idea al tiro que uno lo puede contagiar con sólo mirarlo y eso” (E4, L180)*

El estigma asociado al VIH puede afectar negativamente el bienestar psicológico y la salud mental de aquellos que lo vivencian. Este estigma se interioriza y se traduce en sentimientos de vergüenza, temor y soledad. Sentimientos que podrían afectar la adherencia al tratamiento. En este sentido, el entorno social es percibido como empobrecido por la mayoría de los participantes, como una experiencia falta de afecto, de sentirse sólo, de no poder compartir con su entorno más cercano aquello que más les afecta o les causa dolor emocional, generándose sentimientos de pena y angustia asociados a la seropositividad y el tratamiento.

*“Nadie. Solo lo sabe mi doctor, las personas que me vieron entrar al CDT, y tú” “Sí, y tendría que buscar una ayuda psicológica en el momento de enfrentar...” “Porque siento que me van a dar la espalda” “Sí, lo hago en mi cama, todas ellas (su familia) lo ven cuando lo estoy haciendo en mi pastillero. Ellas no saben qué es, y yo lo coloco en una parte donde lo oculto” (E7, L205, L207, L215, L235)*

Respecto a la comunidad, en general, los participantes señalan la necesidad de educar a la sociedad en su conjunto respecto al tema del VIH.

*“hablar de, de VIH eehh o sea, eso todavía es un, es un tabú poh, o sea, todavía es un tema que uno no lo puede abordar así eehh abiertamente con, con el entorno” (E3, L 150) “se quedan con lo, con los mitos y piensan que, si la persona tiene VIH, prácticamente es como que tiene lepra y la, y la separan” (E3, L154)*

*“Yo creo que hoy en día existe ese VIH social, que es como la discriminación, el estigma, y ese VIH yo creo que tiene cura, pero depende de cada uno de nosotros. De cómo nosotros estamos informados o cómo nosotros tratamos a esas personas también” (E8, L130)*

Todo lo anterior da cuenta de un afrontamiento mayormente solitario de la vivencia del VIH y su tratamiento y de la importancia que tiene considerar el apoyo social como un elemento que no solo favorece la adherencia al tratamiento sino también la salud mental de las personas que viven con VIH.

## Discusión y Conclusiones

El presente estudio tuvo como objetivo explorar la percepción de las personas viviendo con VIH en Chile sobre su adherencia al tratamiento en el contexto de la pandemia de COVID-19, desde un enfoque biopsicosocial y considerando la Teoría del Estrés Minoritario. Se entrevistaron hombres gais y bisexuales, viviendo con VIH, quienes manifestaron haber mantenido en general una buena adherencia al tratamiento farmacológico durante el periodo de la pandemia, la cual en alguna medida se vio reforzada con el fin de reducir los riesgos asociados a la enfermedad de COVID-19. Sólo en algunos casos hubo breves interrupciones en la entrega de fármacos o postergación de los controles de salud. No obstante, mantener una buena adherencia farmacológica representaba un desafío para los participantes, dadas las implicancias de la amenaza constante del VIH y la necesidad de mantener un tratamiento farmacológico de por vida. Además, los participantes encontraban pocos espacios para informarse o profundizar sobre su situación de salud y accedían a un tratamiento que estaba centrado principalmente en la administración de fármacos ARV, los controles médicos y los exámenes de salud física, lo cual se aleja de las propuestas de tratamiento integral para el VIH. El estudio también reveló que los participantes enfrentaban el tratamiento con escasas o nulas redes de apoyo, dado el ocultamiento del diagnóstico por el estigma asociado al VIH.

Los participantes del estudio señalaron que la adherencia al tratamiento farmacológico, en gran medida, no se vio afectada durante el periodo de la pandemia, lo cual es similar a los resultados del estudio realizado por Ballivian et al. (2020a) en Argentina en personas viviendo con VIH, quienes encontraron que, a pesar de los periodos de cuarentena, los participantes continuaron manteniéndose adherentes a la terapia antirretroviral. No obstante, Ballivian et al. señalan que la pandemia afectó a los individuos en múltiples niveles (salud, economía, acceso a educación, y trabajo) representando de igual manera una fuente de estrés con implicancias para la salud mental, aunque las estrategias de afrontamiento como la resiliencia mitigaron el estrés. Si bien en el presente estudio no se apreció el impacto de la pandemia en otros niveles, como los señalados en el estudio de Ballivian et al., esto podría ser explorado posteriormente en el contexto chileno.

Por otro lado, los participantes del presente estudio mencionaron pocas dificultades relacionadas con el acceso a fármacos antirretrovirales en el contexto de la pandemia de la COVID-

19. Sólo algunos participantes reportaron dificultad para acceder al retiro de fármacos durante los períodos de cuarentena. En algunas ocasiones, el tratamiento farmacológico se vio interrumpido por pocos días dado el retraso en la entrega de fármacos producto de dificultades de los servicios de salud a causa de la situación de pandemia y emergencia sanitaria. Ante esta situación, algunos participantes redistribuyeron las dosis disponibles durante los días de espera, otros suspendieron la ingesta de fármacos por algunos días, y sólo uno reportó tener dosis de reserva. No obstante, ninguno de los participantes reportó haber tenido bajas en sus defensas durante sus evaluaciones de salud en el contexto de la pandemia.

La postergación de los controles o exámenes de salud que enfrentaron algunos participantes de este estudio provocó una sensación de incertidumbre respecto a su estado de salud y la mantención de la indetectabilidad, lo cual es concordante con lo señalado en el estudio de la Fundación Chile Positivo (2021), en el cual se encontró que la postergación de los controles o exámenes de salud, así como la cancelación o falta de horas disponibles, aumentaban la ansiedad de los participantes sobre su estado serológico. La sensación de incertidumbre en los participantes del presente estudio también se vio reforzada por el escaso acceso a información sobre su situación de salud y los pocos espacios de diálogo sobre la vivencia del VIH y las implicancias del tratamiento. Los participantes estaban preocupados sobre la mantención de la efectividad del tratamiento y una eventual baja en sus defensas durante el tiempo de espera para una nueva evaluación médica, que en algunos casos fue de uno o dos años.

Los desafíos para mantener una buena adherencia al tratamiento farmacológico, en los participantes de este estudio, no sólo se relacionaban con las barreras propias de la situación de pandemia, sino que también con el estrés asociado a la amenaza constante del VIH para su salud inmunológica y la necesidad de mantener un tratamiento farmacológico de por vida. En este sentido, los resultados del estudio indican que los participantes se mantenían adheridos al tratamiento farmacológico principalmente por temor a una progresión del VIH (el riesgo de una baja en las defensas y un aumento de la carga viral). El VIH era percibido por los participantes como una amenaza constante a la cual ellos debían hacer frente para mantener y/o restablecer su estado de salud. En este contexto, el fármaco no sólo actuaba como un modulador de la respuesta inmunológica, sino que a su vez representaba un recurso para el afrontamiento psicológico frente a la situación de amenaza crónica. Tal como señalan Nabais y Ouakinin (2021), la cronicidad del VIH provoca reacciones de estrés intensas y duraderas que de no ser abordadas de manera inmediata pueden derivar en comportamientos de riesgo y el abandono del tratamiento. Por este motivo, las intervenciones psicológicas deben apuntar a la regulación del distrés emocional y fortalecer la capacidad de adaptación a la situación de salud en las personas que viven con VIH.

El presente estudio también reveló que, a pesar de la confianza en el tratamiento farmacológico y sus efectos positivos en la reducción de la carga viral (a niveles indetectables), los participantes manifestaron sentir temor constante dada la amenaza para la vida que representa el VIH. Estos manifestaron también, tener miedo a que el tratamiento farmacológico pudiera dejar de ser efectivo, y eran conscientes de que el abandono del tratamiento farmacológico podría repercutir en un avance del VIH, conduciéndolos eventualmente a la muerte. Estudios previos sobre el VIH señalan que, dada la alta tasa de mortalidad a causa del SIDA, durante la década de los 80, las personas con VIH tenían mayor temor a morir a causa del virus (Weitz, 1989). No obstante, a pesar del aumento de la eficacia de los fármacos ARV y el aumento de la esperanza de vida de las personas viviendo con VIH (KFF, 2021), el temor a morir parece persistir, según los resultados de este estudio y otros estudios chilenos previos (Belmar & Stuardo, 2017; Farago et al., 2018). De manera similar, un estudio reciente realizado por la Fundación Savia (2021), acerca de la adherencia al tratamiento farmacológico, mostró que los participantes retomaban el tratamiento farmacológico, luego de períodos de suspensión, con

el fin de evitar morir, dada la presencia de malestares físicos y los resultados de exámenes médicos con índices “anormales” como consecuencia de la interrupción del tratamiento ARV. Es decir, el temor a morir parece ser una amenaza constante en personas que viven con VIH, a pesar del acceso a terapias farmacológicas más modernas y eficaces.

En este contexto, era esperable que los participantes reportaran mantener una buena adherencia al tratamiento farmacológico, sobre todo en el contexto de la pandemia de la COVID19, la cual representaba, y representa aún, un riesgo importante para la salud. Los participantes eran conscientes que la interrupción del tratamiento antirretroviral podría repercutir en una baja las defensas del organismo, lo cual podría implicar un mayor riesgo para la COVID-19. De hecho, durante el inicio de la pandemia, los participantes recibieron indicaciones respecto a los mayores cuidados que debían tener en el contexto de la pandemia y en algunos casos valoraron la dispensa de fármacos cada dos meses, o la no concurrencia al centro de salud, como una estrategia de protección. Respecto a lo anterior, es importante señalar que estudios recientes han confirmado que las personas viviendo con VIH están en mayor riesgo de enfermedad COVID-19 severa, de ingreso hospitalario y mortalidad (Barbera et al., 2021; Danwang et al., 2022; Ssentongo et al., 2021), incluso con un tratamiento de VIH bien controlado (Barbera et al., 2021), lo cual podría tener repercusiones en la percepción de riesgo frente al COVID-19 por parte de personas viviendo con VIH, una temática que podría ser explorada en futuros estudios.

Además de la amenaza constante que representa el virus para la vida, el tratamiento farmacológico requiere de constancia y rigurosidad, lo cual implica que los participantes debían hacer importantes esfuerzos para mantener una buena adherencia. No obstante, algunos participantes señalaron estar cansados de seguir un tratamiento farmacológico de por vida. Si a esto se suma el rechazo asociado al tratamiento farmacológico, dados los efectos secundarios como las molestias o cambios corporales, el escenario se vuelve aún más complejo. De hecho, en algunos participantes, el cansancio asociado al tratamiento farmacológico derivó en problemas de ansiedad y depresión, incluso con presencia de ideaciones suicidas o ideas de abandonar el tratamiento. Respecto a lo anterior, la literatura es consistente en señalar que la prevalencia de problemas psiquiátricos y psicológicos en personas viviendo con VIH es sustancialmente mayor que en la población general. Quienes viven con VIH tienen el doble de probabilidad de ser diagnosticados con depresión. Además, los problemas psicológicos complican los cuidados y el manejo clínico y reducen la tasa de adherencia a la terapia antirretroviral. A su vez, las intervenciones psicológicas pueden marcar una diferencia considerable en la salud y el bienestar a largo plazo de una persona que vive con VIH (BPS et al., 2011).

Según los relatos de los participantes, el foco del tratamiento para el VIH al que accedían estaba puesto en la terapia farmacológica, los controles médicos y los exámenes de salud. Pocos participantes accedieron a orientaciones respecto al autocuidado en otros aspectos, como la actividad física o la nutrición. Además, sólo algunos recibieron algún tipo de apoyo psicológico durante el tratamiento del VIH. De acuerdo con Nabais y Ouakinin (2021), los tratamientos para el VIH, además de buscar la estabilización inmunitaria, deben potenciar los recursos individuales como el manejo de las expectativas y la modulación del estrés asociado, así como la regulación psicoemocional de la situación clínica de quien vive con VIH, la cual es crónica. Del mismo modo, la Fundación Savia (2021) remarca la necesidad de acceder a un tratamiento integral que tenga en cuenta los aspectos psicosociales del tratamiento en forma complementaria a la terapia farmacológica.

Finalmente, el temor al estigma y la discriminación que enfrentaban los participantes de este estudio derivaba en estrategias para el ocultamiento de la seropositividad. Algunos participantes evitaban develar su diagnóstico en sus entornos sociales e incluso en su círculo más íntimo o familiar. La Teoría del Estrés Minoritario señala que el ocultamiento, las expectativas de rechazo, el estigma internalizado, implican procesos de estrés minoritario que afectan negativamente la salud física y

mental. El estigma internalizado a causa del VIH parece aumentar los síntomas de depresión y ansiedad (Rendina et al., 2017; Tao et al., 2017), y reducir los niveles de bienestar emocional (Cramer et al., 2017). En contraste, la literatura informa que develar el diagnóstico de VIH permite acceder a apoyo social, adherir a tratamiento antirretroviral, facilitar el compromiso a éste, aun cuando la ansiedad que provoca la develación a otros es común (Evangelí & Wroe, 2017). Además, la familia es un importante factor protector para la salud mental y el ajuste psicológico de las personas que viven con VIH (Pérez y Aguilera, 2017). Por este motivo, intervenciones orientadas a fortalecer las redes de apoyo y reducir la auto-estigmatización resultan primordiales en el tratamiento.

## Referencias

- Arenas, L., Durán, J., Dides, C., & Fernández, C. (2016). Capítulo I: Educación Sexual. En C. Dides & C. Fernández, (Eds.), *Primer Informe. Salud sexual, salud reproductiva y derechos humanos en Chile: estado de la situación 2016* (pp. 15-37). Corporación MILES.
- Ballivian, J., Alcaide, M. L., Cecchini, D., Jones, D. L., Abbamonte, J. M., & Casseti, I. (2020a). Impact of COVID-19-Related Stress and Lockdown on Mental Health Among People Living with HIV in Argentina. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 85(4), 475-482. <https://doi.org/10.1097/QAI.0000000000002493>
- Ballivian, J., Cecchini, D., Alcaide, M. L., Abbamonte, J., Jones, D., & Casseti, I. (2020b). Impacto de la pandemia de COVID-19 y la cuarentena en hombres que tienen sexo con hombres viviendo con VIH en Argentina. *Actualizaciones en Sida e Infectología*. <https://doi.org/10.52226/revista.v28i104.70>
- Barbera, L. K., Kamis, K. F., Rowan, S. E., Davis, A. J., Shehata, S., Carlson, J. J., Johnson, S. C., & Erlandson, K. M. (2021). HIV and COVID-19: Review of clinical course and outcomes. *HIV Research & Clinical Practice*, 22(4), 102-118. <https://doi.org/10.1080/25787489.2021.1975608>
- Belmar, J., & Stuardo, V. (2017). Adherencia al tratamiento anti-retroviral para el VIH/SIDA en mujeres: Una mirada socio-cultural. *Revista chilena de infectología*, 34(4), 352-358. <https://doi.org/10.4067/s0716-10182017000400352>
- Bermúdez, V., Bran, L., Palacios, L., & Posada, I. C. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud pública de México* 57(3), 252-259.
- British Psychological Society, British HIV Association & Medical Foundation for AIDS & Sexual Health (2011). Standards for psychological support for adults living with HIV. MedFASH.
- Burgess, D., Lee, R., Tran, A. & van Ryn, M. (2008). Effects of perceived discrimination on mental health and mental health services utilization among gay, lesbian, bisexual and transgender persons. *Journal of LGBT Health Research*, 3(4), 1-14. <https://doi.org/10.1080/15574090802226626>
- Cáceres-Burton, K. (2019). Informe: Situación epidemiológica de las infecciones de transmisión sexual en Chile, 2017. *Revista chilena de infectología*, 36(2), 221-233. <https://doi.org/10.4067/S0716-10182019000200221>
- Charmaz, K. (2006). *Constructing grounded theory: a practical guide through qualitative analysis*. Sage Publications.
- Cramer, R. J., Burks, A. C., Plöderl, M., & Durgampudi, P. (2017). Minority stress model components and affective well-being in a sample of sexual orientation minority adults living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 29(12), 1517-1523. <https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1327650>
- Danwang, C., Noubiap, J. J., Robert, A., & Yombi, J. C. (2022). Outcomes of patients with HIV and COVID-19 co-infection: A systematic review and meta-analysis. *AIDS Research and Therapy*, 19:3. <https://doi.org/10.1186/s12981-021-00427-y>
- Deichert NT., Fekete EM., Boarts JM, Druley JA & Delahanty DL. (2008). Emotional support and affect: Associations with health behaviors and active coping efforts in men living with HIV. *AIDS and Behavior*, 12, 139-145. <https://doi.org/10.1007/s10461-007-9214-y>
- Evangelí, M., & Wroe, A. L. (2017). HIV disclosure anxiety: A systematic review and theoretical synthesis. *AIDS and Behavior*, 21(1), 1-11. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1453-3>

- Farago, D., Triantafilo, J., Martí, M., Perry, N., Quiñones, P., & Silvestre, C. D. (2018). VIH/SIDA: Definición, significados y vivencias. *Revista Chilena de Salud Pública*, 22(1), 21-30. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2018.51017>
- Fundación Chile Positivo (2021). *Efectos de la pandemia del COVID-19 sobre las vidas de jóvenes viviendo con VIH en América Latina Fundación Chile Positivo 2021*. Informe de resultados.
- Fundación Savia (2021). *Razones y motivaciones que han llevado a las personas a dejar y retomar su tratamiento*. Observatorio de Políticas Públicas de VIH/SIDA desde la perspectiva de los Derechos Humanos.
- Gordillo, V., Fekete, E. M., Platteau, T., Antoni, M. H., Schneiderman, N. & Nöstlinger, C. (2009). Emotional support and gender in people living with HIV: effects on psychological well-being. *Journal of Behavioral Medicine*, 32, 523-531. <https://doi.org/10.1007/s10865-009-9222-7>
- Instituto de Salud Pública (2021, julio 9). *Vigilancia VIH – SIDA*. <https://www.ispch.cl/biomedico/vigilancia-de-laboratorio/ambitos-de-vigilancia/vigilancia-vih sida/>
- KKF (2021). *The HIV/AIDS Epidemic in the United States: The Basics*. Kkf.org. <https://www.kff.org/hivaids/fact-sheet/the-hivaids-epidemic-in-the-united-states-the-basics/>
- Meyer, I. H. (2003). Prejudice, social stress, and mental health in lesbian, gay, and bisexual populations: Conceptual issues and research evidence. *Psychological Bulletin*, 129(5), 674-697. <https://doi.org/10.1037/0033-2909.129.5.674>
- Meyer, I. H., & Dean, L. (1998). Internalized homophobia, intimacy, and sexual behavior among gay and bisexual men. En G. M. Herek (Ed.), *Stigma and sexual orientation: Understanding prejudice against lesbians, gay men, and bisexuals* (pp. 160–186). Sage Publications.
- Nabais, I. & Ouakinin, S. (2021). Alterações neurocognitivas. En F. Antunes y F. Maltez (Eds.), *Manual sobre SIDA 6ª Edição* (pp. 137-144). Permanyer Portugal.
- Organización Mundial de la Salud. (2004). *Adherencia a los tratamientos de largo plazo: Pruebas para la acción*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/41182>
- Organización Mundial de la Salud. (2021, 9 de julio). *VIH/sida. Datos y cifras*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/hiv-aids>
- ONUSIDA. (2018). *Indetectable=Intransmisible. La salud pública y la supresión de la carga vírica del VIH*. <https://www.unaids.org/es/resources/presscentre/featurestories/2018/july/undetectable-untransmittable>
- ONUSIDA. (2020). *Enfermedad por coronavirus (COVID-19) y VIH: asuntos y acciones clave*. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51946>
- ONUSIDA. (2021, 9 de julio). *Chile 2019. Estimación de VIH y SIDA*. <https://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/chile>
- Pérez, V. & Aguilera, A. (2017). Influencia social y familiar en el comportamiento del paciente con VIH/SIDA ante su diagnóstico y su manejo. *Revista del Hospital Juárez de México*, 71(1), 29-35.
- Pérez-Ceballos, A. I. (2020). La protección de los Derechos Sexuales y Reproductivos en tiempos de Covid-19. *Anuario de Derechos Humanos*, 16(2), 437-458. <https://doi.org/10.5354/0718-2279.2020.59190>
- Rendina, H. J., Gamarel, K. E., Pachankis, J. E., Ventuneac, A., Grov, C., & Parsons, J. T. (2017). Extending the Minority Stress Model to Incorporate HIV-Positive Gay and Bisexual Men's Experiences: A Longitudinal Examination of Mental Health and Sexual Risk Behavior. *Annals of Behavioral Medicine*, 51(2), 147-158. <https://doi.org/10.1007/s12160-016-9822-8>
- Said, C. (2020, 25 de junio). Pacientes con VIH y Ministerio de Salud se enfrentan en tribunales por la entrega trimestral de medicamentos. *La Tercera*. <https://www.latercera.com/nacional/noticia/pacientes-con-vih-y-ministerio-de-salud-seenfrentan-en-tribunales-por-la-entrega-trimestral-demedicamentos/KSIUBSF6BFCT5CH2OLAY56AEKY/>

- Silva, G. E., Galeano, E., & Correa, J. O. (2005). Adherencia al tratamiento. Implicaciones de la noadherencia. *Acta Médica Colombiana*, 30(4), 268-273. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=163113820004>
- Ssentongo, P., Heilbrunn, E. S., Ssentongo, A. E., Advani, S., Chinchilli, V. M., Nunez, J. J., & Du, P. (2021). Epidemiology and outcomes of COVID-19 in HIV-infected individuals: A systematic review and meta-analysis. *Scientific Reports*, 11(1), 6283. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-85359-3>
- Tao, J., Wang, L., Kipp, A. M., Qian, H. Z., Yin, L., Ruan, Y. & Vermund, S. H. (2017). Relationship of stigma and depression among newly HIV-diagnosed Chinese men who have sex with men. *AIDS and Behavior*, 21(1), 292-299. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1477-8>
- Taylor, S. E. (2012). *Health psychology*. McGraw-Hill.
- Vargas, I. (2012). La entrevista en la investigación cualitativa: nuevas tendencias y retos. *Revista Calidad en la Educación Superior*, 3(1), 119-39.
- Weitz, R. (1989). Uncertainty and the Lives of Persons with AIDS. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(3), 270-281. <https://doi.org/10.2307/2136960>