

Jóvenes que viven con VIH: Percepciones sobre el seguimiento en salud a la luz de los conceptos de vulnerabilidades

Jovens vivendo com HIV: Percepções sobre o acompanhamento em saúde à luz dos conceitos de vulnerabilidades

Young people living with HIV: perceptions of healthcare follow-up in light of vulnerability concepts

Beatriz Sousa da Fonseca^I ; Thamires Fernandes Cardoso da Silva Rodrigues^I ; Guilherme Malaquias Silva^I ;
Liane Alves de Sá^I ; Camila Moraes Garollo Piran^I ; Rosangela Aparecida Pimenta^{II} ;
Marcela Demitto Furtado^I ; Maria de Fátima Garcia Lopes Merino^I 

^IUniversidade Estadual de Maringá. Maringá, PR, Brasil; ^{II}Universidade Estadual de Londrina. Londrina, PR, Brasil

RESUMEN

Objetivo: analizar la percepción de los jóvenes con VIH respecto al seguimiento en salud que reciben. **Método:** estudio cualitativo, basado en los Conceptos de Vulnerabilidades, desarrollado con 16 jóvenes de 20 a 24 años, en seguimiento periódico en un servicio de salud especializado. La recolección de datos se llevó a cabo entre mayo y octubre de 2022, por medio de entrevistas en profundidad y posterior análisis léxico con el apoyo del software IRaMuTeQ®. El Comité de Ética aprobó el protocolo de investigación. **Resultados:** los resultados ponen de manifiesto realidades complejas percibidas por jóvenes que viven con VIH, marcadas por vulnerabilidades y estigmatización, destacando el papel de los servicios de salud y de las redes de apoyo como esenciales para enfrentar su condición, desde el diagnóstico y la acogida hasta el seguimiento continuo. **Consideraciones finales:** la persistencia de la discriminación refuerza la necesidad de la educación en salud como medio de promoción de la salud, autocuidado y prevención.

Descriptores: Servicios de Salud; Continuidad de la Atención al Paciente; Vulnerabilidad en Salud; VIH; Adulto Joven.

RESUMO

Objetivo: compreender a percepção dos jovens que vivem com HIV sobre o acompanhamento em saúde. **Método:** estudo qualitativo, ancorado nos Conceitos de Vulnerabilidades, desenvolvido com 16 jovens entre 20 e 24 anos, acompanhados periodicamente em serviço de saúde especializado. A coleta de dados ocorreu no período de maio a outubro de 2022, por meio de entrevista em profundidade e posterior análise lexical com auxílio do software IRaMuTeQ®. Protocolo de pesquisa aprovado por Comitê de Ética. **Resultados:** os resultados trazem à luz realidades complexas percebidas por jovens vivendo com HIV, marcadas por vulnerabilidades e estigmatização, destacando o papel dos serviços de saúde e das redes de apoio como essenciais para o enfrentamento da sua condição, desde o diagnóstico, acolhimento até o acompanhamento continuado. **Considerações finais:** a persistência da discriminação reforça a necessidade de educação em saúde como meio de promoção da saúde, autocuidado e prevenção.

Descriptores: Serviços de Saúde; Continuidade da Assistência ao Paciente; Vulnerabilidade em Saúde; HIV; Adulto Jovem.

ABSTRACT

Objective: to understand the perceptions of young people living with HIV regarding healthcare follow-up. **Method:** a qualitative study grounded in the Concepts of Vulnerability, conducted with 16 young people aged 20 to 24 years who were periodically followed in a specialized health service. Data collection took place between May and October 2022 through in-depth interviews, followed by lexical analysis using the IRaMuTeQ® software. The research protocol was approved by an Ethics Committee. **Results:** the findings shed light on the complex realities experienced by young people living with HIV, marked by vulnerabilities and stigmatization. They highlight the essential role of health services and support networks in coping with their condition—from diagnosis and initial support to continuous follow-up. **Final considerations:** the persistence of discrimination reinforces the need for health education as a means to promote health, self-care, and prevention.

Descriptors: Health Services; Continuidade da Assistência ao Paciente; Health Vulnerability; HIV; Young Adult.

INTRODUCCIÓN

Tras cuatro décadas del descubrimiento del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH), causante del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (Sida), la enfermedad aún se configura como pandémica, de carácter inestable y dinámico, revelando constantes transformaciones en su perfil epidemiológico y perpetuándose como un gran desafío para las organizaciones de salud a nivel mundial¹.

Este estudio fue financiado en parte por la Coordenación de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamiento 001. Autora correspondiente: Beatriz Sousa da Fonseca. E-mail: beatriz.sousa.fonseca@hotmail.com

Editora Jefe: Cristine Helena Gallasch; Editor Asociado: Antonio Marcos Tosoli Gomes



En el mundo, datos de 2023 señalan que 39,9 millones de personas viven con el VIH². En Brasil, desde el surgimiento del virus, se han notificado 1.165.599 casos de Sida, con un promedio de 36,4 mil nuevos casos por año³. Aunque se pueda observar una discreta tendencia a la disminución en los casos de infección por el VIH a lo largo de los años, el público joven, considerado un grupo vulnerable, se mantiene entre los más afectados: individuos entre 15 y 24 años representando el 23,2% de los casos⁴.

Se percibe que la exposición a riesgos es reconocidamente una característica de los jóvenes en general y, debido a ello, surge la necesidad de una mirada dirigida a sus vulnerabilidades en todas las dimensiones, ya sean educativas, políticas, económicas, sociales, culturales, ambientales o de salud⁵ y, en lo que respecta a las Personas que Viven con VIH (PVVIH), todas las dimensiones deben ser consideradas. En esta perspectiva, el monitoreo clínico de estas personas es una estrategia fundamental para el seguimiento en salud y para la mejora en el acceso al tratamiento⁶.

De esta forma, en el ámbito nacional, el Ministerio de Salud, por medio del Sistema Único de Salud (SUS), promueve el diagnóstico y el tratamiento seguro y gratuito, incluyendo pruebas rápidas en unidades básicas de salud (UBS) y Centros de Testeo (CTA), y también ofrece métodos de prevención como preservativos, Profilaxis Preexposición (PrEP) y Profilaxis Post exposición (PEP). En cuanto a las personas ya diagnosticadas, el SUS proporciona tratamiento mediante el seguimiento clínico y medicamentos antirretrovirales (ARV) con la intención de controlar la infección y garantizar la mejora de la calidad de vida de las PVV⁷.

Aunque la continuidad del tratamiento sea la forma de supervivencia y de mantenimiento de la calidad de vida para los individuos con VIH, después del diagnóstico algunas cuestiones influyen en este seguimiento del cuidado, como la no aceptación de la enfermedad, el bajo nivel educativo, el miedo a la discriminación y la insatisfacción con los servicios de salud, lo que puede influir en la decisión del joven de continuar o no con el tratamiento⁶.

Por lo tanto, la condición de las PVVIH puede analizarse a través de los tres planos analíticos de la vulnerabilidad, conceptos propuestos a partir de la propuesta de Mann y Tarantola de 1996, que constituyó el referencial teórico individual, social y programático⁸⁻⁹. El primero se refiere a las acciones propias del sujeto, comprendiendo sus manifestaciones conductuales y actitudinales, las cuales están influenciadas por su nivel de conciencia. La vulnerabilidad social abarca todo el contexto en el que se inserta el individuo, ya sea histórico, político o económico, con acceso a los medios de salud, cultura, servicios e informaciones. Finalmente, la vulnerabilidad programática alude a las estrategias llevadas a cabo por el poder público y privado, con el fomento de acciones efectivas y la provisión de financiamiento¹⁰.

La vulnerabilidad del joven con VIH en Brasil se caracteriza por abarcar una multiplicidad de factores y significados que denotan fragilidades inherentes a la condición humana, originadas en desigualdades, injusticias y opresiones. La reflexión sobre la vulnerabilidad como factor de exposición de las personas al proceso de enfermar refuerza la necesidad de considerar el conjunto de elementos individuales, sociales y programáticos, así como la provisión de recursos protectores ante situaciones de riesgo¹¹.

En este contexto de vulnerabilidad, se destaca la importancia de la creación de políticas públicas de salud para el tratamiento y la prevención del VIH/Sida. Históricamente, Brasil se ha destacado como uno de los países pioneros en la elaboración de políticas públicas orientadas a la salud, sin embargo, la vulnerabilidad de los individuos que buscan los servicios y el seguimiento en salud aún persiste¹².

Desde el surgimiento de la epidemia de VIH/Sida en la década de 1980, Brasil se destacó en la respuesta a la enfermedad mediante políticas públicas alineadas a las recomendaciones de la OMS, garantizando el acceso gratuito a medicamentos antirretrovirales y promoviendo campañas de prevención. A pesar de estos avances, persisten desafíos en la práctica asistencial, como las desigualdades en el acceso a los servicios de salud y la falta de profesionales capacitados¹². La falta de adherencia al tratamiento sigue siendo un problema de salud pública, influenciada por la descentralización del seguimiento y por barreras socioculturales¹³.

De esta forma, el estigma asociado al VIH, arraigado en la historia de la enfermedad, continúa afectando las relaciones comunitarias y la actuación de los profesionales de salud. Estudios evidencian que el estigma y la discriminación persisten en el día a día de usuarios y profesionales, especialmente en la realización de pruebas rápidas en la atención primaria, generando inseguridades sobre ética, confidencialidad y respeto a los derechos de acceso a la salud¹⁴. Esta situación de desconfianza puede alejar a las PVV de los servicios de salud¹³.

Teniendo en cuenta lo anterior, es necesario reflexionar sobre el proceso que involucra el seguimiento ambulatorio de los jóvenes que viven con el VIH, a partir de sus experiencias con los servicios de salud. De este modo, dado el aumento significativo de los casos en la población juvenil, conocer la percepción de este grupo sobre su seguimiento sanitario, sus vulnerabilidades y sus necesidades de cuidado puede contribuir a crear medidas de protección para este colectivo, además de fomentar nuevas investigaciones sobre el tema como parte de la estrategia de cuidado a esta población.

Por lo tanto, el presente estudio tiene como objetivo comprender la percepción de los jóvenes que viven con VIH respecto al seguimiento en salud.

MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo, de naturaleza descriptiva, basado en los enfoques conceptuales de vulnerabilidades propuestos por Ayres en 2014¹. La investigación cualitativa permite al investigador resaltar la naturaleza socialmente construida de la realidad y comprender cómo se crea la experiencia social y adquiere significado para las personas¹⁵. Se destaca que el estudio fue reportado según las recomendaciones del *Consolidated Criteria for Reporting Qualitative Research* (COREQ)¹⁶.

El estudio se llevó a cabo en un ambulatorio de referencia en la atención a personas con Infecciones de Transmisión Sexual (ITS), como VIH/Sida, hepatitis, entre otras, que brinda servicio a una región sanitaria a la cual están vinculados 30 municipios. Este servicio, de libre demanda, permite que los usuarios acudan directamente a la unidad sin necesidad de derivación previa. La atención se realiza de manera multidisciplinaria, involucrando profesionales de medicina, enfermería, farmacia, psicología, trabajo social y otras áreas, en un enfoque integral y continuo de la salud de los pacientes. Las acciones desarrolladas incluyen diagnóstico, seguimiento clínico y laboratorial, dispensación de medicamentos antirretrovirales, consejería y apoyo psicosocial, así como actividades educativas y de prevención, garantizando un soporte amplio y calificado a la población atendida.

Se adoptó un muestreo por conveniencia en el cual los posibles participantes fueron contactados personalmente después de sus consultas médicas y de enfermería. El estudio incluyó a 16 jóvenes, con edades entre 20 y 24 años, con diagnóstico de VIH confirmado por laboratorio, que asistían al servicio ambulatorio desde hacía por lo menos tres meses. Este período mínimo se estableció para asegurar que los participantes ya hubieran establecido un vínculo inicial con el equipo multiprofesional y pasado por, al menos, una consulta médica y una de enfermería, garantizando una experiencia inicial del seguimiento clínico y terapéutico. El criterio de exclusión comprendió a los individuos con algún déficit mental, registrado en la historia clínica, que pudiera impedir su participación en la entrevista.

La recolección de datos ocurrió entre los meses de mayo y octubre de 2022, mediante un formulario de caracterización de los participantes, que contenía cuestiones socioeconómicas (edad, raza/color, género, orientación sexual, estado civil, escolaridad, profesión, ingresos, vivienda, composición familiar), y por entrevistas en profundidad, para explorar el proceso de seguimiento ambulatorio de las PVV, guiadas por la siguiente pregunta disparadora: Considerando su diagnóstico de VIH y los cuidados necesarios para su salud, ¿cómo percibe su seguimiento en el servicio de salud especializado? A partir de este planteamiento, las preguntas posteriores se dirigieron a investigar la atención en salud en su conjunto, así como en otros servicios asistenciales. Para ello, se elaboró un guion de entrevista flexible, construido para responder al objetivo y explorar otros temas relacionados con el VIH que surgieran durante la entrevista.

Para investigar los contextos de vulnerabilidad de los jóvenes, se adoptó el modelo de vulnerabilidad de Ayres. Este modelo capta la complejidad y la dinámica de los contextos, proporcionando una visión detallada de las interacciones desde una perspectiva limitada y en constante cambio. El esquema facilita el análisis de cómo los factores individuales, sociales y programáticos se interrelacionan e influyen en la susceptibilidad al VIH. Aunque ofrece una visión amplia, no busca una comprensión total de los contextos, evitando la generalización de los sujetos y permitiendo obtener una visión más profunda de los desafíos que enfrentan los jóvenes¹⁰.

El procedimiento de recolección de datos se llevó a cabo en una sala privada, un espacio tranquilo, libre de ruidos y del tránsito de personas, con el objetivo de favorecer la reflexión del participante y su comodidad. El tamaño del muestreo se basó en la repetición de la información: cuando surgían temas nuevos en los discursos, estos eran introducidos en las entrevistas de otros participantes, continuando la recolección hasta el momento en que no se identificaron nuevos contenidos. Las declaraciones fueron grabadas en un medio digital, con una duración media de 40 minutos, y posteriormente transcritas íntegramente utilizando *Microsoft Word*[®].

El equipo de investigación estuvo integrado por enfermeras, con título de doctorado o en proceso de obtención de maestría, y con experiencia en esta área del conocimiento. Las entrevistas fueron transcritas por la investigadora principal, y el material quedó a disposición de los participantes, aunque ningún solicitó revisarlo. Con el fin de preservar la identidad de los sujetos, se adoptó un código de identificación compuesto por la letra "J" (de joven) seguida del número de orden de ingreso al estudio (por ejemplo: J01, J16).

Para la operacionalización de los datos, se utilizó el software IRaMuTeQ[®] 0.7 ALFA 2.3.3.1 (acrónimo de *R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires*)¹⁷⁻¹⁹. Inicialmente, se elaboró un corpus textual a partir de las entrevistas, en un archivo único del bloc de notas (.txt con codificación UTF-8 – all languages), el cual fue sometido a revisión y formateo de los textos, uniformización de siglas y corrección de muletillas sin alterar su contenido.

Los datos fueron sometidos a un análisis de Clasificación Jerárquica Descendente (CHD), mediante el cual los segmentos de texto se clasificaron desde sucesivas divisiones del material, conforme a la asociación entre vocablos similares. Posteriormente, estos segmentos fueron procesados en función de la frecuencia y de la prueba de Chi-cuadrado, lo que permitió la formación de clases iniciales²⁰. De este modo, se utilizó la prueba de Chi-cuadrado (χ^2), que facilita visualizar las asociaciones entre los vocablos y las clases generadas, proporcionando una representación gráfica por medio de un

dendrograma. Se consideraron significativas aquellas asociaciones cuyos valores en la prueba de chi-cuadrado fueron superiores a 3,84 ($p<0,0001$)¹⁹.

Así, se dimensionó el corpus en 94 segmentos de texto, de los cuales se clasificaron 68 segmentos, con la ocurrencia de 4.084 palabras (cada uno equivale aproximadamente a 3,25 líneas). El procesamiento de los datos se realizó en 12 segundos, obteniendo un buen índice de aprovechamiento. Se recomienda que, para un buen rendimiento de los segmentos de texto, el índice mínimo sea del 75%, representando homogeneidad del corpus²⁰.

Para la construcción de las clases definitivas, se asoció el procesamiento de datos realizado por IRaMuTeQ® con el análisis temático²¹. De este modo, la denominación de las clases se realizó a partir de la síntesis de las expresiones que obtuvieron mejor representatividad, emergiendo dos ejes y cinco clases.

Se aseguró el rigor del estudio mediante los criterios de evaluación de credibilidad, transferibilidad, confiabilidad y conformidad. Antes de la recolección de los datos, se aclararon los objetivos del estudio, el tipo de participación y el tiempo medio de duración.

Se incluyó a los participantes en el estudio tras la firma del Término de Consentimiento Libre y Informado (TCLI), el cual contiene la identificación del equipo investigador, los objetivos del estudio y el desarrollo de la investigación, dejando claras las garantías y los derechos relativos a la libre participación, incluida la total libertad de retirarse en cualquier momento del estudio, garantizando el anonimato de las informaciones obtenidas. El TCLI fue firmado por el participante y por la investigadora en dos copias, conservando cada parte una. Se respetaron los preceptos éticos dispuestos en las Resoluciones nº 466/2012 y nº 512/2016 del Consejo Nacional de Salud, y el protocolo de investigación fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación de la institución involucrada.

RESULTADOS

Los 16 jóvenes que participaron en el estudio tenían, en promedio, 22,6 años. En relación con las características sociodemográficas, se observó el predominio de sujetos del género masculino (n=14), homosexuales (n=10), solteros (n=12), con más de ocho años de estudio (n=14), autodeclarados blancos (n=8) y que viven con otro familiar (n=6).

Entre las profesiones mencionadas por los jóvenes, la mayoría informó tener un empleo formal o informal, incluyendo ocupaciones como asistente de recursos humanos, analista, decorador, publicista, trabajador sexual, programador, auxiliar administrativo, asistente de estilo, reponedor, instructor y autónomo. Además, dos relataron ser estudiantes y dos no tenían vínculo laboral.

Aproximadamente diez de los jóvenes conviven con la enfermedad desde hace entre dos y seis años, cuatro conocen su diagnóstico desde hace al menos siete años y dos tuvieron sus diagnósticos revelados en el último año. Con respecto al uso de medicamentos, se constató que doce de los jóvenes iniciaron la Terapia Antirretroviral (TARV) en un plazo inferior a un año tras el diagnóstico; tres de ellos iniciaron después de un año o más del diagnóstico y solo uno no había iniciado el tratamiento hasta el momento del estudio. En cuanto a la periodicidad de las consultas, nueve de los jóvenes relataron acudir a las consultas en un intervalo igual o superior a seis meses, y siete realizan el seguimiento con el médico infectólogo cada tres a seis meses. En relación con la principal vía de transmisión, la sexual fue la predominante. Sin embargo, cinco de ellos informaron desconocer el origen de la infección.

Para comprender los contextos de vulnerabilidad, se elaboró cuadros síntesis indicando los aspectos individuales, sociales y programáticos (Figuras 1 y 2), en consonancia con los conceptos de Ayres.

Contextos individuales	
Edad	Transición de la adolescencia a la edad adulta
Raza/color	Mayoría de participantes blancos
Género y Orientación Sexual	Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
Escolaridad	Más baja por orden de predominancia
Relaciones de amistad	Fuertes
Principales lazos de amistad	Amigos, familiares o compañeros
Relaciones afectivo/sexuales	Esporádico
Redes y apoyos sociales	Escuela/Universidad, iglesia, trabajo, profesionales de salud (CTA)
Uso de drogas	Sí (Alcohol y Marihuana)
Exposición a sexo desprotegido	Frecuente
Método de protección sexual	Condón / Profilaxis Pre-Exposición (PrEP)
Conductas de Riesgo para la Salud	Frecuente

Notas: *En 2022, período de la recolección de datos del presente estudio, el salario mínimo vigente en Brasil era de R\$ 1.212,00, de acuerdo con la Medida Provisional Nº 1.091, de 2021

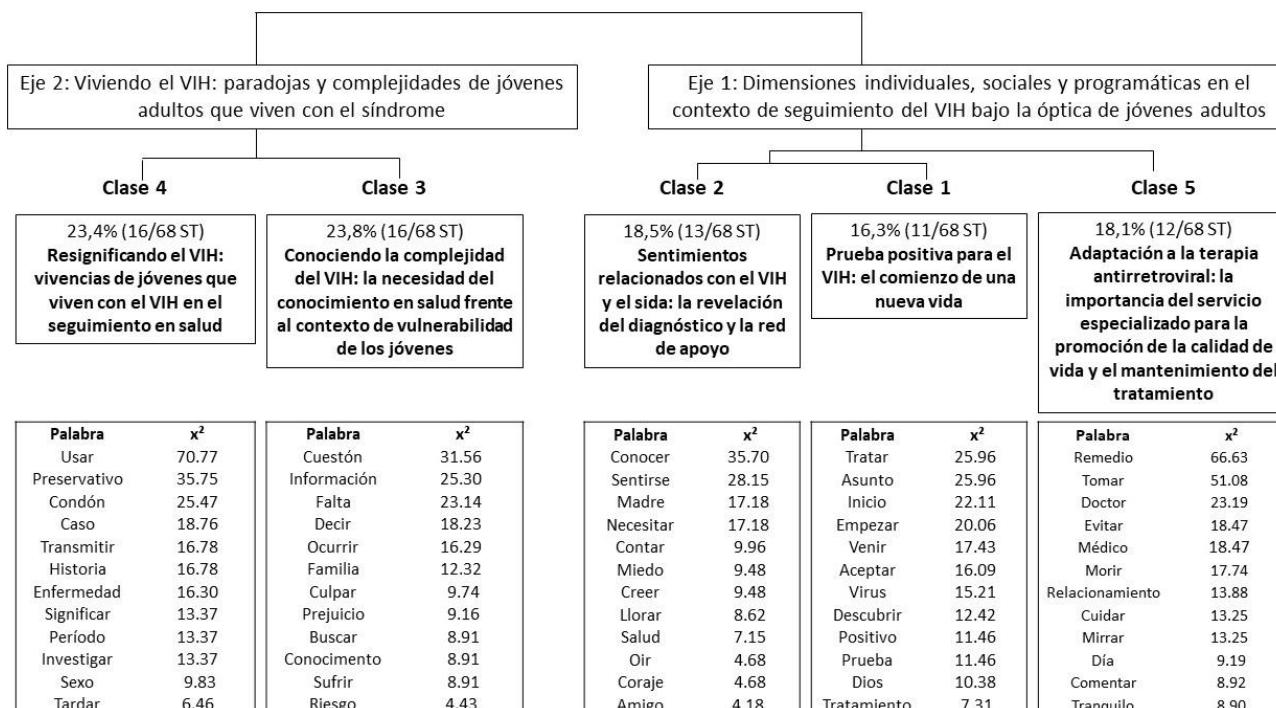
Figura 1: Síntesis de aspectos individuales de jóvenes que viven con HIV – principales características. Maringá, PR, Brasil, 2022.

Contextos sociales	
Empleo	Mayoría con empleo formal
Ingreso familiar	Predominio de ingresos entre 1 y 2 salarios mínimos*
Relaciones familiares	Irregulares
Comportamiento social	Estigma y discriminación
Religión	Con o sin/pero mencionadas por orden de predominancia
Acceso a la educación sexual	Insuficiente
Acceso a ocio/deporte	Sí
Acceso a medios digitales	Sí
Contextos programáticos (relacionado con la salud)	
Articulación entre redes de atención al paciente	Atención prioritaria en el ambulatorio de especialidades
Acceso a los servicios	Facilidad en la primera atención y en consultas posteriores en el ambulatorio de especialidades
Acceso a estrategias de prevención combinada	Sí
Calidad de los servicios	Atención profesional de calidad; estructura física deficiente; ambiente poco atractivo para personas con VIH.
Equidad en la atención	Sí
Equipo multiprofesional frecuente	Médico; enfermero; asistente social; psicólogo
Preparación técnico-científica de los profesionales	Sí
Respeto a la privacidad	Sí

Leyenda: *En 2022, período de la recolección de datos del presente estudio, el salario mínimo vigente en Brasil era de R\$ 1.212,00, de acuerdo con la Medida Provisional Nº 1.091, de 2021

Figura 2: Síntesis de aspectos sociales y programáticas de jóvenes que viven con HIV – principales características. Maringá, PR, Brasil, 2022.

En cuanto al material empírico y a la convergencia de palabras obtenidas mediante el análisis realizado por el software IRaMuTeQ®, que relaciona la percepción de los jóvenes entre el diagnóstico positivo para el VIH y el seguimiento en salud, surgieron dos ejes y cinco clases interrelacionadas, presentadas en el dendrograma mostrado en la Figura 3.



Notas: * χ^2 : chi-cuadrado; ST: segmentos de texto.

Figura 3: Dendrograma de la Clasificación Jerárquica Descendente elaborada por el software IRaMuTeQ® referente a las percepciones y al seguimiento ambulatorio de jóvenes que viven con VIH. Maringá, PR, Brasil, 2022.

El primer eje, que constituye el hilo conductor del presente estudio, se refiere a las vivencias en el proceso de

descubrimiento, aceptación y seguimiento de la salud, que reúne las clases 1 (dimensión individual), 2 (dimensión social) y 5 (dimensión programática). El segundo eje, por su parte, retrata la ambivalencia de sentimientos respecto al proceso de complejidad del VIH y del sida, agrupando las clases 3 y 4.

Eje 1: Dimensiones individuales, sociales y programáticas en el contexto del seguimiento del VIH bajo la óptica de jóvenes adultos

Prueba positiva para el VIH: el comienzo de una nueva vida

La clase 1 representó el 16,3% de los segmentos de texto, evidenciando una fuerte relación entre las palabras “tratar”, “asunto” y “comienzo/empezar”. Los términos destacados en esta clase remiten al proceso de ingreso de los usuarios al servicio, a partir de la prueba y la confirmación de la serología positiva para el VIH. Se observó la relación entre los vocablos “virus”, “descubrir”, “aceptar”, “prueba”, “positivo” y “tratamiento”, lo que denota la importancia del servicio para la continuidad del seguimiento en salud, bajo una atención multiprofesional y de apoyo para el afrontamiento y la comprensión de la condición de salud del joven.

“Mi primera prueba dio resultado positivo y descubrí que existía un seguimiento específico para el tratamiento de enfermedades de transmisión sexual; también hay seguimiento psicológico, lo cual es muy bueno.” (J7)

“Yo había tenido algunas relaciones y no usé preservativo en algunas de ellas, entonces pensé que era importante hacerme la prueba y empezar a ser más cuidadoso a partir de ese momento, porque vi que había metido la pata.” (J8)

“Fue el hospital el que me derivó; me dieron el protocolo explicando todo y mi madre me acompañó. En realidad, yo ni conocía, ni sabía. Al llegar aquí tuve asistencia social, que habló conmigo y con mi madre y nos explicó todo correctamente.” (J12)

Sentimientos relacionados con el VIH y el sida: la revelación del diagnóstico y la red de apoyo

La clase 2 representó el 18,5% de los segmentos de texto, presentando como palabras más relevantes “conocer, sentirse, madre y necesitar”. Los vocablos evidencian las experiencias de los individuos a partir del diagnóstico de VIH, especialmente el impacto emocional provocado por la revelación de la serología y su relación con el hecho de compartir esta información con el núcleo familiar o con las parejas anteriores a la prueba. El término *miedo* puede asociarse al temor del estigma y del prejuicio, además de dudas sobre las repercusiones de la enfermedad, lo que puede influir en las posibilidades de supervivencia del individuo. La necesidad de apoyo y las emociones vividas se hacen evidentes en esta clase, así como el choque y el llanto relacionados con la salud (pérdida).

“[...] me hizo tener mucho miedo de morir. Muchísimo miedo, así que creo que eso sí contribuyó, de una manera positiva, yo diría, porque no morí, todavía estoy aquí.” (J6)

La búsqueda de atención frente a la sospecha de infección por VIH atraviesa cuestiones de salud e involucra los patrones sociales instituidos; de este modo, se observa en los relatos la importancia de preservar la confidencialidad con respecto al diagnóstico. Contar sobre el diagnóstico fue un factor importante, aunque ambiguo, presente en las declaraciones de los participantes.

“En un primer momento fue una indicación de mi madre para hacerme la prueba; a partir de ahí empezamos el tratamiento. En aquella época yo hacía el tratamiento en un CTA de otra ciudad para evitar el ‘alboroto’, porque era una ciudad pequeña y tal, y en ese entonces yo tenía un estigma enorme con respecto al VIH.” (J7)

El servicio de salud, como red de apoyo, le proporciona seguridad y confianza al paciente. El desarrollo de una relación más cercana entre el paciente y el profesional de salud, así como la preservación de un lazo de confianza, fortalece el vínculo, la continuidad y el mantenimiento del tratamiento.

“[...] Además, fueron las palabras que intercambiaron conmigo, el enfermero principalmente, que realizó mi primer diagnóstico; él dijo que todo saldría bien, que yo tendría una vida normal. El enfermero y la enfermera dijeron eso, lo que me tranquilizó bastante.” (J8)

“Entonces para mí es increíble, realmente increíble saber que hay tratamiento gratuito, que hay seguimiento psicológico si es necesario, que tienes las pruebas, todas al día (...)” (J7)

Adaptación a la terapia antirretroviral: la importancia del servicio especializado para la promoción de la calidad de vida y el mantenimiento del tratamiento

La clase 5, que representó el 18,1% de los segmentos de texto, se mostró como el proceso de adhesión y adaptación al tratamiento medicamentoso, así como al seguimiento clínico de las PVH. Las palabras *medicamento, tomar y doctor* presentan una fuerte asociación, lo que evidencia que el servicio de salud es esencial para mejorar el acceso a la atención y, además, devolver la confianza en la posibilidad de una vida normal y con calidad.

“Él me dice que si yo quisiera quedar embarazada y si mi pareja no tuviera VIH, que no fuera portador, mi hijo no tendría por qué, porque este medicamento que tomo es justamente para que yo pueda quedar embarazada y no transmitirlo a mi bebé.” (J1)



“Yo pensé que sufriría un poco con el tema de tomar medicamentos y todo eso, pero es bastante tranquilo. Es medicación para toda la vida, no hay qué hacer, así que tengo que adaptarme.” (J11)

Eje 2: Viviendo con el VIH: paradojas y complejidades de los jóvenes adultos que viven con el síndrome

Conociendo la complejidad del VIH: la necesidad del conocimiento en salud frente al contexto de vulnerabilidad de los jóvenes

En la clase 3, los segmentos de texto representaron el 23,8% del total del corpus analizado. En esta clase se observó una fuerte relación con las palabras *cuestión, información y falta* (de información), las cuales remitieron a las lagunas en la educación sexual y en salud expresadas por los jóvenes en sus relatos. Se percibió que el servicio de salud es fundamental para la acogida de las personas que conviven con la enfermedad, especialmente en acciones orientadas a guiar y orientar a los sujetos en este nuevo panorama de salud.

“[...] yo también tenía preguntas y ellos respondían bien, porque uno tiene dudas. Al principio no tenemos conocimiento, creo que fueron muy pacientes conmigo.” (J1)

El decir, el dialogar demuestran que las acciones de orientación son imprescindibles en las prácticas de los profesionales para el público joven, que carece de información para comprender su condición, fortaleciendo así el autocuidado.

“La médica es muy atenta, ella no se da por vencida, ¿sabe?, y un servicio así es muy bueno” (J12).

Vivir, sufrir y culparse por la infección por VIH están muy presentes en la experiencia de los jóvenes; sin embargo, esas percepciones pueden ser minimizadas por los profesionales de la salud.

“Todos los profesionales involucrados en esto aportan ese aspecto afectivo, ese aspecto muy empático; me sentí muy acogido, muy acompañado en toda esta situación. Los profesionales de salud del CTA están de enhorabuena por todo el proceso, por todo el cariño. Es importante para la vida de un paciente porque es aquí donde el paciente termina siendo acogido y escuchado. Lamentablemente fuera de aquí, en la sociedad, no tenemos esa posibilidad.” (J14)

Resignificando el VIH: vivencias de jóvenes que viven con el VIH en el seguimiento en salud

La clase 4, que representó el 23,4%, reprodujo reflexiones sobre las propias acciones relacionadas con transmitir (el VIH), usar preservativo y el sexo (seguro o no), así como sobre las medidas de autocuidado a partir de las orientaciones del servicio.

“[...] ha mejorado mi estado de salud, que estaba extremadamente debilitado, y no sé cómo explicar, pero no diría que es un ambiente acogedor del tipo: ¡Guau, no veo la hora de venir aquí!” (J6)

“Entonces, para mí es increíble (el CTA), es realmente increíble saber que existe tratamiento gratuito, que hay seguimiento psicológico si es necesario, que tienes todas las pruebas al día. Hoy yo realmente me cuido y el CTA está detrás de todo eso.” (J7)

El seguimiento en el servicio especializado, además de brindar confort, ofrece al joven el conocimiento necesario para convivir con la enfermedad, proporcionando informaciones que deberían adoptarse para prevenir la infección por el VIH y para el cuidado del otro, en el sentido de proteger a la pareja en sus relaciones.

Las vivencias cotidianas en el seguimiento del VIH, relacionadas con la atención en el ambulatorio, referido por los participantes como Centro de Pruebas y Consejería (CTA en portugués), aquí presentadas como la *demora* (en la atención), el *tiempo de espera* (en el servicio), la *historia y el significado* (de la enfermedad para la sociedad), remiten al joven la idea de exposición de su condición ante la observación de los demás pacientes que circulan por el ambiente del ambulatorio, siendo una situación mencionada como incómoda, desagradable y que puede, de alguna manera, interferir en la continuidad del seguimiento.

“[...] entonces, es un poco molesto en ese sentido, porque podrían dejar todo dividido en los hospitales, como era antes, porque uno llega allí y la persona no sabe que estás en tratamiento. Aquí llegas y al día siguiente ya está corriendo por toda la ciudad ‘ah, que estuve en el CTA’, y quieras o no, la policlínica es conocida como el hospital del VIH.” (J5)

“[...] pero yo no diría que es un ambiente acogedor así de ‘ay, guau, no veo la hora de venir aquí’. Tal vez si fuera algo más reservado, algo más anónimo, sería un poco más cómodo.” (J6)

DISCUSIÓN

Se evidencia que los jóvenes que viven con VIH enfrentan diversas situaciones de vulnerabilidad, ya sea individual, social y/o programática. La comprensión de vulnerabilidad se refiere, en gran medida, a la susceptibilidad a un agravio⁸; sin embargo, se reconoce la necesidad de comprender las situaciones que atraviesan la enfermedad²², así como los contextos del seguimiento en salud.

Ayres señala que los tres ejes que integran la vulnerabilidad están relacionados con determinadas particularidades de la vida del individuo. En el caso de los jóvenes que viven con VIH, estos se encuentran más susceptibles a determinadas situaciones de riesgo propias de esta etapa de la vida^{10,11}.

De este modo, el estudio analiza la perspectiva del joven sobre el VIH a partir del diagnóstico positivo, el cual determina el seguimiento en salud. No obstante, el proceso de descubrimiento del diagnóstico de VIH, muchas veces, está vinculado a sentimientos de tristeza y decepción, ya que esta condición de salud, socialmente estigmatizante, se convierte en un desafío para las PVV^{23, 24}.

Aún más en el caso de los jóvenes, que muchas veces no reconocen sus propias necesidades en salud. De este modo, por medio de los relatos de los jóvenes, se observa cierta indiferencia ante el nuevo diagnóstico, lo cual no puede desvincularse del carácter cotidiano que el VIH ocupa en la vida diaria de las personas²⁵.

Asimismo, el descubrimiento del diagnóstico positivo para el VIH muchas veces genera incertidumbres acerca de las perspectivas futuras, representando un punto de metamorfosis en la vida del individuo, ya sea por la forma en que se relaciona en la sociedad —principalmente con amigos y familiares— como también por la necesidad diaria de un cuidado terapéutico. Este nuevo momento se encuentra impregnado por sentimientos negativos, como miedo, vergüenza, tristeza y pérdida, que pueden fomentar el aislamiento social²⁵.

Un estudio realizado en Río de Janeiro, Brasil, identificó que las personas que viven con VIH en la fase inicial del tratamiento presentan una visión negativa con respecto a su diagnóstico, asociando su condición de salud a una sentencia de muerte²⁶.

Los sentimientos paradójicos entre la necesidad de revelar el diagnóstico y mantener en secreto la condición ante familiares, parejas o incluso profesionales de la salud generan repercusiones emocionales y sociales que impactan la vida de las personas que viven con VIH. De este modo, al considerar el núcleo familiar como la primera institución social y comunitaria, aunque pueda constituirse como una red de apoyo para el afrontamiento de la enfermedad, también puede reproducir estigmas sociales, favoreciendo la exclusión y el estrés para los individuos²⁷.

En lo que se refiere a los profesionales de la salud, al relacionar el VIH con una condición crónica como cualquier otra, minimizan los impactos estigmatizantes generados por la asociación de la figura debilitada de las personas infectadas y el miedo a la muerte inminente, promoviendo la modificación de la perspectiva de vida del sujeto y la aceptación del diagnóstico positivo²⁶.

Aunque los jóvenes resignifiquen su modo de (con)vivir con el VIH y cuenten con el apoyo del servicio de salud donde realizan su seguimiento, se enfrentan a situaciones corrientes del día a día, tales como la demora en la atención, la espera por la consulta y la retirada del medicamento.

Considerando el estigma y el prejuicio impuestos por la sociedad hacia las personas que viven con VIH, se vuelve necesario que los profesionales asuman una postura de acogida hacia estas personas y establezcan un vínculo con los jóvenes, utilizando estrategias de salud que favorezcan el mantenimiento de la adherencia al tratamiento.

Un estudio realizado en Boston mostró que las intervenciones psicosociales con jóvenes tienen el potencial de mejorar los resultados globales de salud y reducir los casos de Sida²⁸. De esta forma, las intervenciones psicosociales pueden constituir una estrategia para minimizar el tiempo de espera en la atención, así como para facilitar la accesibilidad y reducir las desigualdades, las barreras estructurales e institucionales para la continuidad del tratamiento²⁸.

Además de posibles intervenciones en la atención, se resalta la necesidad de una escucha cualificada, bajo la óptica de la confidencialidad, que permita al sujeto confiar en comunicarse con el profesional de salud y expresar sus dudas, inquietudes, vivencias y exposiciones a riesgos. Concomitante, la producción científica respalda el empoderamiento de las PVH, a partir de la construcción de un conocimiento fidedigno sobre las repercusiones del VIH, lo cual favorece la resignificación de la propia percepción de vida y la adopción de hábitos saludables²⁸.

En lo que respecta al tratamiento, al ser diagnosticado con VIH y experimentar los más diversos sentimientos, resignificando las nuevas experiencias durante el seguimiento, el joven también atraviesa la fase de adaptación medicamentosa. Esta etapa, según la percepción de los participantes del estudio, ha sido positiva ante la posibilidad de tener una vida similar a la de otras personas que no viven con VIH. No obstante, el VIH, como experiencia marcante, ha generado transformaciones en los hábitos de vida de cada paciente, como un mayor autocuidado mental y físico tras el diagnóstico²⁵.

En esta perspectiva, el monitoreo clínico de estos jóvenes constituye una estrategia fundamental para el seguimiento en salud y para la mejora del acceso al tratamiento⁵, principalmente debido al avance de las políticas públicas orientadas a la atención y al tratamiento de la enfermedad a lo largo de los años, en la población joven, considerada un grupo vulnerable a la infección⁴.

La dificultad en la implementación de la educación sexual por parte de los profesionales de la salud puede impactar la vida de los jóvenes con la infección, quienes se enfrentan a sentimientos de culpa y sufrimiento que pueden perdurar toda la vida, haciendo que vivir con el VIH se vuelva complejo si no cuentan con el apoyo de la red de salud^{29, 30}.

Al comprender la complejidad que rodea el VIH, se observa la existencia de vacíos inherentes al proceso de educación sexual de los jóvenes, lo cual puede influir directamente en la adopción de conductas perjudiciales para la salud y culminar en la exposición al VIH y a otras ITS. Los paradigmas relacionados con el concepto de sexualidad y educación sexual están asociados al contexto en el que los sujetos se encuentran, dentro de un determinado contexto histórico y social^{29, 30}.



Las dificultades, en lo que se refiere a la educación sexual, afectan a jóvenes en gran parte del mundo. Un estudio realizado con esta población en el Sudeste Asiático identificó la necesidad de implementar programas que promuevan la comunicación entre padres y adolescentes sobre sexo y VIH durante la adolescencia, así como la formación de docentes para la sensibilización sobre el VIH. Además, señaló la relevancia de programas de educación entre pares que puedan ser liderados por jóvenes y por poblaciones LGBTQIAPN+ (Lesbianas, Gays, Bisexuales, Trans, Queer/ cuestionándose, Intersexuales, Asexuales/Arrománticas/Agénero, Pan/Poli, No binarias), con miras a promover la prevención del VIH, la salud sexual y mental de los jóvenes, la resiliencia y el empoderamiento, transformando, en consecuencia, los contextos políticos y socioculturales³¹.

Asimismo, el seguimiento en el servicio especializado también ofrece al joven una atención multiprofesional que puede contribuir a mitigar fragilidades en el conocimiento sexual, favoreciendo la comprensión de la propia sexualidad, de las relaciones sexuales tras el diagnóstico de VIH, y de la adopción de métodos preventivos de transmisión, con el fin de preservar la salud de la pareja²⁶.

Limitaciones del estudio

En relación con las limitaciones del presente estudio, la interpretación debe realizarse con cautela, ya que los resultados reflejan las experiencias de un grupo específico de jóvenes que viven con VIH y que realizan su seguimiento de salud en un ambulatorio determinado, pero residen en distintos municipios, con poblaciones diversas. Esas diferencias se reflejan en sus interacciones sociales, en la red de atención en salud en la que se insertan y en posibles variaciones en las características del abordaje de los profesionales en otros momentos del seguimiento.

CONSIDERACIONES FINALES

Las percepciones de los jóvenes que viven con VIH sobre el seguimiento en salud muestran que ellos se encuentran inmersos en contextos dinámicos, subjetivos y complejos, atravesados por aspectos de vulnerabilidad que inciden negativamente en la juventud, en las relaciones sociales y en su salud. Los resultados se caracterizaron en este estudio por cinco clases temáticas que abarcan los aspectos individuales, sociales y programáticos, reflejando las vulnerabilidades y singularidades vividas por estos jóvenes. En el transcurso de la búsqueda de cuidado, se destaca la importancia del servicio de salud, desde el diagnóstico, durante el inicio de la terapia antirretroviral y en la continuidad del seguimiento.

Lamentablemente, la discriminación aún impregna la vida de estos jóvenes, prolongando el estigma generado al inicio del descubrimiento del VIH y que persiste en la actualidad. Esta realidad reitera la importancia de la educación sexual y sanitaria como principal factor de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, además de constituir un mecanismo fundamental para la concienciación y mitigación de los efectos producidos por los estigmas.

En este escenario, la prevención en salud se destaca como necesaria, urgente y obligatoria, ya que es evidente que los adolescentes y jóvenes están más susceptibles al sufrimiento psicosocial, lo que puede implicar un deterioro de la salud mental. Por lo tanto, se sugiere que los profesionales de la salud vuelquen su mirada a su propia actuación, especialmente en la prevención de daños en la población joven, de modo que se ofrezcan conocimientos suficientes para promover cambios cognitivos y de comportamiento que contribuyan a la prevención del VIH y de otras enfermedades.

REFERENCIAS

1. Arantes. LMN, Pedroso AO, Menegueti MG, Gir E, Botelho EP, Silva ACOE, et al. factors associated with late diagnosis of Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome (HIV/AIDS) in a university hospital in Brazil: challenges to achieving the 2030 target. *Viruses*. 2023 [cited 2024 mar 15]; 15(10):2097. DOI: <https://doi.org/10.3390/v15102097>.
2. UNAIDS. O caminho que põe fim à AIDS: Relatório Global do UNAIDS 2023. Genebra: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS; 2023 [cited 2024 feb 02]. Available from: https://brasil.un.org/sites/default/files/2023-07/JC3082_GAU2023-ExecSumm_v2_embargoed_PT_VF_Revisada-EA.pdf.
3. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [cited 2024 feb 02]. Available from: <https://www.gov.br/Aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-Aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-Aids-2023.pdf/view>.
4. Ministério da Saúde (Br). Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2024 [cited 2025 sep 07]. Available from: https://www.gov.br/Aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2024/boletim_hiv_Aids_2024e.pdf/@download/file.
5. Olinover M, Hamama L. Adolescents during wartime: Vulnerability-based profiles. *J Res Adolesc*. 2025 [cited 2025 sep 08]; 35(2):e70041. DOI: <https://doi.org/10.1111/jora.70041>.
6. Cruz MLS, Darmont MQR, Monteiro, SS. HIV-related stigma among young people living with HIV transitioning to an adult clinic in a public hospital in Rio de Janeiro, Brazil. *Cien Saúde Colet* 2021 [cited 2024 feb 21]; 26(07):2653-62. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232021267.07422021>.
7. Ministério da Saúde (Br). Secretaria de Vigilância em Saúde. Aids / HIV. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2025 [cited 2025 sep 08]. Available from: <https://www.gov.br/saude/pt-br/assuntos/saude-de-a-a-z/Aids-hiv>.

8. Ayres JRCM, Calazans GJ, Filho HCS, França Júnior IF. Risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. In: Campos GWS, Minayo MCS, Akerman M, Drumond Júnior M, Carvalho YM. *Tratado de saúde coletiva*. Rio de Janeiro: Hucitec; 2006. p. 354-95.
9. Mann J, Tarantola DJM. *AIDS in the world*. New York: Oxford University Press; 1996.
10. Ayres JR. Vulnerability, Care, and integrality: conceptual reconstructions and current challenges for HIV/AIDS care policies and practices. *Saúde Debate*. 2022 [cited 2024 mar 03]; 46:196–206. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E714>.
11. Ayres JR. Vulnerabilidade, direitos humanos e cuidado: aportes conceituais. In: Barros S, Campos PFS, Fernandes JJS. *Atenção à saúde de populações vulneráveis*. Barueri: Manole; 2014.
12. Fernandes I, Bruns MAT. Systematic review of the national scientific literature about the history of HIV/Aids. *Rev Bras Sex Hum*. 2021 [cited 2024 mar 05]; 32(1):60-5. DOI: <https://doi.org/10.35919/rbsh.v32i1.916>.
13. Matos VC, Torres TS, Luz PM. Adherence to antiretroviral therapy among cisgender gay, bisexual and other men who have sex with men in Brazil: evaluating the role of HIV-related stigma dimensions. *PLoS ONE*. 2024 [cited 2025 sep 07]; 19(8):e0308443. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0308443>.
14. Fauk NK, Hawke K, Mwanri L, Ward PR. Stigma and discrimination towards people living with HIV in the context of families, communities, and healthcare settings: a qualitative study in Indonesia. *Int J Environ Res Public Health*. 2021 [cited 2024 mar 04]; 18(10):5424. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph18105424>.
15. Minayo MCS, Costa AP. Fundamentos Teóricos das técnicas de investigação qualitativa. *RLE*. 2018 [cited 2024 feb 15]; 40:139-53. Available from: <https://revistas.ulusofona.pt/index.php/rleducacao/article/view/6439>.
16. Altman DG, Simera I, Hoey J, Moher D, Schulz K. EQUATOR: reporting guidelines for health research. *Lancet*. 2008 [cited 2024 feb 15]; 371(9619):1149–50. DOI: [https://doi.org/10.1016/s0140-6736\(08\)60505-x](https://doi.org/10.1016/s0140-6736(08)60505-x).
17. Ratinaud P. IRAMUTEQ®: Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires - 0.7 alpha 2 [Site de Internet]. 2014 [cited 2024 jan 29]. Available from: <http://www.IRAMUTEQ.org>.
18. Sousa YSO, Gondim SMG, Carias IA, Batista JS Machado DCM. The use of the IRAMUTEQ® software in the interview data analysis. *Pesqui. prát. Psicossociais*. 2020 [cited 2024 mar 04]; 15(2):e3283. Available from: <http://pepsic.bvsalud.org/pdf/ppp/v15n2/15.pdf>.
19. Souza MAR, Wall ML, Thuler ACMC, Lowen, IMV, Peres AM. The use of IRAMUTEQ® software for data analysis in qualitative research. *Rev Esc Enferm USP*. 2018 [cited 2024 mar 04]; 52:e03353. DOI: <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2017015003353>.
20. Camargo BV, Justo AM. Tutorial para uso do software IRAMUTEQ® (Interface de R pour les Analyses Multidimensionnelles de Textes et de Questionnaires). Florianópolis (SC): Universidade Federal de Santa Catarina; 2021.
21. Bardin, L. *Análise de conteúdo*. São Paulo, SP: Edições 70, 2016.
22. Garcia EC, Costa IR, Oliveira RC, Silva CRL, Góis ARS, Abrão FMS. Social representations of adolescents about HIV/AIDS transmission in sexual relations: vulnerabilities and risks. *Esc Anna Nery*. 2022 [cited 2024 may 01]; 26:e20210083. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0083>.
23. Pimentel GS, Ceccato MGB, Costa JO, Mendes JC, Bonolo PF, Silveira MR. Quality of life in individuals initiating antiretroviral therapy: a cohort study. *Rev Saúde Pública* 2020 [cited 2024 may 03]; 54:146. DOI: <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001920>.
24. Du X, Zhang Q, Hao J, Gong X, Liu J, Chen J. Global trends in depression among patients living with HIV: a bibliometric analysis. *Front Psychol*. 2023 [cited 2024 may 03]; 14:1125300. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2023.1125300>.
25. Sanca AM, Motta MGC, Giugliani C, Rocha CMF, Riquinho DL. The daily life of people living with HIV in Bissau, Guinea-Bissau: perspectives, challenges and vulnerabilities. *Esc Anna Nery* 2023 [cited 2024 May 03]; 27:e20210507. DOI: <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2021-0507pt>.
26. Muniz CG, Brito C. What does the diagnosis of HIV/AIDS represent after four decades of epidemic? *Saúde debate*. 2022 [cited 2024 may 05]; 46(135):1093–106. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202213510>.
27. Ninnoni JP, Nsatimba F, Agyemang SO, Commey IT, Bennin L, Agyare E, et al. An exploratory qualitative study of the psychological effects of HIV diagnosis; the need for early involvement of mental health professionals to improve linkage to care. *BMC Public Health* 2023 [cited 2025 sep 08]; 23:2518. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17449-y>.
28. Whiteley LB, Olsen EM, Haubrick KK, Odoom E, Tarantino N, Brown LK. A review of interventions to enhance HIV medication adherence. *Curr HIV/AIDS Rep*. 2021 [cited 2024 jun 10]; 18(5):443-57. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11904-021-00573-y>.
29. Diura-Vere O, Mokgatle MM, Oguntibeju OO. Sexual behaviour and attitudes towards safe sex of youth receiving antiretroviral care at public health facilities in Palapye District, Botswana. *Int J Environ Res Public Health*. 2023 [cited 2024 may 20]; 20(5):3790. DOI: <https://doi.org/10.3390/ijerph20053790>.
30. Duarte-Anselmi G, Leiva-Pinto E, Vanegas-López J, Thomas-Lange J. Experiences and perceptions on sexuality, risk and STI/HIV prevention campaigns by university students. Designing a digital intervention. *Ciênc saúde coletiva*. 2022 [cited 2024 may 20]; 27(3):909–20. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232022273.05372021>.
31. Newman PA, Prabhu SM, Akkakanjanasupar P, Tepjan S. HIV and mental health among young people in low-resource contexts in Southeast Asia: a qualitative investigation. *Glob Public Health*. 2022 [cited 2024 may 20]; 17(7):1200-14. DOI: <https://doi.org/10.1080/17441692.2021.1924822>.

Contribuições de los autores

Concepción, B.S.F. y M.F.G.L.M.; metodología, B.S.F. y M.F.G.L.M.; validación, B.S.F., T.F.C.S.R. y M.F.G.L.M.; análisis formal, B.S.F., T.F.C.S.R. y M.F.G.L.M.; investigación, B.S.F., T.F.C.S.R. y M.F.G.L.M.; curaduría de datos, B.S.F., T.F.C.S.R. y M.F.G.L.M.; redacción, B.S.F., T.F.C.S.R., C.M.G.P., G.M.S., L.A.S., R.A.P., M.D.F. y M.F.G.L.M.; revisión y edición, B.S.F., T.F.C.S.R., C.M.G.P., G.M.S., L.A.S., R.A.P., M.D.F. y M.F.G.L.M.; visualización, B.S.F., T.F.C.S.R., C.M.G.P., G.M.S., L.A.S., R.A.P., M.D.F. y M.F.G.L.M.; supervisión, B.S.F., T.F.C.S.R., C.M.G.P., G.M.S., L.A.S.,

R.A.P., M.D.F. y M.F.G.L.M.; administración de proyecto, B.S.F. y M.F.G.L.M.; adquisición de financiación, B.S.F. y M.F.G.L.M. Todos los autores leyeron y aceptaron la versión final del manuscrito.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Las autoras declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la composición del manuscrito “Jóvenes que viven con VIH: Percepciones sobre el seguimiento en salud a la luz de los conceptos de vulnerabilidades”.