

UNIVERSIDAD DE IBEROAMÉRICA
FACULTAD DE PSICOLOGÍA

Trabajo Final de Graduación bajo la modalidad de tesis para optar por el grado de
Licenciatura en Psicología

**Vivencias del diagnóstico de VIH en población costarricense: un
análisis desde la perspectiva biopsicosocial**

Estudiantes

Danna Karyme Badilla Gómez

Josué Gabriel Ramírez Acuña

San José, Costa Rica

Diciembre, 2025

Tribunal examinador

Vivencias del diagnóstico de VIH en población costarricense: un análisis desde la perspectiva biopsicosocial.

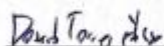
Trabajo Final de Graduación presentado en la Universidad de Iberoamérica en la modalidad de Tesis para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.

Presentado por:

Danna Karyme Badilla Gómez

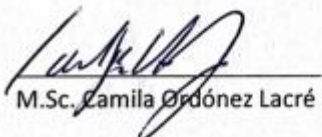
Josué Gabriel Ramírez Acuña

Aprobado por los siguientes miembros del Tribunal Examinador:



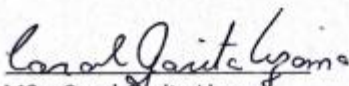
MSc. David Torres Fernández

Director del proyecto



M.Sc. Camila Ordóñez Lacré

Representante Facultad de Psicología



MSc. Carol Garita Lizano

Profesor (a) Invitado (a)

Dedicatoria

Este trabajo de tesis está dedicado a todas las personas que viven o han vivido con VIH y, de manera especial, a quienes con apertura y valentía compartieron sus experiencias y relatos, haciendo posible el desarrollo de esta investigación. A cada una de ellas, expresamos nuestro más sincero agradecimiento por la confianza depositada, por permitirnos acercarnos a sus historias de vida y por la honestidad con la que narraron sus procesos. Cada encuentro estuvo marcado por una profunda humanidad que dio sentido a este trabajo.

Sus testimonios representan mucho más que datos o narrativas: constituyen expresiones genuinas de resistencia, dignidad y fortaleza frente a contextos atravesados por el estigma, la incertidumbre y los desafíos emocionales que implica convivir con el VIH. A través de sus voces fue posible comprender la complejidad del diagnóstico, los procesos de afrontamiento, las transformaciones personales, los vínculos que se reconfiguran y las decisiones que acompañan el transitar cotidiano de la infección, así como los recursos internos y externos que sostienen la esperanza.

Esta investigación surge con el compromiso de reconocer y dignificar sus trayectorias de vida y de aportar, desde la psicología, a una comprensión más empática, integral y respetuosa de lo que significa vivir con VIH. Gracias por permitir que sus experiencias se conviertan en aprendizaje, reflexión y transformación. Sus voces atraviesan cada capítulo de esta tesis y permanecerán como una fuente permanente de inspiración para nuestro crecimiento profesional y humano.

- Karyme Badilla y Gabriel Ramírez

Agradecimientos

Agradezco profundamente a mi familia y, de manera muy especial, a mis padres, por su amor incondicional, su apoyo constante y por acompañarme en cada etapa de este proceso, tanto en los momentos de fortaleza como en los de dificultad. Su confianza en mí y su respaldo permanente han sido fundamentales a lo largo de toda mi formación académica. También mi sincero agradecimiento a mis amigos, quienes con su compañía, ánimo y comprensión hicieron este camino más llevadero, en especial a mi compañero de carrera, Gabriel, con quien compartí no solo aulas y proyectos, sino aprendizajes, retos y crecimiento personal y profesional. Asimismo, agradezco a los profesores por su guía, dedicación y enseñanzas, que contribuyeron de manera significativa a mi desarrollo académico y a la culminación de este trabajo. Finalmente, reconozco el valor de cada experiencia vivida durante este proceso, las cuales fortalecieron mi compromiso, disciplina, vocación profesional y me hacen la persona que soy hoy.

-Karyme Badilla Gómez

Agradezco genuinamente a mis familiares, amigos y personas cercanas por el apoyo constante brindado a lo largo de los procesos de aprendizaje que marcaron mi formación universitaria. A doña Amable y don Roger, por su participación indirecta pero significativa en mi transitar por la universidad. A las docentes Carol Garita y Camila Ordóñez, por su acompañamiento, confianza y por fortalecer mi pasión por esta profesión. A mi compañera de carrera, Karyme Badilla, por su paciencia, compromiso y valioso trabajo en equipo durante este proceso. Finalmente, expreso mi agradecimiento a los profesionales del área de la salud que me permitieron generar experiencias significativas en diversos centros de atención, aportando de manera esencial a mi crecimiento académico, profesional y humano.

-J Gabriel Ramírez Acuña

TABLA DE CONTENIDOS

Dedicatoria	iii
Agradecimientos	iv
Resumen	ix
Abreviaturas	xi
CAPÍTULO I: MARCO CONTEXTUAL	1
Justificación	2
Antecedentes	3
Nacionales.....	3
Internacionales.....	4
Objetivos	10
Objetivo general.....	10
Objetivos específicos.....	10
CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO	11
Infecciones de Transmisión Sexual	11
Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)	11
Fase SIDA.....	12
Implicaciones fisiológicas.....	12
Tratamiento farmacológico.....	13
Implicaciones psicológicas.....	16
<i>Depresión</i>	17
<i>Ansiedad</i>	17
<i>Aislamiento</i>	18
<i>Tristeza</i>	18

<i>Irritabilidad</i>	19
<i>Ideación suicida</i>	19
Tratamiento psicológico	20
Factores protectores	22
Rendimiento académico	22
Relaciones laborales	24
Relaciones sociales y de pareja	24
Relaciones familiares	25
Orientación sexual	26
Identidad de género	27
Edad	27
Estrategias de afrontamiento	28
Terapia de aceptación y compromiso	29
Terapia basada en la compasión	29
Legislación	30
CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO	32
Tipo de investigación	32
Diseño de investigación	32
Población y muestra	32
Procedimiento	33
Técnicas de recolección de datos	34
Consideraciones éticas	34
CAPÍTULO IV: RESULTADOS	35

Descripción de participantes	35
Estrategias de afrontamiento	36
Implicaciones biopsicosociales	40
Factores protectores.....	42
Variables edad, sexo, orientación sexual e identidad de género	44
Proyecto de vida	45
Protocolo de intervención a pacientes con VIH.....	47
CAPÍTULO V: DISCUSIÓN	48
Discusión de los resultados	48
Limitaciones del estudio	50
CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.....	52
Conclusiones	52
Recomendaciones	53
Referencias.....	55
Anexos	65
Anexo 1: Protocolo de intervención psicológica a pacientes diagnosticados con VIH	65
Anexo 2: Material sesión 1.....	74
Anexo 3: Material sesión 2.....	76
Anexo 4: Material sesión 3.....	76
Anexo 5: Material sesión 4.....	76
Anexo 6: Material sesión 5.....	77
Anexo 7: Material sesión 6.....	79
Anexo 8: Material sesión 7.....	80

Anexo 9: Material sesión 8.....	81
Anexo 10: Material sesión 9.....	82
Anexo 11: Material sesión 10.....	83
Anexo 12: Material sesión 11.....	84
Anexo 13: Material sesión 12.....	85
Anexo 14: Material sesión 13.....	88
Anexo 15: Material sesión 14.....	90
Anexo 16: Material sesión 15.....	92
Anexo 17: Cuestionario semiestructurado para recolección de historias de vida	94
Anexo 18: Formulario de consentimiento informado	96
Anexo 19: Consentimientos informados de personas participantes.....	99
Anexo 20: Carta filólogo.....	104

Resumen

El diagnóstico de VIH constituye un acontecimiento vital de alto impacto biopsicosocial, asociado a repercusiones emocionales, psicológicas y sociales, particularmente en contextos atravesados por el estigma, la desinformación y las barreras de acceso a los servicios de salud. Diversos estudios evidencian que las personas diagnosticadas pueden experimentar ansiedad, depresión, temor al rechazo y cambios en la autoimagen, siendo estas vivencias influenciadas por factores sociales, culturales y educativos. En Costa Rica, la investigación cualitativa centrada en las experiencias subjetivas posteriores al diagnóstico es limitada, lo que dificulta el desarrollo de intervenciones psicológicas contextualizadas y sensibles a la realidad nacional. Ante esta necesidad, la presente investigación tuvo como objetivo explorar las vivencias biopsicosociales de personas costarricenses a partir del diagnóstico de VIH, así como identificar estrategias de afrontamiento, factores protectores y aportar un protocolo de intervención psicológica fundamentado en dichas experiencias.

El estudio se desarrolló desde un enfoque cualitativo, utilizando historias de vida recolectadas mediante entrevistas semiestructuradas a cinco personas adultas diagnosticadas con VIH. La selección de participantes se realizó mediante un muestreo no probabilístico por conveniencia, considerando una distribución acorde con la prevalencia epidemiológica del VIH en el país. El análisis de la información se llevó a cabo de manera integral, permitiendo identificar patrones y particularidades en las vivencias emocionales, físicas y sociales del diagnóstico, en función de variables como sexo, edad y orientación sexual.

Los resultados muestran que el afrontamiento del diagnóstico se sustenta principalmente en el apoyo social proveniente de familiares, amistades, parejas y profesionales de la salud, así como en la espiritualidad y el mantenimiento de actividades estructurantes como el trabajo, el estudio y el ejercicio físico. No obstante, algunos participantes refirieron el uso inicial de estrategias evitativas, como el consumo de sustancias. Entre las principales implicaciones del diagnóstico se identificaron manifestaciones emocionales como ansiedad, depresión, miedo al rechazo e ideación suicida, además de efectos físicos asociados al virus o al tratamiento y repercusiones en las relaciones interpersonales. A pesar de los desafíos, la mayoría de las personas participantes proyecta un futuro orientado al logro de metas personales, académicas y laborales, destacando el acompañamiento médico-psicológico como un elemento clave para su estabilidad y bienestar.

A partir de los hallazgos obtenidos y del sustento teórico, se diseñó un protocolo de intervención psicológica compuesto por 15 sesiones, orientado a fortalecer el afrontamiento emocional, promover la comprensión del diagnóstico, favorecer la adherencia al

tratamiento y potenciar el bienestar psicosocial. Dicho protocolo fue validado por profesionales en psicología clínica y de la salud. En conjunto, los resultados resaltan la relevancia del apoyo social como principal factor protector y evidencian la necesidad de intervenciones psicológicas integrales que contribuyan a la reducción del estigma y al fortalecimiento de una atención más empática, ética y humana hacia las personas que viven con VIH en Costa Rica.

Palabras clave: Infecciones de Transmisión Sexual, Virus de Inmunodeficiencia Humana, Abordaje Psicológico, Estrategias de Afrontamiento, Factores Protectores, Implicaciones Biopsicosociales, Proyecto de Vida, Intervención Psicológica.

Abreviaturas

ACT: Terapia de Aceptación y Compromiso

APA: Asociación Americana de Psicología (*American Psychological Association*)

CCSS: Caja Costarricense de Seguro Social

CONASIDA: Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y el SIDA

DSM: Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*)

HBV: Virus de la Hepatitis B

HSH: Hombres que tienen sexo con hombres

IAFA: Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia

IBAP: Programa de Inter Cuidado Basado en Atención Plena y Compasión

ICD: Clasificación Internacional de Enfermedades (*International Classification of Diseases*)

ITS: Infecciones de Transmisión Sexual

LGBTIQ+: Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgénero, Intersexuales, Queer y otras identidades

MT: Mujeres transgénero

MTS: Mujeres Trabajadoras Sexuales

OMS: Organización Mundial de la Salud

PrEP: Profilaxis Preexposición

SIDA: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida

SNC: Sistema Nervioso Central

TAR: Tratamiento Antirretroviral

VIH: Virus de la Inmunodeficiencia Humana

VPH: Virus del Papiloma Humano

CAPÍTULO I: MARCO CONTEXTUAL

El diagnóstico de infecciones de transmisión sexual (ITS) representa una experiencia profundamente significativa para quienes lo viven, no solo por las implicaciones biomédicas, sino también por el impacto psicológico que conlleva. Estas condiciones afectan la salud mental y la calidad de vida de los individuos, tal como señalan Sánchez Salvino y Ríos Ramírez (2024), quienes destacan que el diagnóstico puede generar una serie de reacciones emocionales, cognitivas y sociales que requieren una atención integral. Las ITS incluyen patologías como la sífilis, la hepatitis B, el VIH, la clamidia, la gonorrea, el herpes y el virus del papiloma humano (VPH), algunas de las cuales pueden transmitirse de madre a hijo durante el embarazo o el parto. En el caso particular del VPH, este se asocia con 570 000 casos de cáncer cervicouterino y 300 000 muertes anuales (Bueno Brito *et al.*, 2022), lo cual evidencia la gravedad de estas enfermedades y sus efectos devastadores en la calidad de vida, especialmente entre las mujeres.

La situación epidemiológica en América Latina y el Caribe continúa siendo preocupante. Cada día se reportan alrededor de 30 nuevos casos de VIH entre adolescentes y jóvenes de 10 a 19 años, lo que equivale aproximadamente a 11 000 casos anuales afectando principalmente a varones adolescentes. Aunque las infecciones por VIH han disminuido 25% entre las adolescentes en la última década, esta reducción alcanza únicamente el 3% entre los varones, revelando una marcada diferencia en la respuesta frente a la epidemia (Zea, 2023). Este panorama se agrava por la falta de conocimiento, el acceso limitado a los servicios de salud y la persistencia del estigma social asociado a las ITS, factores que afectan la vivencia emocional del diagnóstico y dificultan la búsqueda de apoyo profesional. (Ortiz, 2021)

En este contexto, el presente trabajo tiene como objetivo explorar las vivencias de personas costarricenses diagnosticadas con VIH, específicamente de adultos entre 18 y 65 años. Se pretende comprender cómo las personas experimentan este diagnóstico y qué intervenciones psicológicas podrían mitigar el impacto negativo en su salud emocional. La integración de diversos estudios sobre la prevalencia del VIH en distintas regiones del

mundo, como los de Kloek *et al.* (2022), Teva *et al.* (2012) e Ifere *et al.* (2025), permite situar la realidad costarricense en un marco global y subraya la relevancia de abordar las dimensiones biopsicosociales del VIH como parte de una respuesta sanitaria más humana, efectiva y contextualizada.

Justificación

El estudio del impacto biopsicosocial del diagnóstico de VIH en la población costarricense resulta fundamental para comprender la complejidad de las experiencias emocionales, sociales y culturales asociadas a esta infección. Tal como lo indican Sánchez Salvino y Ríos Ramírez (2024), el diagnóstico de una ITS puede desencadenar afectaciones psicológicas significativas, entre ellas miedo, ansiedad, cambios en la autoimagen, depresión y preocupaciones relacionadas con el estigma. Este fenómeno se intensifica cuando existe desinformación o un acceso limitado a los servicios de atención psicológica y médica, una realidad señalada también por Ortiz (2021). Por ello, abordar el diagnóstico desde una perspectiva integral resulta un imperativo para mejorar la calidad de vida de quienes viven con VIH.

La evidencia epidemiológica subraya la urgencia de realizar investigaciones que profundicen en las experiencias de las personas afectadas. En América Latina persisten brechas importantes en la prevención, el diagnóstico temprano y el tratamiento del VIH, especialmente entre jóvenes de 15 a 30 años, considerados la población más vulnerable (Ortiz, 2021). Estudios regionales e internacionales sostienen que la prevalencia del VIH responde a patrones sociales y culturales diferenciados, como lo demuestran Kloek *et al.* (2022) en poblaciones clave del África subsahariana, y Teva *et al.* (2012) en países latinoamericanos, donde se observan marcadas diferencias por sexo, edad y vías de transmisión. Incluso investigaciones más recientes, como la de Ifere *et al.* (2025), muestran que factores como el conocimiento limitado, la actividad sexual temprana y el estigma continúan influyendo en la adquisición y vivencia del diagnóstico.

A pesar de estos avances, en Costa Rica existe una producción científica cualitativa limitada que explore las vivencias personales, emocionales y sociales de quienes reciben un

diagnóstico de VIH. Esta ausencia evidencia la necesidad de generar conocimiento contextualizado que contribuya a fortalecer programas de salud pública, intervenciones psicológicas y estrategias comunitarias centradas en la persona. Comprender cómo los individuos costarricenses experimentan el diagnóstico permitirá diseñar acciones que reduzcan el estigma, promuevan un afrontamiento saludable y mejoren el acceso a los servicios de salud mental.

Por ello, este estudio se justifica tanto por su pertinencia social como por su contribución académica. Al abordar el VIH desde una perspectiva biopsicosocial, se busca enriquecer la comprensión del fenómeno, dar voz a las experiencias de la población afectada y aportar evidencia que oriente políticas y programas de apoyo emocional más sensibles, inclusivos y efectivos.

Antecedentes

Nacionales

En Costa Rica, el Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia (IAFA), en colaboración con la Comunidad Internacional de Mujeres Viviendo con VIH (ICW–Costa Rica), realizó en 2019 un análisis integral del uso de sustancias psicoactivas en mujeres con diagnóstico de VIH. El estudio evidenció que la mayoría de las participantes tenía entre 41 y 45 años, un bajo nivel educativo y condiciones socioeconómicas limitadas, lo que dificultaba la satisfacción de sus necesidades básicas. Asimismo, se identificó que el consumo de alcohol era la sustancia con mayor impacto negativo en su vida, seguido del tabaco, aunque muchas expresaron el deseo de reducir, especialmente, el consumo de alcohol. Otro hallazgo relevante fue la presencia de experiencias de estigma y discriminación, tanto en los servicios de salud como en otros espacios sociales, a pesar de que la mayoría manifestó sentirse satisfecha con la atención médica recibida y contar con conocimiento sobre los marcos legales de protección existentes. (Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia [IAFA], 2019)

El Plan Estratégico Regional de VIH 2021–2026 destaca la concentración de la epidemia de VIH en poblaciones clave, como hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), mujeres transgénero (MT) y mujeres trabajadoras sexuales (MTS). En Costa Rica, la prevalencia del VIH en HSH alcanza el 20,7%, mientras que en mujeres transgénero es de 29,5%, cifras que superan ampliamente la prevalencia en la población general, que se mantiene por debajo del 1%. Este panorama subraya la necesidad de estrategias regionales y nacionales dirigidas a estos grupos vulnerables para lograr el control de la epidemia hacia el año 2030.

Internacionales

Una investigación realizada por Díaz Cardozo *et al.* (2023) tuvo como objetivo analizar el impacto psicoemocional y factores relacionados con la ansiedad y depresión en personas adultas seropositivas al VIH. Mediante una revisión sistemática que incluyó artículos sobre personas seropositivas para VIH, mayores de 18 años, y que presentaran datos descriptivos de la medición de los aspectos emocionales frente al diagnóstico de VIH, se identificaron cuatro niveles de severidad en ansiedad y depresión, con síntomas que varían desde leves (hormigueo, calor) hasta graves (irritabilidad, pensamientos negativos). Los adultos jóvenes son los más afectados, y factores como la orientación sexual (especialmente en el colectivo LGBTIQ) y el género (más en hombres) aumentan los niveles de ansiedad. También se observó que un mayor nivel educativo está asociado con más casos de ansiedad y que esta aumenta con la carga viral, aunque este factor es poco conocido por los pacientes.

Otro estudio tuvo como objetivo evaluar la validez, pertinencia y confiabilidad de un instrumento destinado a determinar si los factores psicosociales influyen en el estado emocional del paciente con VIH. Con una muestra de 15 pacientes de nivel socioeconómico medio, hombres y mujeres residentes del Cantón Milagro, con diagnóstico de VIH y edades entre los 18 años a los 65 años de edad, se encontró validez al instrumento. Los resultados demostraron que los factores socioculturales que influyen en el estado emocional de las personas con VIH en el Cantón Milagro incluyen dificultades personales como la falta de empleo y el rechazo en el ámbito laboral tras revelar su situación. También, enfrentan la

pérdida de relaciones sociales debido a la divulgación de su enfermedad. Sin embargo, el apoyo familiar y la religión juegan un papel importante como refugio emocional. Los pacientes experimentan emociones negativas, como tristeza, vacío, desesperanza, soledad y ansiedad, que se relacionan con la depresión. En general, el diagnóstico de VIH afecta profundamente su estado emocional y disminuye su calidad de vida. (Romero *et al.*, 2022)

Muñoz (2022), en una investigación con el objetivo de conocer el impacto en la salud mental de las personas recién diagnosticadas con VIH+, infiere que la muestra está compuesta por personas que enfrentan trastornos emocionales relacionados con la enfermedad. La investigación revela que el VIH impacta la salud mental de las personas, independientemente de su edad, género o creencias, causando ansiedad, depresión y estrés. La falta de recursos para afrontar el diagnóstico y la ausencia de apoyo social agravan estos trastornos. Además, el virus puede afectar el sistema nervioso, lo que dificulta la memoria y organización. Las personas no tratadas pierden control sobre su vida social, sexual e identidad, enfrentando el estigma y el aislamiento, lo que disminuye su calidad de vida.

Según Torres *et al.* (2022), propone que una investigación con el objetivo analizar las habilidades emocionales de la inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de VIH, a través de la aplicación del cuestionario Trait-Meta Mood Scale (TMMS) para el diseño de una estrategia psicoeducativa que fortalezca la inteligencia emocional, con una muestra de 60 pacientes en edades 18 a 70 años que asisten a consulta integral en la IPS Vidamedical con motivo de diagnóstico de VIH, se obtuvo que los pacientes de la IPS Vidamedical de Cúcuta, tanto hombres como mujeres, que participan en el programa de apoyo psicosocial, presentan un adecuado nivel de inteligencia emocional. Los hombres lograron un puntaje de 27,23 en atención emocional, 28,26 en claridad emocional y 30,18 en reparación emocional, mientras que las mujeres obtuvieron 26,62, 25,05 y 29,14, respectivamente. Estos resultados muestran que los pacientes son capaces de percibir, expresar, comprender y regular sus emociones de manera efectiva, especialmente en situaciones de ira o estrés. Estos hallazgos reflejan la efectividad del acompañamiento psicosocial brindado, beneficiando tanto a los pacientes con VIH como a la entidad prestadora de salud, además el estudio destaca que el malestar emocional es una consecuencia principal del diagnóstico de VIH positivo, con emociones como miedo,

ansiedad, desesperación, depresión, soledad, y pérdida del sentido de la vida. El apoyo familiar cercano puede mitigar estas consecuencias emocionales. Sin embargo, el estigma y la discriminación aumentan la vulnerabilidad emocional de los pacientes. Las personas diagnosticadas tienden a percibir la infección como una "muerte física y social", lo que a menudo lleva a la negación y a la necesidad de mantener el diagnóstico en secreto. Las emociones y trastornos psicológicos más comunes son la depresión y la ansiedad, que pueden incluir ideación suicida, tristeza, apatía, fatiga, dificultad para concentrarse, y problemas de sueño, entre otros síntomas.

Por otro lado, Gavilánez (2023) desarrolló un artículo con el objetivo de determinar el impacto del diagnóstico VIH positivo en la calidad de vida de los pacientes. La muestra se conformó a partir de publicaciones recientes localizadas en el buscador Google Académico, correspondientes a libros, artículos y tesis que abordan la calidad de vida en pacientes con VIH, publicados en los últimos cinco años en países latinoamericanos. La revisión documental destaca que el VIH es más común en jóvenes solteros, hombres de sexo biológico masculino con orientación homosexual y personas que practican sexo sin protección o bajo el efecto de alcohol y drogas. Latinoamérica es una de las regiones más afectadas, especialmente en grupos como hombres que tienen sexo con hombres, personas que se inyectan drogas, trabajadoras sexuales, mujeres transgénero y migrantes, con una transmisión predominantemente sexual. La discriminación que enfrentan los pacientes con VIH impacta negativamente en su calidad de vida, la cual depende de factores como acceso a atención médica, nivel socioeconómico, estigma social y recursos de apoyo. A pesar de las barreras económicas y sociales, los avances en el tratamiento del VIH han mejorado la calidad de vida de los pacientes, permitiéndoles controlar el virus y prevenir el SIDA, aunque en Latinoamérica aún existen desafíos relacionados con el acceso a recursos básicos debido a factores socioeconómicos.

Un artículo desarrollado por López (2023) muestra los efectos del VIH en la población que vive con el virus y resalta el papel crucial de la psicología en su atención y bienestar. A pesar de los avances en el tratamiento antirretroviral (TAR), que han transformado al VIH en una enfermedad crónica, las personas que viven con VIH (PVV) continúan enfrentando retos sociales y psicológicos significativos, como el estigma, la

depresión y la ansiedad, lo que afecta su calidad de vida. Los resultados muestran que, aunque la adherencia al tratamiento sigue siendo un desafío, la psicología desempeña un papel esencial en la intervención y apoyo, ya sea a través de psicoterapia individual y grupal o intervenciones psicoeducativas, con el fin de mejorar la calidad de vida y reducir el estigma y la discriminación que enfrentan estas personas.

Un estudio analizó los factores relacionados con la ansiedad y depresión en pacientes con VIH en un hospital público. Se utilizó un diseño transversal y no experimental, y participaron 230 pacientes a quienes se les aplicó la Escala de Depresión y Ansiedad de Zung. Los resultados mostraron que el 41,3% de los participantes tenía entre 18 y 25 años, y el 40,4% se identificó con la orientación sexual LGTBIQ+. El 53,9% desconocía su carga viral actual y no seguía tratamiento. Los niveles de ansiedad y depresión fueron elevados, alcanzando el 48,3% y 47,8% respectivamente. Los factores más relacionados con la ansiedad y depresión fueron la orientación sexual, el desconocimiento de la carga viral, la adherencia al tratamiento y el nivel educativo. Además, los pacientes de 25 años o menos presentaron una mayor prevalencia de estas sintomatologías, aunque no se encontraron diferencias estadísticas significativas con otros grupos. (Tapullima-Mori, 2022)

En una investigación titulada “Relación entre pacientes seropositivos VIH con los síntomas de ansiedad y depresión”, esta se enfocó en establecer la relación entre las personas seropositivos de VIH y la sintomatología ansiosa o depresiva, utilizando un enfoque cualitativo con metodología descriptiva a través de una revisión documental. Se revisaron 30 investigaciones publicadas entre 2017 y 2021 a nivel internacional, nacional y regional, recopilando información relevante mediante fichas de resumen; los resultados mostraron que los pacientes con VIH experimentan síntomas depresivos como desesperanza, resentimiento, culpa, trastornos del sueño y falta de apetito, los cuales afectan negativamente su calidad de vida. Estos síntomas están vinculados a sentimientos de fracaso, humillación e inferioridad. Además, la ideación suicida y factores de riesgo como antecedentes familiares de trastornos psiquiátricos, suicidio o consumo de drogas aumentan la probabilidad de desarrollar depresión. En cuanto a la ansiedad, los pacientes experimentan síntomas fisiológicos como palpitaciones y náuseas, especialmente durante

chequeos médicos o fluctuaciones en la carga viral, lo que puede afectar la adherencia al tratamiento. No obstante, la percepción de control sobre la enfermedad puede reducir los niveles de ansiedad. (Carrero Guevara y De Arco Carrascal, 2022)

El artículo analiza la prevalencia del VIH y la Hepatitis B (HBV) entre 300 adolescentes de 10 a 19 años que acudieron a servicios de salud en el Federal Teaching Hospital de Birnin Kebbi, Nigeria, entre enero y junio de 2023. Mediante un estudio transversal, se recolectaron muestras de sangre analizadas mediante ELISA para determinar la presencia de ambas infecciones. La investigación identifica tasas de prevalencia de 4,3% para VIH y 7,0% para HBV, con mayor presencia de VIH en hombres y una distribución de hepatitis B sin diferencias significativas por sexo. Además, factores como la edad, actividad sexual, transfusiones previas y falta de conocimiento influyeron en el riesgo de infección. El estudio concluye que la prevalencia observada refleja una problemática de salud pública persistente entre adolescentes, influenciada por conductas de riesgo, baja educación en salud, barreras de acceso y estigma. Los autores recomiendan fortalecer los programas educativos, mejorar el acceso a tamizajes, aumentar la cobertura de vacunación para HBV y promover intervenciones comunitarias sensibles a las necesidades de esta población vulnerable. (Ifere *et al.*, 2025)

Según Aguayo et al (2024), este estudio cualitativo explora las experiencias de vulnerabilidad al VIH entre 17 adolescentes y mujeres transgénero de 16 a 24 años en Lima, Perú, reclutadas entre 2019 y 2020 mediante muestreo intencional. Las entrevistas semiestructuradas investigaron contextos sociales, factores psicológicos, trayectorias de vida, redes comunitarias y conductas protectoras relacionadas con la salud. El análisis se desarrolló desde un enfoque feminista, interseccional, orientado a las personas trans y basado en fortalezas, e incorporó codificación colaborativa, participación comunitaria y validación con organizaciones translocales. Los hallazgos revelan que, a pesar de enfrentar violencia familiar, discriminación escolar, barreras laborales, pobreza, migración forzada y trabajo sexual obligatorio, las participantes desplegaron numerosas fortalezas: autoconocimiento, motivación educativa, búsqueda de empleo, apoyo comunitario, uso de condón, conocimiento del VIH, interés por PrEP y redes de contención entre mujeres trans. Sin embargo, estas conductas protectoras se ven sistemáticamente bloqueadas por múltiples

niveles de estigma, violencia y exclusión estructural. El estudio propone el modelo del “ciclo del VIH”, que explica cómo incluso los comportamientos saludables no garantizan protección cuando el contexto social niega autonomía, derechos y acceso a servicios. Se concluye que romper este ciclo requiere intervenciones estructurales, reconocimiento de las mujeres trans como líderes en la respuesta al VIH y fortalecimiento de comunidades trans organizadas

Por otro lado, Ali *et al.* (2023) analizan la percepción de vulnerabilidad al VIH en 51 adolescentes migrantes venezolanos de 14 a 17 años que residen en Trinidad y Tobago. La investigación empleó un diseño transversal mediante encuestas autoadministradas en español, aplicadas en centros comunitarios y espacios seguros para población migrante. El cuestionario evaluó conocimientos sobre VIH, percepción de riesgo, conductas sexuales, barreras de acceso a servicios y experiencias migratorias. El análisis incluyó estadística descriptiva e inferencial para identificar asociaciones entre factores sociodemográficos y percepción de riesgo. Los resultados indican que, aunque los participantes reconocen que la migración aumenta su vulnerabilidad, muchos reportan bajo conocimiento sobre el VIH, mitos persistentes y limitada percepción del riesgo personal. Además, se identificaron barreras significativas, como dificultades idiomáticas, falta de documentación, discriminación y limitado acceso a educación sexual formal. El estudio concluye que estos factores crean un entorno de alta vulnerabilidad para adolescentes migrantes, por lo que se recomienda implementar programas cultural y lingüísticamente adaptados, facilitar acceso a servicios de salud y fortalecer estrategias comunitarias para reducir riesgo.

También, Buluba *et al.* (2023), investigó los factores asociados al comportamiento sexual de riesgo relacionado con el VIH en población pediátrica y adolescente de 10 a 19 años que recibía atención en clínicas de VIH en Uganda. Se empleó un diseño transversal analítico, utilizando un cuestionario estructurado que recolectó información sobre actividad sexual, uso de condón, consumo de sustancias, conocimiento sobre VIH, comunicación familiar, adherencia al tratamiento y apoyo psicosocial. Participaron adolescentes que vivían con VIH tanto por transmisión vertical como horizontal. El análisis estadístico incluyó regresión logística para identificar predictores significativos de conductas sexuales de riesgo. Los resultados mostraron que una proporción considerable de adolescentes

reportó actividad sexual sin protección, múltiples parejas o uso inconsistente del condón. Entre los factores más asociados al riesgo se encontraron la comunicación deficiente con cuidadores, el consumo de alcohol, el inicio sexual temprano y el limitado acceso a educación sexual integral. Por otro lado, el apoyo emocional, la adherencia al tratamiento y la participación en grupos de pares redujeron la probabilidad de comportamientos riesgosos. El estudio concluye que es necesario reforzar intervenciones combinadas que integren educación sexual, apoyo psicosocial, fortalecimiento de vínculos familiares y estrategias comunitarias para reducir el riesgo de transmisión del VIH entre adolescentes que viven con la infección.

Objetivos

Objetivo general

Explorar las vivencias biopsicosociales de personas costarricenses a partir del diagnóstico de VIH.

Objetivos específicos

- Describir las estrategias de afrontamiento utilizadas por personas diagnosticadas con VIH tras recibir el diagnóstico.
- Explorar las implicaciones biopsicosociales del diagnóstico de VIH en la vida cotidiana de las personas, considerando como variables sexo, edad, orientación sexual e identidad de género.
- Identificar los factores protectores presentes en los ámbitos personal, académico, laboral y social de las personas diagnosticadas con VIH, en función de su sexo, edad orientación sexual e identidad de género.
- Diseñar y presentar un protocolo de intervención psicológica para el afrontamiento del diagnóstico de VIH, validado a partir de las vivencias compartidas por la población participante.

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

Infecciones de Transmisión Sexual

Las Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) son infecciones causadas por bacterias, virus y hongos, las cuales se transmiten principalmente a través de relaciones sexuales, pero también pueden ocurrir mediante el uso compartido de jeringas o durante el embarazo (Caputo *et al.*, 2022; Chbib *et al.*, 2021; Fasciana *et al.*, 2022; Vallejo *et al.*, 2018; como se citó en Romero Arias *et al.*, 2024).

Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH)

Entre las ITS más prevalentes se encuentra el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), un retrovirus que ataca y destruye las células CD4+ del sistema inmunológico, lo que aumenta el riesgo de infecciones y tumores. El VIH se transmite principalmente a través de fluidos corporales como la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna (Abdulghani *et al.*, 2020). Su propagación puede ser controlada mediante el tratamiento antirretroviral (TAR).

El VIH se divide por fases. Según Contigiani *et al.* (2022), la primera corresponde a la infección aguda, la cual se presenta inmediatamente después del contagio. En esta etapa pueden comenzar a manifestarse síntomas entre las 2 y 4 semanas, como dolor de cabeza, fiebre y sudoración; estos, en muchas ocasiones, se confunden con un cuadro gripal. También puede presentarse diarrea e inflamación de ganglios linfáticos; sin embargo, en la mayoría de los casos esta fase es asintomática.

La segunda fase, conocida como fase intermedia o latente, se caracteriza porque el virus comienza a provocar una disminución progresiva de los linfocitos T CD4. En esta etapa pueden presentarse síntomas o enfermedades; sin embargo, esto no ocurre en todos los casos, ya que el sistema inmunológico aún es capaz de compensar esta pérdida. Por esta razón, hay personas que pueden permanecer sin presentar ningún tipo de síntoma durante períodos que oscilan entre 5 y 10 años.

Fase SIDA

Esta última fase, llamada “síndrome de la inmunodeficiencia adquirida” (SIDA), se manifiesta en personas que nunca han recibido tratamiento antirretroviral. En esta etapa, las copias virales se multiplican exponencialmente y se produce un descenso del conteo de linfocitos CD4 por debajo de 200 por mm³ de plasma, lo que ocasiona una mayor exposición a enfermedades oportunistas infecciosas y oncológicas. (Contigiani *et al.*, 2022)

La Organización Mundial de la Salud (OMS) (2023) destaca la importancia de diferenciar ambos conceptos: el VIH es el virus que ataca al sistema inmunológico, mientras que el SIDA corresponde a la fase más avanzada cuando el VIH no recibe tratamiento. Asimismo, se resalta que esta diferenciación contribuye a disminuir la estigmatización, permite un diagnóstico y tratamiento oportunos y mejora el seguimiento en salud pública.

Implicaciones fisiológicas

Por otra parte, debido al debilitamiento constante del sistema inmunitario en pacientes con VIH, estas personas presentan un alto riesgo de contraer enfermedades como cáncer, enfermedades crónicas y enfermedades oportunistas que afectan al sistema nervioso central. Entre los síntomas físicos más comunes se encuentran el dolor de cabeza, la fiebre, la confusión, las alteraciones en la visión, la rigidez en el cuello, entre otros. Algunos factores de riesgo incluyen un bajo conteo de linfocitos CD4, una infección prolongada por VIH/SIDA y el abandono de la terapia antirretroviral. (Guamancela *et al.*, 2023)

A pesar de la introducción de la terapia antirretroviral altamente efectiva (TARVAE) hace casi 30 años, las infecciones oportunistas que afectan el sistema nervioso central (SNC) continúan siendo una causa significativa de morbilidad y mortalidad en personas que viven con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), especialmente en aquellas que han progresado a la fase de síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

La afectación neurológica en pacientes con VIH es frecuente y representa un aspecto clínico importante de la enfermedad. El VIH es un virus neurotrópico, es decir,

tiene la capacidad de invadir y afectar directamente el sistema nervioso. Esta afectación puede presentarse en cualquiera de sus regiones (cerebro, médula espinal, meninges, etc.) y en cualquier etapa de la infección, desde fases tempranas hasta estadios avanzados. Además del daño neurológico directo causado por el propio virus, el sistema nervioso central también puede verse afectado de manera secundaria por infecciones oportunistas o por neoplasias (tumores), las cuales se desarrollan como consecuencia del deterioro progresivo del sistema inmunológico. Este grado de inmunosupresión se asocia de forma directa con el recuento de linfocitos CD4 en sangre periférica: a menor cantidad de CD4, mayor es el riesgo de presentar estas complicaciones.

Las manifestaciones neurológicas no siempre se deben al virus o a infecciones externas; en algunos casos, pueden ser desencadenadas o agravadas por los efectos adversos de la propia terapia antirretroviral. Aunque la TARVAE ha logrado reducir de forma significativa la incidencia de infecciones oportunistas, no ha eliminado por completo su aparición, especialmente en pacientes con diagnóstico tardío o con adherencia deficiente al tratamiento.

Existe una amplia variedad de infecciones oportunistas que pueden comprometer el sistema nervioso central, incluyendo la toxoplasmosis cerebral, la criptococosis meníngea, la leucoencefalopatía multifocal progresiva, la tuberculosis del SNC, entre otras. La susceptibilidad a estos patógenos varía según el estado inmunológico del paciente.

El diagnóstico, el manejo clínico y el pronóstico de estas infecciones dependen en gran medida del microorganismo causante, así como del estado general del paciente y de su respuesta al tratamiento. Por ello, es fundamental una evaluación individualizada, que considere tanto los hallazgos clínicos como los estudios de laboratorio e imagen, con el fin de establecer una estrategia terapéutica adecuada. (Suasnabas Pacheco, 2023)

Tratamiento farmacológico

En Costa Rica, la Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS) anunció en 2024 la transición hacia esquemas basados en dolutegravir, principalmente con la combinación

tenofovir + lamivudina + dolutegravir. Esta decisión sigue las recomendaciones más recientes de la Organización Mundial de la Salud (OMS) y de la International Antiviral Society–USA (IAS–USA), con el fin de simplificar el tratamiento a una sola tableta diaria, mejorar la adherencia y facilitar la logística de abastecimiento. Además, sitúa al país en línea con la tendencia mundial de dejar atrás medicamentos como efavirenz, que ofrecen menor seguridad y tolerancia, para priorizar inhibidores de la integrasa, más eficaces y con mayor barrera genética. (World Health Organization, 2021; Gandhi *et al.*, 2025; CCSS, 2024)

Actualmente, el inicio del tratamiento antirretroviral (TAR) en adultos se basa en un inhibidor de la integrasa, como dolutegravir o bictegravir), acompañado de dos análogos de nucleósidos, por ejemplo, tenofovir disoproxil fumarato/lamivudina o tenofovir alafenamida/emtricitabina cuando hay riesgo renal u óseo. Como alternativa, el esquema abacavir/lamivudina/dolutegravir puede utilizarse, pero requiere una prueba negativa de HLA-B*57:01 para evitar reacciones graves de hipersensibilidad. En este panorama, efavirenz quedó relegado como opción de primera línea debido a su menor eficacia y por efectos adversos neuropsiquiátricos, mientras que los inhibidores de proteasa potenciados, como darunavir/ritonavir, se reservan para situaciones específicas o de segunda línea. (Gandhi *et al.*, 2025; WHO, 2021)

La adopción de dolutegravir está respaldada por evidencia robusta. Estudios en la vida real muestran que los pacientes con dolutegravir alcanzan mejores tasas de supresión viral y mayor permanencia en los programas de tratamiento, en comparación con esquemas basados en efavirenz). Por ejemplo, se ha documentado mayor retención a los 12 meses y un porcentaje superior de personas con carga viral indetectable (<50 copias/mL), lo que refuerza la conveniencia de su implementación a nivel de los sistemas de salud. (Dorward *et al.*, 2023; Gandhi *et al.*, 2025)

Además, dolutegravir ha demostrado ser una opción eficaz cuando es necesario cambiar de esquema, ya sea por toxicidad, simplificación o fracaso terapéutico. Un ensayo en *The New England Journal of Medicine* encontró que sustituir un inhibidor de proteasa potenciado (PI/r) por dolutegravir en pacientes ya suprimidos mantuvo los mismos niveles

de eficacia. De manera similar, el estudio NADIA en *The Lancet HIV* concluyó que dolutegravir) no fue inferior a darunavir/ritonavir incluso en pacientes con resistencia a análogos de nucleósidos), lo que facilita la toma de decisiones clínicas en contextos con recursos limitados. (Ombajo *et al.*, 2023; Paton *et al.*, 2022)

En cuanto a seguridad, se ha identificado que dolutegravir y tenofovir alafenamida pueden asociarse a un aumento de peso mayor que el observado con efavirenz/tenofovir disoproxil fumarato. Un metaanálisis en *EClinicalMedicine* confirmó estos hallazgos, y cohortes en práctica clínica reportaron, además, un mayor riesgo de hipertensión tras el cambio de efavirenz a dolutegravir. Aunque estos efectos dependen de factores como el sexo, el índice de masa corporal y el estado inmunológico inicial, se recomienda monitorear el peso y la presión arterial, reforzando hábitos saludables, ya que el beneficio virológico del dolutegravir sigue siendo alto. (Kanters *et al.*, 2022; Brennan *et al.*, 2023; Sokhela *et al.*, 2024)

Respecto a la base del esquema antirretroviral (“backbone”), el tenofovir disoproxil fumarato puede generar afectación renal y pérdida de densidad ósea en ciertos pacientes. En tales casos, la versión más reciente, el tenofovir alafenamida, ofrece mayor seguridad. De hecho, los cambios de TDF a TAF han mostrado mejoras en los marcadores óseos y en la densidad mineral ósea (BMD). Por esta razón, cuando se usa TDF es necesario vigilar periódicamente la función renal (eGFR/creatinina) y, en algunos casos, la salud ósea, complementando con medidas como suplementación con vitamina D, calcio y ejercicio físico. (Bi *et al.*, 2022; Moore *et al.*, 2024)

Finalmente, otros efectos adversos refuerzan la preferencia actual por los inhibidores de la integrasa. Efavirenz está vinculado a problemas neuropsiquiátricos como insomnio, ansiedad o sueños vívidos, mientras que los inhibidores de proteasa potenciados suelen generar molestias gastrointestinales y dislipidemia. En cambio, dolutegravir presenta un perfil más tolerable. Cuando se utiliza abacavir, la prueba genética HLA-B*57:01 sigue siendo obligatoria, pues reduce significativamente el riesgo de reacciones graves. En general, la elección del régimen debe adaptarse a cada persona, equilibrando la eficacia

virológica, las comorbilidades (renales, óseas y cardiovasculares), las posibles interacciones y las preferencias individuales. (Costa y Vale, 2022; Vos *et al.*, 2021; Gandhi *et al.*, 2025)

Implicaciones psicológicas

Tras el contagio de alguna de estas infecciones de transmisión sexual, se evidencia un deterioro en la salud mental, con la presencia de síntomas de ansiedad. Según Chacón Delgado *et al.* (2021), la ansiedad es una reacción de defensa fisiológica ante situaciones que la persona puede percibir como amenazantes y se caracteriza por miedos y preocupaciones excesivas, que pueden generar en el individuo sensaciones de inquietud, irritabilidad, hipervigilancia o agitación. Estas reacciones negativas, en la mayoría de los casos, surgen ante situaciones que no representan un peligro real para la persona. Para realizar su diagnóstico, se requiere un trabajo conjunto entre médicos, psiquiatras y psicólogos clínicos, basado en los criterios del *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders* (DSM) y del *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*. Los trastornos de ansiedad se encuentran entre los diagnósticos más frecuentes en la población y pueden causar complicaciones en el desarrollo psicosocial y psicopatológico.

Asimismo, los síntomas disfóricos pueden presentarse como consecuencia de situaciones que generan malestar o agotamiento emocional en la persona. Estos pueden manifestarse mediante cambios de humor, tristeza, irritabilidad, desesperanza o cansancio, entre otros. Es importante, tras el diagnóstico de alguno de los virus mencionados anteriormente, tener presentes estos síntomas, ya que, por lo general, pueden desencadenar problemas graves de salud mental, como trastornos depresivos o trastornos de ansiedad. (Pérez, 2023)

Otra consecuencia que puede presentarse es el aislamiento social, el cual se manifiesta de manera objetiva mediante la ausencia de relaciones o contactos sociales y la soledad, y de forma subjetiva según la percepción de cada persona sobre la calidad y cantidad de sus relaciones interpersonales. Este fenómeno puede depender del entorno de la persona o de su manera de interactuar como individuo social. Las personas que

experimentan aislamiento social pueden presentar consecuencias negativas como depresión, demencia, problemas cardiovasculares o un mayor riesgo de mortalidad. (Vicente Arruebarrena y Sánchez Cabaco, 2020)

Depresión

La depresión puede definirse como un trastorno del estado de ánimo caracterizado por la presencia persistente de tristeza, vacío o irritabilidad, acompañada de cambios somáticos y cognitivos que afectan significativamente la capacidad de la persona para funcionar. Entre los síntomas más comunes se incluyen la pérdida de interés o placer en casi todas las actividades, las alteraciones del sueño y del apetito, la fatiga, los sentimientos de inutilidad o culpa excesiva, las dificultades de concentración y los pensamientos recurrentes de muerte o suicidio (American Psychiatric Association, 2014). En personas con diagnóstico de VIH, la depresión puede presentarse con mayor frecuencia debido al impacto psicológico del diagnóstico, al estigma social asociado, a la incertidumbre respecto al pronóstico y a los efectos secundarios del tratamiento antirretroviral. Además, factores como la discriminación, el aislamiento social y la ansiedad relacionada con la salud física pueden intensificar los síntomas depresivos y afectar la adherencia terapéutica, el funcionamiento social y la calidad de vida general.

Ansiedad

En el caso de las personas con diagnóstico de VIH, los trastornos de ansiedad pueden presentarse con mayor prevalencia debido al estrés asociado al diagnóstico, al temor al estigma, a la preocupación por la evolución de la enfermedad y a los posibles efectos adversos del tratamiento. Además, factores psicosociales como la discriminación, la inseguridad económica o el aislamiento social pueden agravar los síntomas ansiosos, afectando la adherencia al tratamiento antirretroviral y el bienestar emocional general. Según el *Manual Diagnóstico y Estadístico de los Trastornos Mentales* (DSM-5), la ansiedad se caracteriza por la anticipación de una amenaza futura, acompañada de sentimientos de aprehensión, tensión o preocupación excesiva, además de síntomas físicos de activación y conductas de evitación. Se considera un trastorno cuando esta respuesta es

desproporcionada o interfiere de forma significativa en la vida cotidiana. (American Psychiatric Association, 2014)

Aislamiento

El aislamiento social puede manifestarse como una disminución significativa del interés o de la participación en las actividades sociales, reflejando un retiro o desconexión de las relaciones interpersonales. Este comportamiento suele observarse en trastornos del estado de ánimo, de ansiedad u otros cuadros psicológicos en los que la persona evita el contacto social o pierde el deseo de vincularse con los demás (American Psychiatric Association, 2014). En personas que viven con VIH, el aislamiento social puede intensificarse debido al estigma asociado a la enfermedad, al miedo al rechazo, a la discriminación y a la internalización de prejuicios sociales. Estas experiencias pueden generar sentimientos de soledad, vergüenza o desesperanza, afectando la autoestima, el bienestar emocional y la adherencia al tratamiento médico.

Tristeza

La tristeza es una emoción negativa caracterizada por una respuesta afectiva ante la pérdida, al desapego o al reconocimiento de una disminución del bienestar, que puede manifestarse a nivel fisiológico, conductual y cognitivo. Por ejemplo, un estudio reciente muestra que la tristeza provoca coherencia entre expresiones faciales y cambios en la frecuencia cardíaca durante estímulos emocionales, lo cual evidencia su dimensión psicofisiológica. En este sentido, la tristeza no solo es un estado subjetivo de malestar, sino que también se traduce en respuestas objetivas del organismo, lo que la sitúa en la intersección entre la emoción y la regulación corporal. (Gilpin *et al.*, 2021)

En el contexto del diagnóstico de VIH, la tristeza surge como una reacción frecuente ante la noticia de una infección crónica, al enfrentar tanto la dimensión propia del diagnóstico como el estigma, el miedo al rechazo y las transformaciones en la vida cotidiana. Un estudio cualitativo con personas diagnosticadas en Irán encontró que tras la confirmación del VIH emergen sentimientos de “desánimo”, aislamiento social y culpa, los

cuales constituyen componentes centrales de la tristeza, que requieren apoyo emocional inmediato. Esta tristeza tiene implicaciones prácticas, ya que puede afectar la adherencia a los tratamientos, dificultar la búsqueda de apoyo social y prolongar el ajuste psicológico al diagnóstico, por ello, su consideración en los servicios de atención del VIH es clave para promover una mejor salud integral. (Imani *et al.*, 2021)

Irritabilidad

La irritabilidad se describe como una tendencia a presentar emociones de enojo, impaciencia o molestia, con una baja tolerancia ante estímulos frustrantes, y se caracteriza por un umbral reducido para responder ante situaciones de bloqueo o frustración. En este análisis conceptual se destaca que la irritabilidad no es simplemente ira o agresión, sino una vivencia en la que la persona presenta un menor control emocional, reacciona de forma desproporcionada ante estímulos negativos y puede manifestar síntomas, tanto fisiológicos como conductuales. (Saatchi *et al.*, 2023)

En el contexto del diagnóstico de VIH, la irritabilidad puede emerger como una de las respuestas emocionales iniciales al enfrentarse a la noticia de una infección crónica, con implicaciones tanto para la salud mental como para el manejo del tratamiento. Aunque no todos los estudios mencionan la palabra “irritabilidad” explícitamente en personas con VIH, se ha observado que los retos emocionales como el *shock*, culpa, aislamiento o estrés frente al diagnóstico, pueden manifestarse en formas de estado de ánimo irritables que interfieren con el proceso de adaptación. (Imani *et al.*, 2021)

Ideación suicida

Las personas que viven con VIH presentan un riesgo significativamente mayor de desarrollar trastornos de salud mental, especialmente ansiedad y depresión. Dado que el comportamiento suicida se relaciona estrechamente con estos trastornos, el riesgo de suicidio dentro de esta población es considerablemente elevado. Diversas investigaciones epidemiológicas señalan que la personas con VIH/SIDA tienen entre 7 y 36 veces más

probabilidades de experimentar ideación o intentos suicidas en comparación con la población general.

El suicidio en personas que viven con VIH constituye una problemática compleja y multifactorial. Factores biológicos, psicológicos, sociales y estructurales se combinan para incrementar el riesgo de esta conducta. Por ello, resulta fundamental adoptar un enfoque integral e interdisciplinario que no solo contemple el tratamiento médico de la enfermedad, sino también el acompañamiento psicológico, la inclusión social y el apoyo económico. Asimismo, es esencial promover la educación sobre el VIH, su tratamiento y su pronóstico, además de capacitar al personal de salud para la detección y el manejo de los trastornos mentales, garantizando así una identificación temprana y una intervención oportuna en las personas con mayor riesgo. (Zamudio Rojas, 2025)

Tratamiento psicológico

Como se ha mencionado, las personas que viven con VIH presentan una prevalencia elevada de trastornos emocionales, como depresión, ansiedad y estrés postraumático, así como problemas psicosociales que afectan de manera significativa su calidad de vida y su capacidad de adherirse al tratamiento antirretroviral. Estudios y metaanálisis recientes señalan tasas importantes de síntomas depresivos y de ansiedad en poblaciones con VIH y documentan la asociación entre la sintomatología mental y resultados de salud relacionados con el VIH. Esto establece la necesidad de integrar la atención psicológica como componente esencial del manejo clínico del VIH. (Ji *et al.*, 2024; Mergenova *et al.*, 2024)

El estigma asociado al VIH, tanto el estigma social como el percibido y el internalizado, constituye un mediador clave entre el diagnóstico serológico y los resultados psicosociales negativos; además, este estigma interactúa con otras fuentes de marginalidad (género, orientación sexual, edad), lo que obliga a un enfoque interseccional en el diseño de intervenciones psicosociales. Las revisiones contemporáneas resaltan que el estigma incrementa el riesgo de aislamiento, reduce la búsqueda de apoyo y dificulta la adherencia al tratamiento y el acceso a servicios de salud mental. (Di Gennaro *et al.*, 2024; Hsieh *et al.*, 2022)

La evidencia sobre intervenciones psicológicas para personas con VIH ha mostrado efectos positivos en variables de salud mental y, en varios estudios, mejoras en la adherencia al tratamiento y en indicadores biológicos. Entre las intervenciones eficaces reportadas se incluyen la terapia individual basada en modelos cognitivo-conductuales y en la autoeficacia, el apoyo grupal estructurado, las intervenciones basadas en la comunidad y los protocolos combinados que incorporan recordatorios y componentes de educación para la salud. Las síntesis de estudios indican que los enfoques multimodales (combinación de terapia psicológica, apoyo psicosocial y herramientas digitales) suelen ofrecer mejores resultados. (Costa-Cordella *et al.*, 2022; Toegel *et al.*, 2021)

La crisis sanitaria reciente y el avance de las tecnologías de la salud han acelerado la evidencia favorable al uso de intervenciones digitales y telepsicológicas para ampliar el acceso a atención psicológica en poblaciones con VIH, especialmente en contextos con limitaciones de recursos. Revisiones y estudios piloto muestran que estas intervenciones pueden reducir síntomas depresivos, mejorar adherencia cuando se integran con apoyo psicológico y disminuir barreras geográficas o de estigma para la búsqueda de ayuda. No obstante, la heterogeneidad metodológica y la necesidad de adaptación cultural son desafíos recurrentes. (Wang *et al.*, 2023; Nabunya *et al.*, 2024; Houston *et al.*, 2021)

El abordaje psicológico del VIH se apoya en varios marcos teóricos complementarios: los modelos de estrés y afrontamiento que explican la respuesta emocional ante el diagnóstico y la pérdida percibida de control; teorías de la autoeficacia y de la conducta de salud que fundamentan intervenciones para promover la adherencia; y perspectivas socioecológicas e interseccionales, que orientan intervenciones a nivel individual, familiar, comunitario e institucional para reducir el estigma y mejorar las redes de apoyo. La literatura empírica reciente respalda la utilidad práctica de combinar técnicas individuales, intervenciones grupales y componentes comunitarios o digitales que modifiquen entornos y barreras sociales. (Costa-Cordella *et al.*, 2022; Hsieh *et al.*, 2022)

Factores protectores

Sin embargo, un factor de protección esencial tras el diagnóstico son las redes de apoyo con la que cuenta la persona, ya que se relacionan con el desencadenamiento de respuestas psicológicas ante el diagnóstico de estas infecciones de transmisión sexual. En este contexto, el apoyo social, en particular el de la familia, resulta fundamental para la vida de las personas con VIH, pues facilita una mejor adaptación y les permite enfrentar los desafíos de la enfermedad. La familia debe continuar cumpliendo sus funciones, adaptándose a las nuevas circunstancias que surgen con el VIH. Las familias funcionales son clave, ya que brindan apoyo positivo y ayudan a las personas a lidiar con los cambios asociados al diagnóstico. Asimismo, el médico familiar cumple un papel crucial en el manejo integral de la persona, no solo desde el punto de vista biológico, sino también al considerar los aspectos emocionales y sociales de la enfermedad, como la discriminación y los prejuicios, incluso dentro del entorno familiar. (Caldera-Guzmán y Pacheco-Zavala 2020)

Asimismo, existen grupos de apoyo a nivel nacional que brindan información y acompañamiento durante el proceso de diagnóstico, como, por ejemplo, el Consejo Nacional de Atención Integral del VIH/sida (CONASIDA), una instancia asesora que coordina la respuesta nacional al VIH, y el Hogar Nuestra Señora de la Esperanza, ubicado en Cartago, el cual se encarga de brindar atención integral en conjunto con las áreas de medicina, nutrición, psicología, trabajo social y enfermería.

Rendimiento académico

El rendimiento académico es un concepto complejo y multidimensional, vinculado estrechamente con los resultados de aprendizaje, ya sean autónomos o colaborativos, y que suele reflejarse en las calificaciones obtenidas por los estudiantes (García, 2015, p. 4; como se citó en Borja *et al.*, 2021). No obstante, este rendimiento no está exento de sesgos, pues puede variar según el profesorado, las asignaturas, los planes de estudio y las instituciones de educación superior, las cuales aplican criterios diferenciados en sus sistemas de calificación y evaluación (Garbanzo-Vargas, 2007, pp. 43-63; como se citó en Borja *et al.*,

2021). De este modo, el rendimiento académico no depende únicamente de las características individuales de los estudiantes, sino también de factores asociados a su salud y bienestar, al ambiente y a la estructura institucional, al profesorado, a la familia y a la sociedad, los cuales interactúan entre sí e influyen de manera significativa en el éxito o fracaso estudiantil.

En el contexto de Espinosa Castro *et al.* (2020), el rendimiento académico comprende el desempeño educativo de los estudiantes en sus cursos y materias, reflejado principalmente en sus calificaciones y en la aprobación de asignaturas, así como en su capacidad de avanzar dentro del plan de estudios, lo cual puede verse afectado negativamente por niveles elevados de estrés.

En este sentido, García Torres (2020) analiza en su estudio los factores asociados al rendimiento neuropsicológico en personas que viven con VIH, evidenciando cómo esta condición puede afectar las funciones cognitivas superiores, especialmente la atención, la memoria de trabajo, la velocidad de procesamiento y las funciones ejecutivas. Estas funciones son esenciales para la adquisición y consolidación del conocimiento, por lo que su alteración tiene un impacto directo en el rendimiento académico, al dificultar la planificación, la organización, la comprensión y la resolución de tareas académicas.

Además, la autora destaca que los factores emocionales asociados al diagnóstico y al tratamiento del VIH, tales como el estrés, la ansiedad y la depresión, pueden agravar los déficits cognitivos, generando una disminución significativa en la capacidad de concentración y en la motivación hacia el aprendizaje. Esta interacción entre los procesos emocionales y cognitivos influye negativamente en la eficiencia académica, evidenciando que el rendimiento no solo depende de las condiciones educativas, sino también del bienestar psicológico y del equilibrio neurocognitivo del individuo.

Por lo tanto, comprender el rendimiento académico en personas que viven con VIH implica considerar tanto los procesos neuropsicológicos como los factores psicoemocionales que median su desempeño. Tal como concluye García Torres (2020), la atención interdisciplinaria que combine el abordaje psicológico, educativo y médico resulta

fundamental para fortalecer el funcionamiento cognitivo y favorecer una mejor adaptación académica y social en esta población.

Relaciones laborales

Las relaciones laborales son los vínculos que se generan tanto dentro de la empresa como entre los propios trabajadores. Estos vínculos pueden manifestarse de forma positiva, caracterizada por la estabilidad, el compromiso, la sensibilización, la colaboración y el trabajo en equipo, o de forma negativa, marcada por la competitividad excesiva, la inseguridad laboral, la desconfianza y la inestabilidad. En el contexto del diagnóstico de VIH, las relaciones laborales pueden verse afectadas negativamente, ya que la persona trabajadora puede experimentar desconcentración, falta de motivación e intranquilidad al permanecer preocupada por su salud, su futuro laboral y su bienestar general. (Bayón Pérez, J., & Arenas Falótico., 2019)

Es importante destacar que esta afectación no solo se produce en el plano individual, sino que también puede repercutir en el conjunto organizacional. Cuando una persona trabajadora se encuentra ansiosa o vive la incertidumbre frente a su estado de salud, puede disminuir su participación activa, reducirse el nivel de colaboración o incluso generarse un ambiente de mayor tensión o aislamiento. Esto puede influir tanto en el clima laboral como en los indicadores de productividad y bienestar. Además, la evidencia más reciente sugiere que las personas que viven con VIH enfrentan barreras laborales importantes, incluidas el estigma, la anticipación de discriminación y la inseguridad ocupacional. Por ejemplo, un estudio cualitativo realizado en Canadá evidenció que trabajadores con VIH enfrentan retos significativos para mantenerse o acceder al empleo, lo que afecta directamente sus relaciones laborales y su integración efectiva en los entornos de trabajo. (Alexander *et al.*, 2021)

Relaciones sociales y de pareja

El ser humano establece vínculos recíprocos con otras personas como parte de la estructura social en la que nace y se integra, siendo miembro de un sistema social basado en

interacciones familiares, grupales y generacionales, en el cual existen divisiones del trabajo y diferenciación social. En el caso del VIH/SIDA, este aspecto humano de las relaciones interpersonales influye en la vida cotidiana tanto de quienes viven con la enfermedad como de aquellas personas que comparten su hogar o lugar de trabajo. (Ventura-Elías *et al.*, 2021)

Las relaciones de pareja, en particular, pueden verse profundamente afectadas por el diagnóstico de VIH. La confianza, la comunicación y la intimidad sexual pueden alterarse, generando tensiones emocionales y físicas. Además, el estigma asociado al VIH puede conducir a la exclusión social y a la discriminación, afectando la calidad de las relaciones interpersonales. Es fundamental que las personas que viven con VIH reciban apoyo emocional y social adecuado para mantener relaciones saludables. La educación y la sensibilización en torno al VIH resultan esenciales para reducir el estigma y promover la inclusión social, permitiendo que las relaciones de pareja y las interacciones sociales se desarrollen en un ambiente de respeto y comprensión. (Coronado-Becerril *et al.*, 2024)

Relaciones familiares

Las relaciones familiares constituyen un pilar fundamental en el proceso de afrontamiento, adaptación y bienestar emocional de las personas diagnosticadas con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Diversas investigaciones señalan que, tras el diagnóstico, la familia puede convertirse en una fuente de apoyo o, por el contrario, en un espacio de conflicto y estigmatización, dependiendo de factores como el nivel de información, la cohesión familiar, las creencias culturales y las actitudes frente a la enfermedad. (Vicuña Medina, 2025)

De acuerdo con el estudio realizado por Vicuña Medina (2025), el apoyo familiar es determinante para la estabilidad emocional y la adherencia al tratamiento de las personas con VIH, ya que la comprensión, la aceptación y el acompañamiento cotidiano fortalecen la autoestima y disminuyen la percepción de aislamiento social. En contraposición, la presencia de rechazo, discriminación o sobreprotección dentro del núcleo familiar puede generar sentimientos de culpa, miedo y baja autovaloración, afectando el bienestar psicológico y social del individuo.

Por su parte, el artículo publicado por Maas Góngora *et al.* (2020) destaca que las dinámicas familiares suelen modificarse después del diagnóstico, especialmente en contextos donde persisten mitos y prejuicios sobre el VIH. Estos cambios se manifiestan en la comunicación, la toma de decisiones y las relaciones de poder dentro de la familia, lo cual puede impactar tanto la salud mental como la integración social de la persona afectada. Asimismo, el grado de aceptación familiar incide en la disposición del individuo para compartir su diagnóstico y mantener relaciones saludables y estables.

En síntesis, la literatura muestra que las relaciones familiares representan un factor clave en la calidad de vida y el afrontamiento del VIH, pudiendo actuar como un elemento protector o de riesgo. Un entorno familiar informado, empático y cohesionado favorece la adherencia al tratamiento, la salud emocional y la inclusión social, mientras que la estigmatización y la falta de apoyo incrementan la vulnerabilidad psicológica y social de las personas diagnosticadas.

Orientación sexual

En el marco de la psicología y de los estudios sobre diversidad sexual, la orientación sexual se entiende como la atracción emocional, afectiva y sexual que una persona siente hacia otras personas, la cual puede dirigirse hacia individuos de un género diferente al propio, del mismo género o de más de un género. Esta orientación incluye tanto el deseo sexual como la capacidad de establecer vínculos íntimos y afectivos con otras personas (Orellana, 2022; Cerpa-Reyes, 2023). Según Orellana (2022), “la orientación sexual se entiende como la atracción sexo-afectiva que una persona siente hacia personas de su mismo género, de otro género, más de un género o independientemente del género” (p. 45). De manera complementaria, Cerpa-Reyes (2023) enfatiza que “la orientación sexual se refiere al deseo natural, sexual, amoroso y erótico hacia otras personas, y sus denominaciones según Movilh Chile (2010) son: orientación heterosexual, homosexual y bisexual”. (p. 180)

Identidad de género

La identidad de género es la vivencia interna e individual del género, tal como cada persona lo siente profundamente. Esta identidad puede corresponder o no con el sexo asignado al momento del nacimiento e incluye la vivencia personal del cuerpo, que podría involucrar la modificación de la apariencia o de la función corporal a través de medios médicos, quirúrgicos o de otra índole, siempre que esta sea libremente escogida. Además, abarca otras expresiones de género, como la vestimenta, el modo de hablar y los gestos. (Magno *et al.*, 2019)

El diagnóstico de VIH puede tener un impacto significativo en la identidad de género de las personas, especialmente en aquellas que se identifican como transgénero o no binarias. La experiencia de vivir con VIH puede influir en la percepción que estas personas tienen de sí mismas y en la forma en que se relacionan con su identidad de género. Además, el estigma asociado al VIH puede exacerbar la discriminación que enfrentan las personas transgénero y no binarias, afectando negativamente su bienestar emocional y psicológico. Es fundamental considerar estas intersecciones para proporcionar un apoyo adecuado y respetuoso a todas las personas afectadas por el VIH. (Magno *et al.*, 2019)

Edad

La edad, desde una perspectiva psicológica y social, se concibe no solo como el número de años vividos (edad cronológica), sino también como una dimensión que influye en el desarrollo, la experiencia vital, la salud física y mental, y el contexto social. Estudios recientes en psicogerontología señalan que la edad incluye componentes subjetivos (cómo la persona siente su edad), objetivos (años vividos) y funcionales (capacidad física y cognitiva), los cuales interactúan para formar la experiencia de envejecer. (Sabatini *et al.*, 2024)

En cuanto al diagnóstico de VIH (virus de la inmunodeficiencia humana), la edad de la persona al momento del diagnóstico desempeña un papel relevante en diversos aspectos, como la presentación tardía, las tasas de comorbilidad, la adherencia al tratamiento y al

pronóstico. Un estudio identificó que los pacientes mayores (por ejemplo, de más de 45 años) presentan un mayor riesgo de mortalidad y de diagnóstico tardío en comparación con aquellos más jóvenes. Por tanto, la edad no actúa únicamente como un simple descriptor demográfico, sino como una variable clave que interactúa con factores clínicos, psicosociales y de servicios de salud en el proceso de diagnóstico, tratamiento e integración social de las personas que viven con VIH. (Ahmad *et al.*, 2025)

Estrategias de afrontamiento

Como se ha ido mencionando, el **diagnóstico** de una infección de transmisión sexual trae múltiples cambios a la vida de quien lo recibe, y parte de lo que permite una mejor adaptación son las estrategias de afrontamiento, entendidas como un conjunto de recursos psicológicos y conductuales que una persona utiliza para hacer frente a eventos estresantes. Estas pueden incluir respuestas cognitivas, emocionales y conductuales que buscan reducir el impacto negativo de un estresor, ya sea mediante la modificación de la respuesta emocional o el cambio en la evaluación de la situación conflictiva. Las estrategias pueden ser flexibles y adaptarse a lo largo del tiempo según las circunstancias y los eventos que se presenten, con el fin de lograr resultados óptimos, ya sea estabilizando la respuesta emocional o no. (Izquierdo, 2020)

Se identificó el modelo propuesto por Byrne (1964; como se citó en Izquierdo, 2020), quien distingue entre dos tipos de estilos de afrontamiento: uno centrado en evitar el conflicto y otro orientado a la externalización del problema. A su vez, el conocido modelo transaccional de Lazarus y Folkman, 1984; como se citó en Izquierdo, 2020, establece que existen dos tipos de estrategias de afrontamiento: aquellas orientadas a la emoción y las orientadas al problema. Asimismo, se encuentra en este contexto el modelo de Frydenberg y Lewis (1997; como se citó en Izquierdo, 2020), que propone tres estilos de afrontamiento: productivo (que involucra acciones dirigidas a resolver el conflicto), no productivo (caracterizado por sentimientos de culpa, aislamiento social o acciones que no contribuyen a la solución del conflicto) y orientado a otros (relacionado con estrategias dirigidas hacia otras personas, como la búsqueda de apoyo social, profesional o espiritual).

Terapia de aceptación y compromiso

La Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) es un enfoque psicoterapéutico contextual y conductual de tercera generación, basado en el contextualismo funcional y la teoría de marcos relacionales. Parte de la premisa de que los pensamientos, las emociones y las sensaciones son conductas verbales que no necesitan eliminarse ni modificarse para reducir el malestar psicológico. A diferencia de los modelos tradicionales centrados en la supresión de síntomas, ACT busca modificar la relación que las personas mantienen con sus eventos internos, promoviendo la flexibilidad psicológica, entendida como la capacidad de actuar en función de valores personales, aun en presencia de experiencias dolorosas. Su intervención se organiza en torno a seis procesos interdependientes: aceptación, difusión cognitiva, atención plena, yo como contexto, clarificación de valores y acción comprometida, los cuales permiten al individuo construir repertorios conductuales más amplios y efectivos, dirigidos a una vida significativa en lugar de una centrada en el control o la evitación del malestar. (Ayala y Rodríguez, 2020)

Terapia basada en la compasión

El Programa de Intercuidado Basado en Atención Plena y Compasión (IBAP) busca promover el trabajo colaborativo regional desde un marco culturalmente sensible, integrando prácticas contemplativas con una base ética y relacional. El programa se sustenta en una visión integral del cuidado, concebido como un “compromiso con el corazón, preocupación, prestar atención, dedicación a algo”, y comprende tres dimensiones fundamentales: el cuidado por la vida, el cuidado por el florecimiento humano y el cuidado terapéutico (Villalón, 2023, p. 112; como se citó en Villalón, 2023). Estos tipos de cuidado se expresan a través de comportamientos como la atención, la escucha activa, la empatía y la compasión. (Mortari, 2019; como se citó en Villalón, 2023)

El IBAP introduce el concepto de *intercuidado* como una forma de cuidado mutuo y recíproco que reconoce la necesidad de compartir y preservar recursos comunes para el bienestar colectivo. Metodológicamente, el programa se basa en el entrenamiento en atención plena para favorecer la regulación atencional y, con ello, la modulación corporal, emocional

y cognitiva. Esta autorregulación se orienta mediante un componente ético y compasivo que promueve relaciones saludables y cooperativas. A lo largo de ocho sesiones distribuidas en dos meses, el programa transita desde el cultivo de la atención plena hacia la integración progresiva de elementos como la compasión, la aceptación del malestar, la gratitud, la espiritualidad y los valores humanos, mediante estrategias como meditaciones, ejercicios de diario emocional, escucha compasiva y reflexión sobre principios éticos.

La eficacia del IBAP ha sido respaldada por investigaciones que muestran beneficios significativos en el bienestar psicológico, así como en la reducción de síntomas depresivos, ansiosos, etc. (Villalón *et al.*, 2020; Villalón y Moreno, 2021; Villalón *et al.*, 2022; Villalón *et al.*, 2023; como se citó en Villalón, 2023)

Este programa puede ofrecer beneficios significativos a personas diagnosticadas con infecciones de transmisión sexual (ITS), ya que proporciona herramientas para afrontar el malestar emocional y el estigma asociado a estos diagnósticos desde una perspectiva compasiva y sin juicio. A través del desarrollo de la atención plena, las personas participantes aprenden a reconocer y regular sus emociones, reduciendo la rumiación, la ansiedad y la autocrítica. Además, los módulos enfocados en la aceptación, la humanidad compartida y la autocompasión promueven un sentido de conexión con otros y fortalecen la autoestima, lo que puede contrarrestar el aislamiento social y la vergüenza, frecuentes en esta población. Al integrar prácticas contemplativas con valores como la empatía y el cuidado mutuo, el IBAP facilita procesos de sanación emocional en un marco ético y relacional, generando condiciones favorables para el bienestar integral de personas que atraviesan procesos de salud estigmatizantes.

Legislación

En Costa Rica, el marco jurídico establece una sólida protección para las personas diagnosticadas con VIH, reconociendo sus derechos fundamentales en los ámbitos personal, académico, laboral y social. La Ley General sobre el VIH-SIDA (Ley N.º 7771) garantiza el acceso a la atención integral en salud, incluyendo el suministro de medicamentos, el apoyo psicológico y la continuidad del tratamiento, al tiempo que protege la

confidencialidad de los datos médicos y prohíbe la divulgación del diagnóstico sin consentimiento expreso. Además, esta normativa rechaza cualquier medida estigmatizante o segregadora, reforzando el respeto a la dignidad y a la autonomía personal. (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1998)

En el ámbito educativo, la misma Ley establece que los centros académicos no pueden exigir pruebas de VIH como requisito de ingreso o permanencia, ni discriminar o excluir a estudiantes por su condición serológica. De este modo, se garantiza el derecho a la educación y a la igualdad de oportunidades para el desarrollo académico y profesional de las personas que viven con VIH. (Asamblea Legislativa de la República de Costa Rica, 1998)

En materia laboral, la legislación costarricense ha reforzado las garantías de no discriminación. El Código de Trabajo incluye la condición de salud como motivo prohibido de discriminación, lo que protege a las personas con VIH frente a despidos injustificados o exclusiones en procesos de contratación. Asimismo, se han emitido directrices específicas para la prevención y el abordaje del VIH en el mundo del trabajo, promoviendo la confidencialidad, la igualdad y la implementación de políticas inclusivas en los centros laborales. (Ministerio de Trabajo y Seguridad Social, s. f.; Consejo Superior de la Organización Internacional del Trabajo, 2024)

Finalmente, en el ámbito social, tanto la Ley N.º 7771 como la Constitución Política de la República de Costa Rica reafirman la igualdad ante la ley y prohíben cualquier acto de discriminación que atente contra la dignidad humana (República de Costa Rica, 1949/2023). De manera complementaria, el Ministerio de Salud y el Consejo Nacional de Atención Integral del VIH y el Sida (CONASIDA) han desarrollado normas y protocolos para asegurar una atención libre de estigma, promover la vigilancia epidemiológica con respeto a los derechos humanos y fomentar una cultura social de respeto e inclusión hacia las personas que viven con VIH. (Ministerio de Salud, 2022; CONASIDA, s. f.)

CAPÍTULO III: DISEÑO METODOLÓGICO

Tipo de investigación

La investigación se enmarca en el enfoque cualitativo, dado que se busca explorar en profundidad las experiencias y percepciones de las personas diagnosticadas con infecciones de transmisión sexual (ITS), en particular con VIH, a través de relatos personales. Se utilizará el análisis de historias de vida, entendido como una técnica empleada para recolectar datos en la investigación cualitativa, mediante entrevistas detalladas y el análisis de documentos y objetos personales e históricos (Hernández Sampieri, Fernández y Baptista, 2006), como herramienta principal para recolectar y analizar los datos, lo que permite un enfoque holístico de la experiencia vivida por las personas participantes.

Diseño de investigación

El diseño será exploratorio-descriptivo, con el fin de obtener una comprensión detallada de cómo el diagnóstico de VIH impacta en la vida cotidiana de las personas, con énfasis en los aspectos psicológicos, sociales y académicos. El estudio se centrará en personas adultas costarricenses, identificando diferencias y similitudes en función de variables como el sexo, la edad y la orientación sexual.

Población y muestra

La población en estudio está conformada por personas adultas costarricenses diagnosticadas con VIH. Se llevará a cabo un muestreo no probabilístico por conveniencia, seleccionando a personas que cumplan con los criterios de inclusión: diagnóstico confirmado de VIH y edad adulta (18 años en adelante); y con los criterios de exclusión: personas menores de edad, personas con algún deterioro cognitivo, dificultades de lenguaje o diagnósticos de infecciones de transmisión sexual distintos del VIH. Se cuenta con una muestra de cinco participantes, lo que permite una comprensión de las experiencias de vida

de cada persona, las cuales se distribuirán entre hombres y mujeres heterosexuales y personas de la comunidad LGBTIQ+.

Diversos análisis epidemiológicos en Latinoamérica muestran que, en varios países de la región, incluyendo Costa Rica, la prevalencia del VIH es mayor en hombres, especialmente en aquellos que tienen relaciones sexuales con otros hombres. El estudio de Teva *et al.* (2012) señala que en Costa Rica predomina la transmisión homosexual/bisexual y que el porcentaje de varones jóvenes y adultos infectados supera ampliamente al de las mujeres. Esta realidad epidemiológica influyó directamente en el proceso de muestreo, pues resultó más factible y frecuente acceder a hombres que viven con VIH que a mujeres. En consecuencia, la mayor presencia de participantes masculinos en las historias de vida obtenidas responde a la distribución real de los casos en la población y no a un sesgo intencional del estudio.

Procedimiento

Se estableció contacto con las personas participantes por medio de diferentes instituciones costarricenses que abordan casos de VIH y que brindan apoyo en distintas líneas de acción, tales como la atención médica, psicológica y farmacológica. A partir de este acercamiento, se coordinaron las sesiones con las personas participantes.

Se contactaron instituciones que trabajan directamente con población diagnosticada con VIH, a las cuales se les presentó el proyecto de tesis y el interés de conversar sobre las historias de vida de las personas diagnosticadas.

Se procuró la posibilidad de contar con una cantidad similar de hombres y mujeres, así como con personas de distintas orientaciones sexuales. Asimismo, se propusieron acercamientos tanto presenciales como virtuales, según la disponibilidad y preferencia de las personas participantes.

Durante los espacios de conversación, se realizaron preguntas relacionadas con las variables definidas para el análisis. Posteriormente, los datos obtenidos fueron analizados y se procedió a la elaboración del reporte de resultados.

Técnicas de recolección de datos

La recolección de datos se realizará a través de entrevistas semiestructuradas, diseñadas para obtener una visión amplia y detallada de las experiencias de las personas participantes. Las entrevistas se enfocarán en explorar las siguientes áreas:

- Impacto emocional y psicológico del diagnóstico en la vida cotidiana.
- Estrategias de afrontamiento utilizadas frente a la situación.
- Diferencias en la experiencia según la orientación sexual y su relación con el diagnóstico de VIH.
- Implicaciones biopsicosociales de la infección de transmisión sexual en función del sexo y la edad.
- Factores protectores y su influencia en el rendimiento académico y en las relaciones laborales.

Las entrevistas se realizarán de manera presencial o virtual, según la disponibilidad y preferencia de los participantes.

Consideraciones éticas

Se garantizará la confidencialidad de la información proporcionada por las personas participantes, y todos los datos serán de carácter anónimo. Las personas participantes recibirán información detallada sobre el propósito del estudio, el procedimiento de recolección de datos y sus derechos a lo largo del proceso. La participación será completamente voluntaria y las personas podrán retirarse en cualquier momento sin ningún tipo de repercusión. Se solicitará el consentimiento informado antes de iniciar las entrevistas.

CAPÍTULO IV: RESULTADOS

Descripción de participantes

MFB es un hombre de 58 años, teólogo de profesión y con grado de doctorado en Teología. Te identifica como parte de la población LGBTQ+. Fue diagnosticado con VIH a los 17 años, luego de desarrollar una neumonía que motivó la realización de estudios médicos. Relata que probablemente adquirió el virus alrededor de los 16 años, aunque no tiene certeza sobre la vía de contagio. Menciona dos posibles situaciones asociadas a su diagnóstico: un periodo de múltiples relaciones sexuales con hombres y un episodio de abuso sexual durante su adolescencia.

CSM es una persona de 35 años que se identifica como parte de la población LGBTQ+. Cuenta con estudios hasta noveno año y se desempeña como ayudante de cocina. Fue diagnosticado con VIH hace 13 años, a los 22 años de edad. Señala que el contagio ocurrió por medio de una jeringa en un bar conocido como “Bochinche”.

AL, hombre heterosexual que ha trabajado como vendedor ambulante, misceláneo y guarda de seguridad, recibió su diagnóstico de VIH en 2017, a los 27 años, cuando fue atendido por un cuadro de tuberculosis. Durante ese período vivía en situación de calle y permanecía en un búnker conocido como Reina de los Ángeles, además de dedicarse al cuidado de vehículos cerca de la Facultad de Derecho de la Universidad de Costa Rica. Refiere antecedente de consumo de sustancias psicoactivas y considera que la vía de transmisión fue sexual, debido a múltiples relaciones ocasionales. También presenta desinformación respecto al virus, al creer que puede transmitirse mediante la saliva.

NA, hombre heterosexual de 58 años, fue diagnosticado con VIH en el año 2017 cuando tenía 50 años. Laboró como constructor y ha tenido experiencia como habitante de calle y persona privada de libertad. Acudió al hospital debido a la aparición de un absceso en el glúteo y otro en la axila, donde se confirmó el diagnóstico. Refiere creer que pudo

haberse contagiado durante su estancia en prisión a través del uso de una aguja contaminada.

ARR, mujer de 55 años, heterosexual y servidora doméstica con primaria incompleta, fue diagnosticada con VIH el 17 de febrero del presente año tras acudir al hospital por un resfriado severo. Refiere haber iniciado síntomas en agosto de 2024 y considera que pudo haberse contagiado por su esposo, quien mantenía encuentros sexuales con mujeres consumidoras de sustancias psicoactivas; él falleció aproximadamente hace diez años.

Estrategias de afrontamiento

MFB

Antes del diagnóstico, estudiaba y comenzó a consumir marihuana, cocaína y piedra. Refiere haber sido abusado sexualmente por un entrenador de natación en España, situación que no denunció por miedo y vergüenza. Señala que inició el consumo de sustancias junto a una compañera de natación. Además, menciona que “tenía mucha libertad para viajar debido al trabajo de mi padre” y mantenía múltiples relaciones homosexuales”.

Ante el diagnóstico, manifestó experimentar principalmente miedo, debido a que en ese momento el VIH se encontraba en su apogeo y no existían medicamentos tan eficientes. Expresó temor a la reacción de sus padres, pues ellos desconocían su orientación homosexual. Indica que “mi mayor preocupación fue la percepción de mis padres y no tanto la posibilidad de morir”. Relata que, tras una reunión con la psicóloga, su padre lloró y posteriormente le expresó amor y apoyo incondicional. Menciona que, ya en Costa Rica, abandonó el tratamiento médico por el consumo de sustancias psicoactivas, lo que derivó en el desarrollo de sida, una neuropatía y la presencia de dos bacterias. Señala que a lo largo de su vida ha tenido períodos de consumo y abstinencia de sustancias, y que durante mucho tiempo atribuyó ese consumo al abuso sexual vivido.

Considera que su preparación profesional le ayudó a sobrellevar el diagnóstico. Señala que sus creencias religiosas fueron un apoyo importante, pues se aferró a Dios durante el proceso. Además, menciona haber recibido un trato positivo por parte de algunos profesionales de la salud.

Señala que la práctica de ejercicio físico ha sido un factor importante para mantener una vida equilibrada. “Realizo rutinas de bicicleta entre 15 y 20 minutos, además de ejercicios en el hogar durante una hora los lunes, miércoles y viernes”. Menciona también pasatiempos como el arte y la lectura, así como la realización de presentaciones y el uso de la computadora como actividades que complementan su bienestar.

CSM

“Antes del diagnóstico, trabajaba y realizaba cursos en el INA. No tenía relaciones de pareja, pero mantenía una buena vida social; salía de jueves a domingo, vivía solo y frecuentaba bares sociales nocturnos”.

Expresó haberse cuidado mucho y sentir un fuerte impacto al recibir el diagnóstico. Relata que, en ese momento, dijo a sus amigos que si no llegaban en media hora se quitaría la vida; sin embargo, sus amigos le manifestaron que la vida continuaba, lo cual representó un apoyo emocional ante la situación.

Indica que el hecho de estudiar y trabajar le permitió mantenerse distraído y sin tiempo para pensar constantemente en el diagnóstico. Expresa que continuó con su vida cotidiana sin enfocarse en la enfermedad.

Indica que factores como la alimentación, el bienestar mental y el ejercicio le han ayudado a mantener una vida saludable. Destaca, además, el apoyo recibido de dos amigas, de los enfermeros, del área de trabajo social y del servicio de psicología del centro. Menciona su actitud “valeberguista” como parte de su manera de afrontar las situaciones.

AL

Antes del diagnóstico, comenta haber llevado una mala vida debido a la adicción a las drogas. Indica no haber tenido buenas relaciones con sus padres. “Inicié a consumir tabaco y alcohol, y a los 15 años comencé a consumir marihuana, posteriormente cocaína, crack, ketamina, ziner y hongos”. Señala que vendía droga en Barrio Cuba y que frecuentaba clubes nocturnos y mantenía relaciones con mujeres.

Indicó haberse sentido deprimido, con pérdida del apetito y episodios de mareo que le provocaron accidentes. Menciona que el consumo constante de medicamentos le resultaba abrumador y, en ocasiones, no los tomaba. Afirma que, hasta la actualidad, aún se entristece y llora al recordar el diagnóstico.

Menciona que mantenerse en una relación de pareja fue un factor que le ayudó a sobrellevar la situación. Indica que tener relaciones sexuales sin preservativo lo motivaba y que, en algunos momentos, consumía drogas como una forma de olvidar el diagnóstico.

Menciona que la relación de pareja, el deseo de verse mejor y la presencia de mujeres a quienes considera de buen corazón son factores que le han ayudado a mantener una vida equilibrada.

NA

Antes del diagnóstico, refiere haber estado en situación de calle desde muy joven, con consumo de sustancias, y señala haber estado privado de libertad.

Señaló: “Quise haber muerto en el momento del diagnóstico”, llegando incluso a solicitar a la doctora que le aplicara una inyección para no seguir viviendo. Expresó tristeza por no tener con quién enojarse ante la situación.

Señala que lo único que le ha ayudado a enfrentar el diagnóstico es su fe en Dios.

Indica que la alimentación en el centro, el buen descanso y el acompañamiento de profesionales, así como el compañerismo, han contribuido a su bienestar.

ARR

Antes del diagnóstico, “mi vida consistía en tomar alcohol, jugar en maquinitas y oler cocaína”. Indica que no era una mujer sexualmente activa, sino que se enfocaba en la bebida y la diversión. Además, se mantenía ocupada realizando trámites, compartiendo con su nieta y atendiendo los quehaceres del hogar.

Relata haberse sentido bloqueada al recibir el diagnóstico, con pensamientos de muerte y la creencia de que fallecería debido a la pérdida de peso. Expresa que recibió apoyo por parte de médicos y psicólogos durante ese período.

Destaca su disposición para recibir apoyo, las charlas que ha recibido, el cariño del centro y el acompañamiento de los profesionales como recursos que le han permitido manejar mejor la noticia del diagnóstico.

Indica que no considera tener una vida saludable; sin embargo, menciona que el acceso a los servicios de salud representa un factor positivo en su vida actual.

Los participantes coinciden en que, como principales formas de afrontamiento, recurrieron al apoyo de otras personas, como amigos, familiares, parejas o profesionales de la salud, así como a creencias religiosas que brindaron consuelo. También destacan la importancia de mantener actividades que les dieran estructura y distracción, como estudiar, trabajar o realizar ejercicio físico. Aunque algunos utilizaron sustancias para evadir la situación, todos reconocen que el acompañamiento médico–psicológico y ciertos hábitos saludables han sido recursos fundamentales para sobrellevar el proceso.

Implicaciones biopsicosociales

MFB

Desde el diagnóstico, ha continuado con la lectura y el estudio. Reporta periodos de delgadez y afectación en su rendimiento en la natación, sin presentar efectos secundarios estomacales u otros síntomas físicos significativos. Actualmente no es indetectable y ha experimentado aumento de triglicéridos debido a su gusto por los alimentos dulces; su dieta diaria es de 1200 calorías. No ha recibido diagnóstico en salud mental y nunca ha tenido pensamientos suicidas ni se ha aislado. Gestiona sus emociones mediante la pintura y la docencia en teología, considerando que lo ocurrido en la vida no se puede revertir. Respecto al círculo cercano, inicialmente percibía ignorancia sobre el virus, incluso en él mismo, por lo que comenzó a informarse y compartir la información con su familia, lo que ha generado mayor comprensión. Ha compartido su diagnóstico de forma amplia y no ha experimentado rechazo por parte de amistades; indica que su vida en pareja en Europa fue positiva y que ha tenido precaución en relaciones futuras para no infectar a otros. “He enfrentado discriminación en el Hospital San Juan de Dios, incluyendo trato negligente y comentarios despectivos por mi orientación sexual y estado de salud”, así como falta de prioridad en la atención durante la pandemia de COVID.

CSM

Expresa que percibe la vida con mayor madurez y ha estado incapacitado por crisis emocionales durante dos meses. Ha tenido dos intentos de suicidio y los primeros síntomas físicos incluyeron tos intensa y gripes. Presenta estrés relacionado con el contagio a otras personas y con la comunicación de su diagnóstico. Ha recibido apoyo de sus amigas, aunque no ha informado a su familia, a la que describe como disfuncional, y mantiene la confidencialidad sobre su diagnóstico. Menciona: “He tenido dos relaciones de pareja posteriores, quienes aceptaron la situación”; la familia cree que está recibiendo tratamiento por cáncer. Señala que el diagnóstico ha motivado su continuidad en los estudios y ha tenido impacto en su vida laboral debido a un cáncer asociado al VIH. No ha reportado experiencias de estigma o discriminación.

AL

Reporta la aparición de hongos en las uñas, debilidad, deseos de morir e intentos de suicidio por ahorcamiento y autolesión, lo que le llevó a adoptar una actitud más “valeberguista”. “He recibido diagnóstico de trastorno depresivo y he experimentado síntomas depresivos significativos”. Indicó que dejó el tratamiento por tres años, retomándolo posteriormente. Ha compartido su diagnóstico con pocas personas cercanas; refiere que su madre solo le indica tomar el tratamiento y que la pareja inicial reaccionó negativamente, ya que se lo ocultó, y hubo maltrato físico de parte de él hacia ella. Señala cambios en la relación con su cuerpo, como el rechazo de ciertos alimentos por la medicación, y que no ha tenido cambios en su vida académica o laboral.

NA

Menciona: “continué consumiendo sustancias para olvidar el diagnóstico hasta hace nueve meses”, cuando decidió cambiar; permanece en el centro desde hace seis meses. No ha experimentado cambios físicos ni efectos secundarios por el retroviral. Solo algunos miembros de su familia conocen su diagnóstico (un hijo y dos hermanos), siendo duro comunicarlo, aunque la reacción fue positiva y le aseguraron que con tratamiento puede vivir normalmente. Mantiene pareja en el centro. Ha tenido impacto laboral, pues tuvo que inventar padecimientos y fue despedido por pedir permisos para tratamiento y citas. Nunca ha padecido complicaciones físicas graves, salvo haber dejado el tratamiento por un mes.

ARR

Reporta: “He tenido mareos, visión borrosa, debilidad, falta de apetito, ardor estomacal y preocupación constante por la posibilidad de morir”, motivo por el que fue trasladada del hospital al centro. No ha recibido diagnóstico en salud mental, pero señala baja autoestima relacionada con la pérdida de peso y la enfermedad. Mantiene confidencialidad sobre su diagnóstico por vergüenza y no tiene pareja actualmente; si llegara a tenerla, consideraría compartir la información. Actualmente, presenta dolor en las

articulaciones, aumento de gripes y disminución de defensas, así como intolerancia a alimentos ácidos. No ha experimentado impacto en la vida académica o laboral.

Los participantes coinciden en que el diagnóstico ha generado diversas repercusiones físicas, emocionales y sociales; reportan síntomas físicos asociados al virus o al tratamiento, como debilidad, mareos, infecciones o cambios en el apetito, junto con episodios de afectación emocional, que en algunos casos incluyen síntomas depresivos, ansiedad o ideación suicida. En lo social, la mayoría ha enfrentado retos relacionados con la comunicación del diagnóstico, optando por compartirlo solo con personas de confianza y experimentando temor al rechazo; quienes lo han revelado suelen recibir apoyo, mientras que algunos refieren experiencias puntuales de estigma o discriminación. El diagnóstico también ha generado impacto en áreas de vida como el trabajo o las relaciones de pareja, ya sea por incapacidades, despidos o dificultades para establecer vínculos estables.

Factores protectores

MFB

Menciona que: “Ha contado con el apoyo incondicional de sus padres, quienes nunca lo juzgaron, y cuenta con una mayor involucración de sus hermanos en la actualidad”. Está vinculado al Hogar Esperanza, lo que ha influido en su concientización sobre el diagnóstico, la adherencia al medicamento y su deseo de seguir adelante. Además, recibe apoyo emocional de amistades cercanas y tiene acceso a profesionales de la salud, incluyendo médico, nutricionista, psicólogo y personal de enfermería. Señala que aún necesitaría fisioterapia.

CSM

Comenta que: “Cuento con el apoyo de dos amigas cercanas y de familiares, como su abuela y tías, especialmente en relación con el cáncer que padece”. Ha recibido apoyo de la fundación y de la CCSS, así como de la exsuegra tras la muerte de su pareja hace un año.

Señala que la paz proporcionada por su fe en Dios ha sido un recurso importante para afrontar su situación.

AL

Refiere que: “Recibí apoyo de mi expareja, quien me recordaba tomar el tratamiento”, y considera que la esperanza de un hijo es un factor positivo para su bienestar, dado que siempre lo ha deseado.

NA

Comenta que: “Cuento con el apoyo de mis hermanos y de un hijo, así como de profesionales del centro donde me encuentro”. Se apoya en Dios como recurso espiritual. Señala que aún necesita acercarse más a Dios y encontrar un trabajo donde estén informados sobre su virus y le permitan salir para citas médicas.

ARR

Indica que: “No he contado con apoyo de familiares o amistades previamente debido a que no he informado, motivo por el cual fui trasladada del hospital al hogar”. Actualmente recibe apoyo de los profesionales del centro. Señala que un motivador es su deseo de trabajar y tener un buen ingreso económico para poder costear sus medicamentos.

En general, los participantes coinciden en que el apoyo social constituye su principal factor protector, ya sea proveniente de familiares cercanos, amistades o parejas, quienes han contribuido emocionalmente y han favorecido la adherencia al tratamiento. Del mismo modo, el acompañamiento brindado por profesionales de la salud y por los centros o fundaciones en los que algunos residen se reconoce como un recurso clave para su estabilidad y cuidado. La espiritualidad y la fe también emergen como un elemento protector recurrente, proporcionando calma, motivación y sentido de esperanza.

Variables edad, sexo, orientación sexual e identidad de género

MFB

Considera que su edad influyó en la vivencia del diagnóstico, ya que en ese momento todo se asociaba a la muerte; sin embargo, logró verlo como un factor positivo. En cuanto al sexo, menciona que “no tuvo influencia”. Respecto a la orientación sexual, considera que “sí influyó, pues creo que fue a través de esta que se produjo el contagio”. En relación con la identidad de género, no percibe una vivencia diferenciadora.

CSM

No considera que la edad haya influido en su experiencia, ya que menciona que “no la percibo como un factor relevante”. En cuanto al sexo, opina que “cualquiera puede contagiarse”. Respecto a la orientación sexual, señala que “no influye, siempre y cuando se mantengan prácticas sexuales seguras”. En cuanto a la identidad de género, considera que “el diagnóstico afectaría de igual manera a todas las personas”.

AL

Percibe que: “Mi edad sí influyó, ya que ser una persona joven me afectó mucho al recibir el diagnóstico”. En relación con el sexo, considera que no hay diferencias, pues afecta por igual a hombres y mujeres. Sobre la orientación sexual, menciona que en el caso de los hombres homosexuales el contagio es más común debido a la práctica de relaciones sexuales grupales. Respecto a la identidad de género, considera que no influye, ya que afecta de igual manera a todos.

NA

Menciona que: “Mi edad tuvo una influencia”; al sentirse en una etapa avanzada de su vida, adoptó una actitud de indiferencia ante el diagnóstico, continuando con el consumo

de drogas. En cuanto al sexo, orientación sexual e identidad de género, considera que no influyen en la vivencia del diagnóstico.

ARR

Indica que: “No estoy segura de si la edad influyó en mi experiencia”. Respecto de la orientación sexual, considera que el VIH “solo les da a los hombres *gays*”. Sin embargo, en cuanto al sexo y la identidad de género, percibe que “afectan por igual a todas las personas”.

En conjunto, los participantes coinciden en que el sexo y la identidad de género no representan una diferencia significativa en la vivencia del diagnóstico, pues consideran que el VIH puede afectar por igual a cualquier persona. En cuanto a la edad, varios refieren que sí influyó en su experiencia, ya sea por sentirse muy jóvenes al momento del diagnóstico o por encontrarse en una etapa más avanzada de la vida; sin embargo, otros no la perciben como un factor determinante. Respecto a la orientación sexual, algunos participantes consideran que tuvo influencia en su contagio o en la forma en que vivieron el diagnóstico, mientras que otros sostienen que no es un elemento relevante siempre que existan prácticas sexuales seguras. En general, las percepciones muestran variabilidad individual, pero predominan las ideas de que el virus no discrimina por sexo o identidad y que la edad y la orientación sexual pueden influir subjetivamente según cada historia personal.

Proyecto de vida

MFB

Se proyecta retomando sus actividades habituales, principalmente enseñar y vivir de ello. Expresa interés por trabajos relacionados con la limpieza y por dar prédicas o enseñanza en su área profesional. Indica que: “Busco no darle demasiada importancia al virus, reconociendo su presencia y confiando en Dios para no recaer en el consumo de drogas”.

CSM

Se visualiza alcanzando una meta a dos años, que consiste en completar una carrera profesional. Menciona que: “Aspiro a ser una persona más madura y tranquila”. Señala que el diagnóstico ha cambiado su vida y le hace reflexionar sobre sus habilidades motoras y cognitivas. Considera importante tener deseo de vivir y no percibe la necesidad de terapia psicológica, opinando que algunas personas abandonan el tratamiento por falta de amor a la vida o de agradecimiento a Dios.

AL

Menciona que: “Mi proyecto de vida incluye formar una familia con hijos, ayudar a quienes lo necesiten y trabajar en un parque de diversiones”. También expresa el deseo de tener una moto.

NA

Comenta que: “Me imagino trabajando, con una casa propia, viviendo de manera tranquila y durmiendo bien”.

ARR

Refiere que: “Tengo planes de emprender, desarrollar un gel de baño patentado y abrir un local de comida rápida”.

En general, los participantes coinciden en proyectarse hacia un futuro donde puedan retomar o desarrollar actividades que les brinden estabilidad, satisfacción personal y sentido de propósito. La mayoría visualiza metas concretas relacionadas con el estudio, el trabajo, el emprendimiento o la independencia económica, así como el deseo de mantener una vida tranquila y funcional. Algunos expresan aspiraciones vinculadas a la vida familiar o a la

ayuda a otros, mientras que otros destacan la importancia de continuar con hábitos que favorezcan su bienestar y eviten recaídas. En conjunto, sus proyectos de vida reflejan motivación por avanzar, mejorar sus condiciones y mantener un horizonte de posibilidades a pesar del diagnóstico.

Protocolo de intervención a pacientes con VIH

A partir de la investigación cualitativa realizada, en la cual se recopilamos historias de vida de personas que viven con VIH, se identificaron necesidades emocionales, cognitivas y relacionales que influyen en su proceso de afrontamiento. Estas narrativas, junto con una revisión bibliográfica actualizada sobre el impacto psicológico del diagnóstico y las estrategias de intervención más efectivas, permitieron la elaboración de un protocolo de intervención psicológica ajustado a las experiencias y requerimientos reales de la población.

El resultado es una propuesta integral compuesta por 15 sesiones progresivas, orientada a fortalecer el afrontamiento emocional, promover la comprensión del diagnóstico, favorecer la adherencia al tratamiento y mejorar el bienestar psicosocial. El protocolo articula dimensiones emocionales, cognitivas, relacionales y conductuales mediante el uso de técnicas psicoeducativas, expresivas, reflexivas y experienciales, de modo que cada sesión contribuye al desarrollo de recursos personales para una adaptación saludable y una mejor calidad de vida. Además, este protocolo fue revisado y supervisado por profesionales en psicología clínica y de la salud, quienes avalan su pertinencia, coherencia y utilidad para su futura implementación.

CAPÍTULO V: DISCUSIÓN

Discusión de los resultados

Los resultados obtenidos permiten observar que las estrategias de afrontamiento empleadas por las personas diagnosticadas con VIH se corresponden ampliamente con los modelos teóricos descritos por Izquierdo (2020). En primer lugar, la búsqueda de apoyo en amigos, familiares, parejas o profesionales de la salud se vincula claramente con el estilo orientado a otros propuesto por Frydenberg y Lewis (1997; como se citó en Izquierdo, 2020), el cual enfatiza estrategias dirigidas hacia terceros para obtener sostén emocional, práctico o espiritual. Asimismo, el recurso a la religiosidad como fuente de consuelo puede comprenderse tanto como una estrategia centrada en la emoción, según el modelo transaccional de Lazarus y Folkman (1984; como se citó en Izquierdo, 2020) al contribuir a la regulación afectiva ante el impacto del diagnóstico, como parte de las estrategias no productivas, mencionadas por Frydenberg y Lewis (1997; como se citó en Izquierdo, 2020) cuando implican evitar el conflicto; sin embargo, en este estudio se manifiestan como un apoyo adaptativo percibido por los participantes. La espiritualidad también emerge como un recurso de afrontamiento significativo, brindando calma y sentido frente al diagnóstico. Aunque no es un elemento central en la teoría revisada, coincide con modelos que incluyen el apoyo orientado a otros y la búsqueda de guía espiritual como formas de afrontamiento emocional.

Por otro lado, la decisión de mantener actividades cotidianas como trabajar, estudiar o ejercitarse se relaciona con el afrontamiento orientado al problema, pues estas acciones permiten otorgar estructura, retomar control y actuar directamente sobre la situación estresante al promover estabilidad emocional y hábitos saludables. En contraste, el uso ocasional de sustancias como forma de evasión coincide con las respuestas evitativas descritas por Byrne (1964; como se citó en Izquierdo, 2020) y con las estrategias no productivas de Frydenberg y Lewis (1997; como se citó en Izquierdo, 2020), ya que no favorecen la resolución del conflicto y pueden intensificar el malestar. Finalmente, la valoración positiva del acompañamiento médico y psicológico coincide con los modelos de

afrontamiento adaptativo, al representar un uso flexible y funcional de recursos internos y externos que facilitan la adaptación ante un evento vital estresante, como lo es el diagnóstico de VIH.

Se muestra que las implicaciones físicas, emocionales y sociales experimentadas por las personas diagnosticadas con VIH se alinean con lo descrito en la literatura. En el plano fisiológico, los participantes reportan síntomas como debilidad, mareos, infecciones recurrentes y cambios en el apetito, lo cual coincide con el deterioro inmunológico, la vulnerabilidad a infecciones oportunistas y las afectaciones neurológicas descritas por Guamancela *et al.* (2023) y Suasnabas Pacheco (2023). Estas manifestaciones confirman que, pese a los avances de la TARVAE, persisten impactos directos del virus y efectos secundarios del tratamiento que influyen en la vida cotidiana, independientemente del sexo, la edad o la orientación sexual.

En el ámbito psicológico, los relatos de tristeza, ansiedad, irritabilidad, síntomas depresivos e ideación suicida reflejan las afectaciones emocionales ampliamente documentadas. La ansiedad aparece como una respuesta de amenaza percibida (Chacón Delgado *et al.*, 2021), mientras que los síntomas disfóricos asociados al diagnóstico pueden evolucionar hacia depresión y trastornos de ansiedad (Pérez, 2023). La tristeza profunda y el aislamiento emocional coinciden con estudios cualitativos previos (Imani *et al.*, 2021), y la presencia de ideación suicida confirma el riesgo elevado descrito en personas que viven con VIH (Zamudio Rojas, 2025). Estos resultados subrayan el peso de los factores psicosociales y del estigma en la salud mental, modulados por características individuales como edad o identidad de género.

En la dimensión social, los participantes reportan desafíos en la comunicación del diagnóstico, temor al rechazo y vivencias de estigma, lo que se articula con el concepto de aislamiento social y sus consecuencias, como depresión o deterioro del bienestar (Vicente Arruebarrena y Sánchez Cabaco, 2020; American Psychiatric Association, 2014). Aunque algunos reciben apoyo, otros enfrentan discriminación y dificultades en áreas como empleo o relaciones de pareja, lo que muestra la persistencia del impacto social del VIH y su relación con prejuicios y actitudes culturales.

Los resultados se relacionan de manera consistente con la teoría sobre factores protectores en el proceso de adaptación al VIH. En primer lugar, el apoyo social aparece como la principal estrategia de afrontamiento reportada por los participantes, quienes recurrieron a familiares, amistades, parejas y profesionales de la salud. Esto coincide con lo planteado por Caldera-Guzmán y Pacheco-Zavala (2020), quienes destacan que una red de apoyo sólida favorece la estabilidad emocional, previene el aislamiento y promueve la adherencia al tratamiento. Asimismo, la participación en espacios institucionales o comunitarios se ajusta al rol de los grupos de apoyo y de organismos como CONASIDA descritos en la literatura.

En cuanto a variables individuales como sexo, orientación sexual e identidad de género, los participantes no identifican diferencias relevantes en su vivencia del diagnóstico, lo cual se relaciona con estudios que reconocen la afectación transversal del VIH (Orellana, 2022; Cerpa-Reyes, 2023). No obstante, esta ausencia de diferencias puede explicarse por la presencia de factores protectores como el apoyo social, que moderan el impacto del estigma o la discriminación. Respecto a la edad, los participantes señalan variaciones en la comprensión y el afrontamiento del diagnóstico, coherentes con lo planteado por Sabatini *et al.* (2024) y Ahmad *et al.* (2025), quienes indican que la edad influye en la experiencia vital, la adaptación y el manejo del tratamiento.

Finalmente, aunque la teoría señala posibles afectaciones en el rendimiento académico, laboral o social (Borja *et al.*, 2021; García Torres, 2020), estos aspectos no fueron centrales en los relatos, posiblemente porque los principales factores protectores identificados —apoyo social y acompañamiento profesional— contribuyeron a reducir su impacto.

Limitaciones del estudio

- La investigación contó con cinco participantes, lo cual es propio de los estudios cualitativos basados en historias de vida, pero limita la posibilidad de generalizar los hallazgos a toda la población costarricense diagnosticada con VIH.

- Las personas participantes fueron contactadas mediante instituciones específicas y por disponibilidad propia. Esto puede introducir sesgos, ya que los participantes que aceptan hablar sobre su diagnóstico suelen tener mayor apertura o apoyo en comparación con quienes no acceden a participar.
- Algunos participantes fueron diagnosticados recientemente y otros hace décadas; lo cual puede influir en los recuerdos, el nivel de adaptación, la emocionalidad y la percepción del estigma, generando variaciones difíciles de comparar.
- La presencia de historias de vida marcadas por abandono social, consumo de sustancias, callejización, abuso sexual o privación de libertad hace que algunas vivencias respondan a condiciones particulares que no representan a todos los casos de VIH en Costa Rica.
- La metodología basada en historias de vida depende de la memoria, la narrativa personal y la disposición emocional de los participantes, lo que puede afectar la precisión temporal o la profundidad de ciertos acontecimientos.
- Aunque existió diversidad en sexo biológico y orientación sexual, la muestra incluyó principalmente perfiles socioeconómicos modestos y con bajo acceso previo a servicios de salud mental, quedando fuera otros grupos, como personas profesionales, adolescentes, adultos mayores de más de 65 años o personas migrantes.

CAPÍTULO VI: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Conclusiones

La presente investigación permitió comprender en profundidad las vivencias biopsicosociales de personas costarricenses diagnosticadas con VIH, evidenciando que el impacto del diagnóstico trasciende lo estrictamente médico y se manifiesta en múltiples dimensiones de la vida cotidiana. A través del análisis de historias de vida, se constató que el diagnóstico suele desencadenar reacciones emocionales intensas como miedo, tristeza, desesperanza, angustia o ideación suicida, las cuales coinciden con lo expuesto en la literatura sobre afectación psicológica en personas que viven con VIH.

Estas reacciones se ven influenciadas por factores como historias de abuso, consumo de sustancias, situaciones de calle, dinámicas familiares complejas y experiencias previas de estigma, aspectos que moldean la forma en que cada participante enfrenta su proceso.

En el ámbito social, se observó que el estigma y el temor al rechazo siguen siendo elementos determinantes que condicionan la revelación del diagnóstico, la construcción de relaciones y la percepción del apoyo disponible. No obstante, también emergen factores protectores relevantes, como la presencia de redes de apoyo afectivas, la espiritualidad, la asesoría profesional, la continuidad educativa y el ejercicio físico, los cuales promueven mayor resiliencia y adaptación. Estos hallazgos coinciden con la evidencia que señala el papel del acompañamiento social, familiar y psicológico en el fortalecimiento del bienestar emocional y la adherencia al tratamiento.

Asimismo, las implicaciones fisiológicas que mencionan las personas participantes, desde síntomas iniciales hasta efectos secundarios de la medicación o dificultades derivadas del consumo previo de sustancias resaltan la necesidad de abordar la salud de manera integral, considerando la interacción entre las dimensiones física, emocional y social. Del mismo modo, surgieron afectaciones en el rendimiento laboral y académico, especialmente

cuando existen barreras como la desinformación, el estigma institucional o el impacto emocional persistente.

Finalmente, los hallazgos obtenidos permitieron diseñar un protocolo de intervención psicológica orientado a promover el afrontamiento adaptativo, basado en perspectivas contemporáneas como la Terapia de Aceptación y Compromiso y programas de compasión y atención plena. Este protocolo responde a las necesidades identificadas durante la investigación y se alinea con enfoques de atención integral recomendados por la literatura y por entidades de salud. En conjunto, esta tesis evidencia que comprender las vivencias de las personas que viven con VIH es fundamental para construir intervenciones sensibles, humanizadas y culturalmente pertinentes que favorezcan su bienestar integral y contribuyan a disminuir el estigma social asociado a la enfermedad.

Recomendaciones

- Los resultados muestran un fuerte impacto emocional inicial (miedo, *shock*, ideación suicida). Se recomienda que la CCSS formalice un acompañamiento psicológico obligatorio y continuo desde el momento del diagnóstico.
- Los hallazgos sugieren que estas terapias se ajustan a las necesidades de la población estudiada, facilitando la aceptación, la regulación emocional y la reducción del estigma internalizado.
- La desinformación del entorno es un factor clave en el estigma. Se recomienda fortalecer la educación pública para reducir mitos (p. ej., transmisión por saliva) y mejorar el apoyo social.
- Varios participantes refirieron que el apoyo emocional de pares fue clave. Se recomienda impulsar grupos liderados por profesionales y mediadores pares.

- Uno de los participantes reportó discriminación institucional. Se recomienda reforzar la formación ética, sensible y libre de prejuicios en todos los niveles de atención.
- Incluir mujeres trans, jóvenes de 18 a 25 años, personas mayores de 65, personas migrantes y personas con nivel socioeconómico medio/alto permitiría contrastar realidades distintas en futuras investigaciones.
- Dar seguimiento a las personas desde el diagnóstico hasta varios años después permitiría comprender la evolución emocional, médica y social del proceso. Esto facilitará identificar similitudes y diferencias en afrontamiento, estigma y necesidades de intervención.
- Dado que varios participantes tenían antecedentes de uso de drogas, investigaciones futuras podrían analizar cómo interactúa este factor con la adherencia al tratamiento y la salud mental.
- Realizar estudios longitudinales en los que se tome en cuenta participantes recién diagnosticados y se les dé seguimiento en el tiempo; esto permitiría analizar cambios y continuidades en el proceso de adaptación.

Referencias

- Abdulghani, N., González, E., Manzardo, C., Casanova, J. M., & Pericás, J. M. (2020). Infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Síndrome de inmunodeficiencia adquirida. *FMC-Formación Médica Continuada en Atención Primaria*, 27(3), 63–74. <https://doi.org/10.1016/j.fmc.2020.03.008>
- Aguayo-Romero, R., Huerta, L., Nakamura, A., Nunez, A., Orozco-Poore, C., Perez-Brumer, A., Reisner, S. L., Salazar, X., & Silva-Santisteban, A. (2024). The “Cycle” of HIV: Limits of Personal Responsibility in HIV Vulnerability Among Transgender Adolescents and Young Women in Lima, Peru. *AIDS and Behavior*, 28(10), 3893–3907. <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04462-4>
- Ahmad, M. S., Asad, M. R., Faraz, A., Holyachi, S. K., Kazmi, S. Y., Miraj, M., Ramozi, M., Shaik, R. A., & Ahmad, R. K. (2025). The impact of delay in HIV diagnosis on patient survival: Analysis of HIV infection trends from 2007 to 2023. *BMC Infectious Diseases*, 25, 177. <https://doi.org/10.1186/s12879-024-10412-1>
- Alexander, O., Craig-Neil, A., Gaspar, M., Hunter, C., Kendall, C., O’Campo, P., Perri, M., & Pinto, A. D. (2021). A qualitative study of barriers to employment experienced by people living with HIV in Toronto and Ottawa. *International Journal for Equity in Health*, 20(1), 36. <https://doi.org/10.1186/s12939-020-01356-4>
- Ali, A., De Shong, H., Hosein, T., Husbands, W., Maharaj, R., & Reid, S. (2023). Perceived vulnerability to HIV among Venezuelan migrant adolescents in Trinidad. *Caribbean Medical Journal*, 85(1), 12–20.
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico y estadístico de los trastornos mentales* (5.^a ed.; L. Serrano, trad.). Editorial Médica Panamericana. (Obra original publicada en 2013).
- Ayala Romera, R., & Rodríguez-Naranjo, M. C. (2020). Terapia de aceptación y compromiso y terapia gestalt: Factores de convergencia. *Revista de Psicoterapia*, 31(116), 53–71. <https://doi.org/10.33898/rdp.v31i116.368>

- Bayón Pérez, J., & Arenas Falótico, A. J. (2019). Relaciones laborales: ¿Una realidad estructural, coyuntural o un perjuicio instaurado a nivel mundial? *Revista Venezolana de Gerencia*, 24(87), 737–768.
<https://www.redalyc.org/journal/290/29060499008/29060499008.pdf>
- Borja Naranjo, G. M., Martínez Benítez, J. E., Barreno Freire, S. N., & Haro Jácome, O. F. (2021). Factores asociados al rendimiento académico: Un estudio de caso. *Revista EDUCARE – UPEL-IPB – Segunda Nueva Etapa 2.0*, 25(3), 54–77.
<https://doi.org/10.46498/reduipb.v25i3.1509>
- Bueno Brito, C., Jacinto Flores, M., Delgado Delgado, J., & Petatán Mendoza, S. (2022). Impacto de una intervención educativa en la calidad de vida de pacientes adultos, infectados por virus del papiloma humano (VPH). *Dilemas contemporáneos: Educación, Política y Valores*.
<https://dilemascontemporaneoseducacionpoliticayvalores.com/index.php/dilemas/article/view/3215/3198>
- Buluba, E., Kiboneka, A., Kihumuro, R., Nabukeera-Barungi, N., Namuddu, B., Nantume, D., & Nasuuna, E. (2023). Factors associated with HIV sexual risk behavior among pediatric and adolescent patients in Uganda. *African Health Sciences*, 23(1), 112–124.
- Caja Costarricense de Seguro Social (CCSS). (2024, 24 oct.). *CCSS actualiza tratamiento médico a pacientes con VIH con tabletas combinadas a base de dolutegravir* [Comunicado].
- Caja Costarricense de Seguro Social. (2020). *Informe de Resultados de la Evaluación de la Prestación de Servicios de Salud 2019 y monitoreo 2020*. EDNASSS-CCSS.
<https://repositorio.binasss.sa.cr/server/api/core/bitstreams/de26aaed-caf4-4275-aa55-588384eaaf08/content>
- Caldera-Guzmán, D., & Pacheco-Zavala, M. D. P. (2020). Funcionalidad familiar del paciente con VIH-SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato. *El Residente*, 15(2), 48–53. <https://doi.org/10.35366/95045>

- Cerpa-Reyes, C. (2023). Orientación sexual, identidad de género y participación política en Chile. *Revista de Psicología Social*, 38(2), 177–192.
https://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0718-73782023000200177&script=sci_arttext
- CONASIDA & Ministerio de Salud de Costa Rica. (2021). *Plan Estratégico Regional de VIH 2021–2026*. <https://www.conasida.go.cr/docman/conasida/resoluciones-politicas-y-planes/157-plan-estrategico-regional-vih-2021-2026/file>
- CONASIDA. (s. f.). *Norma nacional para la atención en salud libre de estigma y discriminación (LGBTI / VIH)*.
<https://www.conasida.go.cr/docman/conasida/normativas-y-lineamientos/26-norma-nacional-atencion-en-salud-libre-estigma-y-discriminacion-lgbti/file>
- Contigiani, M. F., Sánchez López, J. M., Laurito, M., Vergara, A., Lugo, N., & Cuenya, L. (2022). Conocimiento sobre VIH-sida en población general de la Ciudad Autónoma de Buenos Aires y su vinculación con variables sociodemográficas. *Psocial*, 8(1), e2-e2. <https://www.scielo.org.ar/pdf/psocial/v8n1/2422-619X-psocial-8-1-2.pdf>
- Coronado-Becerril, J., Garza-Elizondo, M. E., & Onofre-Rodríguez, D. J. (2024). Violencia de pareja y conductas sexuales de riesgo para el VIH en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres. *Revista de la Facultad de Ciencias Médicas (Quito)*, 49(3), 13–22. <https://doi.org/10.29166/rfcmq.v49i3.6768>
- Costa, B. & Vale, N. (2022). Efavirenz: History, development and future. *Biomolecules*, 13(1), 88. <https://doi.org/10.3390/biom13010088>
- Costa-Cordella, S., Pessoa, S., Rojas, G., & Fritsch, R. (2022). Characteristics of psychosocial interventions to improve antiretroviral therapy adherence and outcomes for people living with HIV: A systematic review. *PLOS Global Public Health*, 2(11), e0000956. <https://doi.org/10.1371/journal.pgph.0000956>

- Chacón Delgado, E., Xatruch de la Cera, D., Fernández Lara, M., & Murillo Arias, R. (2021). Generalidades sobre el trastorno de ansiedad. *Revista Cúpula*, 35(1), 23–36. <https://www.binasss.sa.cr/bibliotecas/bhp/cupula/v35n1/art02.pdf>
- Di Gennaro, F., Murri, R., Pisani, L., Lorenzetti, R., Gagliardini, R., Galli, L., & *et al.* (2024). Stigma and mental health among people living with HIV: A systematic review. [Revista en acceso abierto]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC11034033/>
- Díaz Cardozo, D. F., González Rubio, M. C., Motta Ramírez, L. A., & Suárez Muñoz, L. M. (2023). Ansiedad y depresión en pacientes seropositivos VIH en Colombia: Una revisión. <http://hdl.handle.net/20.500.12993/4529>
- Espinosa Castro, J. C., Hernández Lalinde, J. J., Rodríguez, J. R., Chacín, M. R., & Bermúdez Pirela, V. J. (2020). Influencia del estrés sobre el rendimiento académico. *Archivos Venezolanos de Farmacología y Terapéutica*, 39(2), 154–158. <https://biblat.unam.mx/es/revista/archivos-venezolanos-de-farmacologia-y-terapeutica/articulo/influencia-del-estres-sobre-el-rendimiento-academico>
- Gandhi, R. T., Landovitz, R. J., Sax, P. E., *et al.* (2025). Antiretroviral drugs for treatment and prevention of HIV in adults: 2024 recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. *JAMA*, 333(7), 609–628. <https://doi.org/10.1001/jama.2024.24543>
- García Torres, A. (2020). Factores asociados al rendimiento neuropsicológico y su repercusión en la funcionalidad diaria en personas con VIH [Tesis doctoral, Universidad de Granada]. Repositorio DIGIBUG. <https://digibug.ugr.es/handle/10481/59554>
- Gilpin, G., Gain, J., & Lipińska, G. (2021). The physiological signature of sadness: A comparison between text, film and virtual reality. *Brain and Cognition*, 152, 105734. <https://doi.org/10.1016/j.bandc.2021.105734>

- Guamancela Auquilla, C. G., Abad Vicuña, G. E., Auquilla Díaz, N. E., & Guamancela Auquilla, D. E. (2023). Infecciones neurológicas en pacientes con VIH como consecuencia de la afectación al sistema nervioso central. *RECIMUNDO*, 7(1), 118–125. [https://doi.org/10.26820/recimundo/7.\(1\).enero.2023.118-125](https://doi.org/10.26820/recimundo/7.(1).enero.2023.118-125)
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2018). *Metodología de la investigación*. McGraw-Hill.
- Houston, E., Brown, R., & et al. (2021). Individualized web-based attention training with evidence-based counseling to address HIV treatment adherence and psychological distress. *JMIR Mental Health*, 8(1), e18328. <https://doi.org/10.2196/18328>
- Hsieh, E., Harling, G., Woodhead, C., & et al. (2022). Intersectionality of stigmas and health-related quality of life for people ageing with HIV. *The Lancet Healthy Longevity*. [https://doi.org/10.1016/S2666-7568\(22\)00003-4](https://doi.org/10.1016/S2666-7568(22)00003-4)
- Ifere, E. O., Igharo, A. E., Osabohien, E. U., Oyebamiji, M. O., & Wang, M. (2025). *Prevalence of HIV and Hepatitis B virus among adolescents seeking healthcare services at the Federal Teaching Hospital, Kebbi State, Nigeria*. *African Journal of Reproductive Health*, 29(6), 58–71. <https://doi.org/10.29063/ajrh2025/v29i6.6>
- Imani, B., Khazaei, S., Mirzaei, M., & Zandi, S. (2021). The lived experience of HIV-infected patients in the face of a positive diagnosis of the disease: A phenomenological study. *AIDS Research and Therapy*, 18, 95. <https://doi.org/10.1186/s12981-021-00421-4>
- Instituto sobre Alcoholismo y Farmacodependencia. (2019). *Análisis integral del uso de sustancias psicoactivas en mujeres con vivencia de VIH, Costa Rica 2019*. IAFA. <https://iafa.go.cr/investigacion/analisis-integral-del-uso-de-sustancias-psicoactivas-en-mujeres-con-vivencia-de-vih-costa-rica-2019/>
- Izquierdo Martínez, M. A. (2020). *Estrategias de afrontamiento: una revisión teórica*. <https://hdl.handle.net/20.500.12802/6889>

- Ji, J., Wang, Y., Xu, H., & *et al.* (2024). Prevalence of anxiety disorders among people living with HIV: A systematic review and meta-analysis. *Frontiers in Psychiatry*. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2024.1259290>
- Kanters, S., Renaud, F., Rangaraj, A., *et al.* (2022). Evidence synthesis evaluating body weight gain among people treating HIV with antiretroviral therapy: A systematic literature review and network meta-analysis. *EClinicalMedicine*, 48, 101412. <https://doi.org/10.1016/j.eclinm.2022.101412>
- Kloek, M., Bulstra, C. A., van Noord, L., Al-Hassany, L., Cowan, F. M., & Hontelez, J. A. C. (2022). *HIV prevalence among men who have sex with men, transgender women and cisgender male sex workers in sub-Saharan Africa: A systematic review and meta-analysis*. *Journal of the International AIDS Society*, 25(11), e26022. <https://doi.org/10.1002/jia2.26022>
- Maas Góngora, L., Castillo Arcos, L. del C., Cerón Salazar, A., Telumbre Terrero, J. Y., & López Cisneros, M. A. (2020). Estigma y discriminación en una persona que vive con VIH/SIDA: un abordaje fenomenológico. *Revista Ra Ximhai*, 16(3 Especial), 19–38. <https://doi.org/10.35197/rx.16.03.2020.01.lg>
- Magno, L., Vasconcelos da Silva, L. A., Veras, M. A., Pereira-Santos, M., & Dourado, I. (2019). Stigma and discrimination related to gender identity and vulnerability to HIV/AIDS among transgender women: a systematic review. *Cadernos de saude publica*, 35, e00112718. <https://www.scielo.br/j/csp/a/8rxk9ZKGG9GWhCTXW7QBskh/?lang=en>
- Moore, A. E. B., Grennan, T., Lochhead, J., *et al.* (2024). Bone turnover change after randomized switch from tenofovir disoproxil fumarate to tenofovir alafenamide. *AIDS*, 38(5), 685–695. <https://www.semanticscholar.org/author/Amelia-E.B.-Moore/2271568699>
- Muñoz Proaño, L. V. (2022). *Impacto en la salud mental del reciente diagnóstico y tratamiento farmacológico de personas con VIH+* (Tesis de licenciatura). <http://dspace.ups.edu.ec/handle/123456789/21793>

- Nabunya, P., Cavazos-Rehg, P... Sseeamala F. M. (2024). An mHealth intervention to address depression and improve HIV treatment outcomes in low-resource settings: Pilot and implementation findings. [Artículo en acceso abierto].
<https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10960218/>
- Nakimuli-Mpungu, E., Wamala, K., ... Seggane, M. (2023). The effect of group support psychotherapy on adherence to antiretroviral therapy and mental health outcomes: A controlled study. *Frontiers in Health Services*, 3, Article 1011898.
<https://doi.org/10.3389/frhs.2023.1011898>
- Ombajo, L. A., Penner, J., ... Pozniak, A. (2023). Second-line switch to dolutegravir for treatment of HIV infection. *The New England Journal of Medicine*, 388(26), 2440–2451. <https://doi.org/10.1056/NEJMoa2210005>
- Orellana, L. (2022). Apoyo social, actitudes hacia la sexualidad y satisfacción vital en personas con orientación sexual diversa. *Revista de Psicología*, 41(1), 43–59.
https://www.scielo.sa.cr/scielo.php?pid=S2215-35352022000100043&script=sci_arttext
- Ortiz Jaimes, M. X. (2021). Enfermedades de transmisión sexual en mujeres jóvenes atendidas en el hospital de Chancay 2019-2020.
<http://hdl.handle.net/20.500.14067/4983>
- Pam López, P. B. (2023). La psicología en el abordaje de las personas que viven con VIH. *Revista de Estudios Clínicos e Investigación Psicológica*, 13(26), 63–72.
<https://doi.org/10.56342/ecip.vol13.n26.2023.15>
- Parco Gavilánez, M. C. (2023). Calidad de vida de los pacientes VIH positivo. *Ciencia Latina Revista Científica Multidisciplinar*, 7(4), 1732–1746.
<https://www.ciencialatina.org/index.php/cienciala/article/view/7006>
- Paton, N. I., Musaaazi, J., ... Kambugo, A. (2022). Efficacy and safety of dolutegravir or darunavir in combination with zidovudine or tenofovir for second-line treatment of

- HIV-1: A randomised, multicentre, open-label, non-inferiority trial (NADIA). *The Lancet HIV*, 9(8), e540–e551. [https://doi.org/10.1016/S2352-3018\(22\)00092-3](https://doi.org/10.1016/S2352-3018(22)00092-3)
- Pérez Ramírez, N. J. (2023). Síndrome de burnout en el personal de enfermería que labora en la unidad de cuidados intensivos (Tesis de maestría). <https://dspace.uniandes.edu.ec/handle/123456789/16165>
- República de Costa Rica. (1949/2023). *Constitución Política de la República de Costa Rica*. https://www.imprentanacional.go.cr/editorialdigital/libros/textos%20juridicos/constitucion_politica_digital_edincr.pdf
- Romero Arias, T., Castillejo Martínez, P., Sabater Gálvez, L., & Pérez del Olmo, A. (2024). Evaluación e intervención de voz en pacientes con enfermedades de transmisión sexual: una revisión sistemática. *Revista de Investigación en Logopedia*, 14(1), 4. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=9336684>
- Romero, C., PARRALES ROSADO, R. & JARAMILLO LÓPEZ, J. (2022). Estudio piloto de los factores socio-culturales y su influencia en el estado emocional de las personas con VIH: Validación de instrumento. *Más Vita*, 4(4), 241–250. <https://doi.org/10.47606/ACVEN/MV0182>
- Saatchi, B., Olshansky, E. F., & Fortier, M. (2023). Irritability: A concept analysis. *International Journal of Mental Health Nursing*. <https://doi.org/10.1111/inm.13140>
- Sabatini, S., Rupprecht, F., Kaspar, R., Klusmann, V., Kornadt, A. E., Nikitin, J., Schönstein, A., Stephan, Y., Wettstein, M., Wurm, S., Diehl, M., & Wahl, H.-W. (2024). Successful aging and subjective aging: Toward a framework to research a neglected connection. *The Gerontologist*, 65(1), gnae051. <https://doi.org/10.1093/geront/gnae051>
- Sánchez Salvino, L. E., & Ríos Ramírez, R. L. (2024). *Conocimiento sobre infecciones de transmisión sexual y actitud preventiva del adolescente atendido en dos Ipress*,

Loreto 2024 (Tesis doctoral, Universidad Científica del Perú).

<http://hdl.handle.net/20.500.14503/3158>

Suasnabas Pacheco, L. S. (2023). Infecciones neurológicas en pacientes con VIH como consecuencia de la afectación al sistema nervioso central. *RECIMUNDO: Revista Científica de la Investigación y el Conocimiento*, 7(1), 118–125.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=8829611>

Tapullima-Mori, C. (2022). Factores relacionados con la ansiedad y depresión en pacientes con VIH de un hospital público. *Revista de Investigación en Psicología*, 25(2), 55–71. <https://doi.org/10.15381/rinvp.v25i2.21424>

Teva, I., Bermúdez, M. P., Ramiro, M. T., & Buena-Casal, G. (2012). *Situación epidemiológica actual del VIH/SIDA en Latinoamérica en la primera década del siglo XXI: Análisis de las diferencias entre países*. *Revista Médica de Chile*, 140, 50–58.

Toegel, F., Rodewald, A., ... Silverman, K. (2021). Psychosocial interventions to promote undetectable HIV viral load: A review of randomized controlled trials. [Artículo en acceso abierto]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC9050821/>

Torres Carvajal, E., Valencia, P., & Styward, J. (2022). Inteligencia emocional en pacientes con diagnóstico de VIH de la IPS Vidamedical SAS.

http://repositoriodspace.unipamplona.edu.co/jspui/bitstream/20.500.12744/4810/1/Torres_Perez_2021_TG.pdf

Ventura-Elías, C. D., González-Ortega, Y., & Chaparro-Díaz, L. (2021). Significado de cuidado en las relaciones de personas que viven con VIH/SIDA. *Universidad y Salud*, 23(3), 228–239. <https://doi.org/10.22267/rus.212303.236>

Vicente Arruebarrena, A., & Sánchez Cabaco, A. (2020). La soledad y el aislamiento social en las personas mayores. *Studia Zamorensia*, (19), 15–32.

<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7718190>

- Vicuña Medina, C. A. (2025). Percepción sobre la estructura y dinámica familiar de las personas diagnosticadas con VIH y que reciben su tratamiento en el Hospital José Carrasco Arteaga de la ciudad de Cuenca [Tesis de licenciatura, Universidad de Cuenca]. Repositorio Institucional DSpace.
<https://dspace.ucuenca.edu.ec/items/6c87b9f0-e9d7-4e06-b956-46ffc9349972>
- Villalón L., F. J. (2023). Mindfulness, compasión e intercuidado: El programa de intercuidado basado en atención plena (IBAP). *Pinelatinoamericana*, 3(2), 103–114.
<https://revistas.unc.edu.ar/index.php/pinelatam/article/view/41184>
- Vos, A. G., Venter, W. D. F. (2021). Cardiovascular toxicity of contemporary antiretroviral therapy. *Current Opinion in HIV and AIDS*, 16(6), 325–334.
<https://doi.org/10.1097/COH.0000000000000707>
- Wang, L., Yan, X-y., Mei, L., Jia, Z-w., Hao, R-j., Xu, J-h., & Zanhg, B. (2023). Effect of e-health interventions on HIV prevention and care: A systematic review. [Artículo en acceso abierto]. <https://pmc.ncbi.nlm.nih.gov/articles/PMC10311723/>
- World Health Organization (WHO). (2021). *Consolidated guidelines on HIV prevention, testing, treatment, service delivery and monitoring*. Ginebra: OMS.
<https://www.who.int/publications/i/item/9789240031593>
- Zamudio Rojas, J. L. (2025). Factores de riesgo para conducta suicida en pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana. *Revista del Hospital Psiquiátrico de La Habana*, 22. <https://revhph.sld.cu/index.php/hph/article/view/816>
- Zea, S. (2023). América Latina y el Caribe: Diariamente 30 adolescentes y jóvenes se infectan por primera vez con VIH. *UNICEF*.
<https://www.unicef.org/lac/comunicados-prensa/am%C3%A9rica-latina-y-el-caribe-diariamente-30-adolescentes-y-j%C3%B3venes-se-infectan-por>

Anexos

Anexo 1: Protocolo de intervención psicológica a pacientes diagnosticados con VIH

Metodología

Esta intervención está desarrollará con persona mayores de 18 años que hayan sido diagnosticadas con el virus de la inmunodeficiencia humana. Estas intervenciones se basarán en la *Terapia de Aceptación y Compromiso*, la *Terapia Basada en la Compasión* y *Estrategias de Afrontamiento*.

Se trabajará en un protocolo de 15 sesiones, 1 vez por semana.

El protocolo es de tipo mixto, ya que su primera sesión es de manera individual, en donde se realizarán entrevistas sociodemográficas y, a partir de la segunda, es de forma grupal, para el abordaje psicoterapéutico.

Criterios de inclusión:

Personas con diagnóstico confirmado de VIH

Ser mayor de 18 años.

Personas con capacidad de lectura y escritura.

Personas en proceso de adhesión al tratamiento.

Que acepten seguir el protocolo.

Personas miembros de la comunidad LGBTIQ+

Criterios de exclusión

Personas con algún deterioro cognitivo y dificultades de lenguaje.

Personas con diagnóstico de trastorno mental que no permita la función adecuada ante el protocolo.

Comorbilidad con otras patologías.

Que las mujeres participantes estén en embarazo.

Objetivos

Objetivo general

Generar actitudes de aceptación y afrontamiento en las personas diagnosticadas con VIH.

Objetivos específicos

- Brindar psicoeducación a los usuarios respecto de las implicaciones de la infección y su abordaje.
- Validar el malestar emocional.
- Desarrollar estrategias para gestionar el malestar emocional.
- Sensibilizar en la importancia de la adherencia al tratamiento.
- Potenciar la autoestima y autoaceptación frente al diagnóstico.
- Reestructurar pensamientos de adaptación a los cambios que trae consigo el diagnóstico.

Personas beneficiarias directas

Las personas que se beneficiarán del plan de intervención de forma directa son personas con diagnóstico de VIH participantes.

Personas beneficiarias indirectas

Las familias y parejas de las personas participantes.

Plan de abordaje

Sesión 1		
Objetivo:	Explorar las implicaciones personales del diagnóstico y las estrategias actuales de afrontamiento, mediante una entrevista semiestructurada que permita conocer la historia individual, el contexto sociodemográfico y el estado emocional de la persona participante.	
Técnicas:	La primera sesión se enfocará en la aplicación de una <u>entrevista individual</u> a cada participante, con el propósito de recopilar información sociodemográfica relevante y explorar aspectos personales vinculados al diagnóstico. Para ello, se utilizará una guía de entrevista semiestructurada que permitirá indagar sobre las implicaciones subjetivas del diagnóstico de VIH, así como las estrategias de afrontamiento que actualmente emplea la persona. Esta aproximación facilitará un primer acercamiento, brindando un espacio de escucha activa y validación emocional.	
Anexo: 1	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 2	
Objetivo:	Promover la comprensión de las implicaciones físicas y psicológicas del diagnóstico de VIH, mediante un conversatorio que permita aclarar mitos, compartir experiencias y fortalecer el conocimiento y la validación grupal.
Técnicas:	Esta sesión se desarrollará en formato de <u>conversatorio grupal</u> , con el objetivo de fomentar la participación de los y las participantes en torno a

	<p>las implicaciones físicas y psicológicas del diagnóstico de VIH. La actividad se organizará a partir de la exposición y discusión de mitos y realidades, lo que permitirá identificar creencias erróneas, brindar información basada en evidencia y propiciar un diálogo abierto y respetuoso. Además, se incentivará el intercambio de experiencias personales, como medio para fortalecer el sentido de comunidad, disminuir la sensación de aislamiento y validar las vivencias individuales en un espacio seguro y contenido.</p>	
Anexo: 2	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 3		
Objetivo:	Brindar información clara y comprensible sobre las causas y las implicaciones fisiológicas del VIH, además de la importancia de la adherencia al tratamiento.	
Técnicas:	Durante esta sesión se abordarán de forma clara y accesible las causas y las implicaciones fisiológicas del VIH. A través de un <u>espacio psicoeducativo</u> , se brindará información basada en evidencia que permita comprender el funcionamiento del virus en el cuerpo, los efectos a corto y largo plazo, y los factores que inciden en la progresión de la infección. Asimismo, se enfatizará la importancia de la adherencia al tratamiento médico como una herramienta fundamental para el control de la enfermedad, la mejora de la calidad de vida y la prevención de complicaciones. La sesión buscará generar conciencia y responsabilidad en torno al autocuidado y el seguimiento médico, reforzando la idea de que el conocimiento fortalece el afrontamiento.	
Anexo: 3	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 4		
Objetivo:	Enseñar y practicar técnicas de relajación, como la respiración diafragmática y la tensión muscular progresiva, con el fin de favorecer la autorregulación emocional y reducir el impacto del estrés asociado al diagnóstico.	
Técnicas:	Esta sesión tiene como propósito introducir y practicar <u>técnicas de relajación</u> enfocadas en la regulación del sistema nervioso autónomo. Se explicará el funcionamiento de la respiración diafragmática y la técnica de tensión muscular progresiva, destacando su utilidad para reducir el estrés, la ansiedad y el malestar físico asociado al impacto emocional del diagnóstico. A través de una breve fundamentación teórica y ejercicios prácticos guiados, se ofrecerá a los y las participantes herramientas concretas para incorporar en su rutina diaria, promoviendo así el autocuidado emocional y la conexión cuerpo-mente. La práctica se	

	realizará en un ambiente tranquilo, priorizando la experiencia corporal y la autoobservación sin juicio.	
Anexo: 4	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 5		
Objetivo:	Facilitar la expresión emocional y la reconstrucción de la autoimagen mediante una técnica de arteterapia que permita explorar vivencias personales asociadas al diagnóstico y proyectar fortalezas y esperanzas hacia el presente y el futuro.	
Técnicas:	Esta sesión estará centrada en el uso de <u>arteterapia</u> como medio para facilitar la expresión emocional de los y las participantes frente al impacto del diagnóstico. A través de materiales como imágenes, papel, marcadores, lápices de colores y otros recursos plásticos, se invitará a los participantes a representar gráficamente cómo han vivido el diagnóstico, cómo se perciben en el presente y cómo se proyectan hacia el futuro. La actividad permitirá explorar emociones difíciles de verbalizar, al mismo tiempo que promueve la reconstrucción de la autoimagen y el reconocimiento de fortalezas personales. El espacio estará orientado a la validación emocional, la creatividad y la resignificación de la experiencia desde una mirada compasiva y esperanzadora.	
Anexo: 5	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 6		
Objetivo:	Facilitar la aceptación emocional del diagnóstico, la toma de distancia de pensamientos autocríticos y la conexión con los propios valores como guía para actuar con sentido, a pesar del malestar.	
Técnicas:	En esta sesión se abordará el proceso de aceptación emocional del diagnóstico como un paso clave hacia el afrontamiento saludable. Se trabajará la idea de que el dolor emocional forma parte inherente de la experiencia humana, pero no tiene por qué definir ni limitar nuestras acciones. Se invitará a los y las participantes a reflexionar sobre cómo muchas veces luchamos contra pensamientos o emociones difíciles como la culpa, la vergüenza o el miedo, cuando en realidad el bienestar se encuentra en aprender a aceptarlas sin juicio y reconectar con lo que verdaderamente valoramos. A través de una actividad creativa guiada, se facilitará la identificación de motivaciones profundas y valores personales, promoviendo el compromiso con una vida significativa más allá del diagnóstico. Esta sesión se inspira en principios de la <u>Terapia de Aceptación y Compromiso</u> (ACT).	
Anexo: 6	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 7		
Objetivo:	Brindar herramientas para identificar factores protectores y de riesgo en la vida cotidiana, con el fin de fortalecer el autocuidado, la toma de decisiones conscientes y el bienestar emocional frente al diagnóstico.	
Técnicas:	Esta sesión tendrá un enfoque <u>psicoeducativo</u> y reflexivo, orientado a brindar a los y las participantes herramientas para identificar los <u>factores protectores y de riesgo</u> que influyen en su bienestar emocional y físico. A través de una exposición guiada, se explicarán los conceptos fundamentales de ambos tipos de factores, así como su impacto en el afrontamiento del diagnóstico y la adherencia al tratamiento. Posteriormente, se invitará a los participantes a realizar un ejercicio práctico de autoexploración para reconocer estos factores en su vida cotidiana, lo que permitirá tomar conciencia de los recursos personales, familiares y sociales disponibles, así como de las situaciones o contextos que podrían representar una amenaza para su salud integral. La sesión busca reforzar la capacidad de toma de decisiones informadas y el fortalecimiento de redes de apoyo.	
Anexo: 7	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 8		
Objetivo:	Fomentar la reflexión y el diálogo sobre la adherencia al tratamiento, identificando conductas de riesgo y saludables, y promoviendo estrategias para el cambio conductual que favorezca el autocuidado y la adherencia al tratamiento.	
Técnicas:	Esta sesión se desarrollará en formato de <u>conversatorio o debate grupal</u> , con el propósito de fomentar la reflexión y el diálogo acerca de la adherencia al tratamiento en el contexto de VIH. Se iniciará con la presentación de una serie de conductas identificadas como patógenos conductuales o factores de riesgo, así como conductas saludables, facilitadas por el moderador. A partir de estos ejemplos, se promoverá la participación de los y las asistentes para comentar, analizar y compartir estrategias concretas para modificar conductas poco saludables y potenciar aquellas que favorecen el bienestar y el seguimiento adecuado del tratamiento médico. Este espacio busca generar conciencia crítica y motivación para el autocuidado responsable, así como fortalecer el compromiso personal y colectivo con la salud.	
Anexo: 8	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 9

Objetivo:	Desarrollar habilidades de comunicación asertiva en los participantes, promoviendo una expresión clara, empática y respetuosa en sus interacciones cotidianas, con el fin de fortalecer sus vínculos personales y sociales.	
Técnicas:	Esta sesión tiene como propósito brindar a los participantes herramientas prácticas para mejorar su capacidad de comunicación en distintos ámbitos de la vida cotidiana. A través de una exposición interactiva, se abordarán conceptos clave sobre la <u>comunicación asertiva</u> , diferenciándola de otros estilos como la <u>comunicación pasiva</u> o <u>agresiva</u> . Se enseñarán técnicas específicas para expresar opiniones, sentimientos y necesidades de manera clara y respetuosa, fomentando relaciones interpersonales más saludables. Asimismo, se facilitarán ejemplos prácticos y se promoverá la participación del grupo para reforzar el aprendizaje.	
Anexo: 9	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 10		
Objetivo:	Fomentar en los participantes la reflexión sobre sus cualidades personales, promoviendo el reconocimiento de sus fortalezas y áreas de mejora como parte fundamental de una autoestima saludable y un proceso de crecimiento personal.	
Técnicas:	En esta sesión se trabajará la <u>autovaloración</u> como componente esencial del bienestar emocional y la identidad personal. Se propondrá a los participantes la elaboración de un "kit personal de cualidades", el cual incluirá tanto aspectos positivos como áreas que desean mejorar de sí mismos. A través de una dinámica participativa, se les entregarán papeles de colores, cada uno asociado a una pregunta orientada a la reflexión personal (por ejemplo: “¿Qué cualidad valoras en ti?”, “¿Qué te gustaría mejorar?”, “¿Qué logro te enorgullece?”). Una vez respondidas, las respuestas se depositarán en una cajita de cartón decorada por cada persona, que servirá como un recurso personal de motivación y reflexión al que podrán recurrir cuando lo necesiten. Esta actividad busca reforzar la autoestima, el autoconocimiento y la autoaceptación.	
Anexo: 10	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 11	
Objetivo:	Promover la autoaceptación y el reconocimiento del propio valor personal, facilitando un espacio de reflexión donde los participantes puedan identificar y transformar discursos negativos asociados al diagnóstico, fortaleciendo así su autoestima y bienestar emocional.

Técnicas:	Esta sesión está enfocada en el fortalecimiento de la <u>autoaceptación</u> como proceso esencial para la salud emocional, especialmente en personas que viven con diagnósticos de VIH . Se utilizará una actividad simbólica y reflexiva que permita identificar, confrontar y resignificar los juicios, etiquetas y comentarios, propios o externos, que han impactado la percepción personal desde el momento del diagnóstico. A cada participante se le entregará una hoja con la silueta de un cuerpo humano al centro. En el espacio exterior de la silueta, escribirán aquellas frases, pensamientos o comentarios que han escuchado o que se han dicho a sí mismos, cargados de juicio o negatividad. Dentro del cuerpo, colocarán frases de aceptación, reconocimiento y autovaloración. Para cerrar la actividad, recortarán la silueta, separándola del contenido negativo, el cual será destruido de forma simbólica. La silueta será conservada como un recordatorio visual del compromiso con la aceptación personal.	
Anexo: 11	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 12		
Objetivo:	Fortalecer las habilidades comunicativas y de expresión emocional de los participantes para facilitar una comunicación asertiva, empática y saludable con sus parejas o futuras parejas respecto a su diagnóstico de VIH, promoviendo la reflexión colectiva, la validación emocional y el desarrollo de herramientas prácticas para mejorar la calidad de sus relaciones afectivas.	
Técnicas:	En esta sesión grupal se trabajarán <u>habilidades sociales y comunicativas enfocadas en cómo expresar a la pareja, o futura pareja, el diagnóstico de VIH y/o VPH</u> . Se fomentará la reflexión emocional en torno a cómo se ha vivido el proceso personal del diagnóstico y cómo este puede influir en las dinámicas relacionales. A través de una actividad participativa, se construirá colectivamente una carta dirigida a una pareja imaginaria. Cada participante responderá una pregunta guía desde su propia perspectiva, contribuyendo a la construcción de una carta conjunta que simbolice la diversidad de experiencias y formas de comunicación. Esta metodología busca visibilizar distintas maneras de expresar emociones, necesidades y límites, favoreciendo el aprendizaje mutuo y la empatía. Al finalizar, se leerá la carta grupal en voz alta y se realizará un espacio de cierre para integrar aprendizajes y emociones.	
Anexo: 12	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 13

Objetivo:	Practicar habilidades sociales en contextos familiares o cercanos, favoreciendo una comunicación compasiva y consciente frente a situaciones emocionalmente difíciles.	
Técnicas:	Esta sesión se enfocará en la práctica de <u>habilidades sociales</u> desde una perspectiva compasiva, especialmente en contextos <u>familiares</u> o relaciones cercanas. A través de ejercicios guiados, los y las participantes ensayarán cómo abordar conversaciones difíciles relacionadas con el diagnóstico, como pedir apoyo, poner límites o compartir información personal. La sesión brindará herramientas para comunicarse con autenticidad, reconociendo el malestar emocional sin dejar de actuar desde el cuidado, la empatía y los propios valores.	
Anexo: 13	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 14		
Objetivo:	Favorecer la resignificación del diagnóstico y fortalecer el sentido de vida a través de la exploración de recursos internos, valores personales y metas futuras	
Técnicas:	Esta sesión utiliza la <u>metáfora del equipaje emocional</u> para que los participantes reflexionen sobre qué aspectos desean conservar, transformar o soltar en relación con su diagnóstico y experiencia personal. A través de una actividad creativa y participativa, se facilita el reconocimiento de fortalezas, aprendizajes y recursos, al mismo tiempo que se promueve la exploración y construcción del sentido de vida. El enfoque está en apoyar el autocuidado emocional, la esperanza y la proyección hacia un futuro con propósito, en el que la persona asuma un rol activo y consciente en su bienestar y realización personal.	
Anexo: 14	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Sesión 15		
Objetivo:	Facilitar un espacio de reflexión profunda que permita a los participantes evaluar su proceso emocional y personal, reconociendo sus avances, dificultades y nuevas formas de relacionarse consigo mismos desde la compasión y la aceptación.	
Técnicas:	Esta sesión será de seguimiento y tiene como finalidad evaluar de manera <u>introspectiva el proceso de transformación y crecimiento que cada participante ha experimentado a lo largo de las sesiones</u> . Para ello, los participantes podrán escribir o responder de manera oral, una serie de preguntas simbólicas y emocionales que permitirán profundizar en el autoconocimiento, la aceptación emocional y la integración de lo trabajado. Para los que elijan escribir, la escritura podrá ser libre y confidencial, permitiendo que cada persona explore sus respuestas de forma honesta y sin juicios. Esta actividad busca consolidar	

	aprendizajes, identificar cambios internos y reconocer el camino recorrido en su proceso personal.	
Anexo: 15	Tiempo: 2 h	A cargo: Psicología

Anexo 2: Material sesión 1

Cuestionario semiestructurado Sesión 1 Protocolo

- ¿Podría contarme un poco sobre usted? (edad, sexo, ocupación, etc.)
- ¿Hace cuanto recibió el diagnóstico de VIH/HPV?
- ¿En términos generales, cómo describiría su vida antes del diagnóstico?
- ¿Puede compartirme cómo se sintió en el momento que recibió el diagnóstico?
- ¿Ha experimentado algún cambio en su bienestar emocional o psicológico desde que recibió el diagnóstico? Si es así, ¿qué tipo de cambios?
- ¿Qué emociones predominaron en los primeros días y semanas después del diagnóstico?
- ¿Cómo ha afectado su salud mental el hecho de tener esta infección?
- ¿Ha tenido síntomas relacionado con estrés, ansiedad, depresión a partir del diagnóstico?
¿Cómo lo afronta?
- ¿Ha contado con algún tipo de apoyo o ayuda que haya sido de utilidad para afrontar estos síntomas o dificultades? ¿Cuáles han sido estos apoyos (familiar, profesional o de otro tipo)?
- ¿Cómo se abordan los temas relacionados con el VIH/HPV en tu círculo social o familiar?
¿Se ha sentido apoyado?
- ¿Cómo cree que su orientación sexual/identidad de género influye en la experiencia de tener el diagnóstico de VIH/HPV?
- ¿Cómo han sido las experiencias contando su diagnóstico a otras personas?
- ¿Cómo ha afectado el diagnóstico de VIH/HPV su vida social? ¿Ha tenido dificultades mantener relaciones de amistad, familiares o laborales?
- ¿El diagnóstico de VIH/HPV ha tenido un impacto en sus relaciones afectivas o de pareja? Si es así, ¿cómo lo ha abordado?
- ¿De qué manera crees que su sexo (hombre, mujer o intersexo) y su edad han influido en la forma en que te has enfrentado al diagnóstico y su impacto en su vida diaria?
- ¿Percibe usted que el diagnóstico ha influido de alguna manera en su salud física o en la relación con su cuerpo?
- ¿Cuáles factores considera que han ayudado a mantener una vida saludable y equilibrada tras el diagnóstico (por ejemplo, apoyo social, hábitos saludables, acceso a tratamientos, etc.)?

¿Piensa que el tener este diagnóstico ha tenido algún impacto en su rendimiento académico... ¿Y en su vida profesional o carrera?

¿Valora usted que ha contado con las herramientas necesarias para afrontar el diagnóstico? Si no es así, ¿qué otras herramientas o recursos serían importantes tener para usted?

Anexo 3: Material sesión 2

Mitos y realidades sobre las ITS

<https://www2.cruzroja.es/-/mitos-y-verdades-sobre-las-infecciones-de-transmision-sexual-its>

<https://vivolabs.es/7-mitos-sobre-las-ets/?srsltid=AfmBOoo8pwc7J6eis2EJ5TdzAlKnLzi4ZZzhDbfGR1Mc8YWFAbTXE7rQ>

Anexo 4: Material sesión 3

https://www.canva.com/design/DAG3qZ-uLVc/ikjUVEoVOqR4f-yF-wUdHg/edit?utm_content=DAG3qZ-uLVc&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Anexo 5: Material sesión 4

<https://youtu.be/TuPaMCsnxes?si=6WweApo9JxncNRkW>

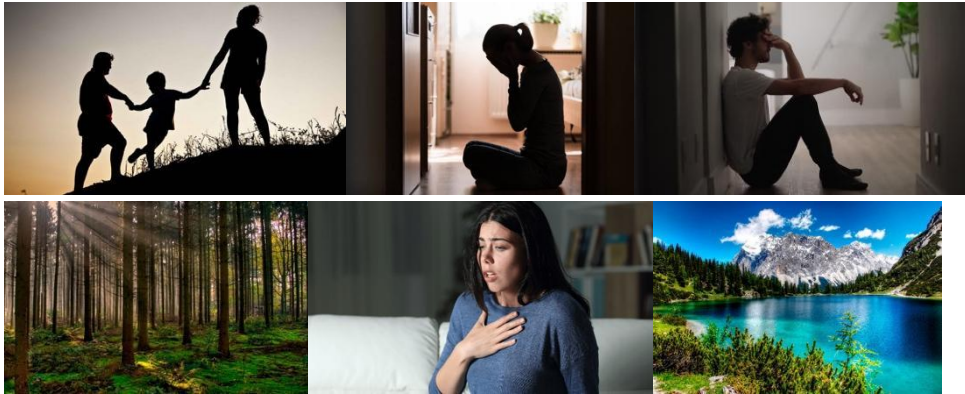
https://youtu.be/RbQ-_RZPPaE?si=DU-KXDUA0BYZIEdF

Anexo 6: Material sesión 5

Materiales

- Revistas, periódicos, imágenes impresas

Ejemplos:



- Tijeras y goma
- Cartulina o papel grande
- Marcadores, crayones o lápices de colores

1. Introducción y contención emocional

Se inicia con una breve conversación para establecer un clima de confianza y validar las emociones que surgen ante el diagnóstico.

Se explica:

“Hoy vamos a crear un collage que refleje cómo te ves a vos mismo(a) en este momento y cómo te gustaría verte en el futuro. No necesitás ser artista, solo conectar con lo que sentís”.

2. Construcción del collage

El paciente elige imágenes, palabras o colores que representen:

- Su estado emocional actual
- Sus miedos, dudas o heridas
- Aspectos de sí mismo que desea cuidar o recuperar
- Sueños o metas hacia el futuro

Puede dividir la cartulina en dos partes:

“Yo ahora” y “Yo qué deseo ser

3. Compartir y reflexión guiada

Se invita al paciente a compartir lo que ha creado (si lo desea).

Preguntas de guía:

¿Qué imagen te llamó más la atención y por qué?

¿Qué parte del collage representa tu mayor fortaleza?

¿Cómo te gustaría sentirte con vos mismo dentro de unos meses?

Anexo 7: Material sesión 6

Materiales

- Cartulina o papel grueso
- Lápices, marcadores, témperas, revistas, pegamento, tijeras
- Hojas con forma de brújula impresa (opcional)
- Siluetas humanas en papel (opcional)

Instrucciones de la técnica

1. Apertura: Psicoeducación breve

El facilitador explica brevemente:

El dolor emocional es parte de la experiencia humana, pero no tiene por qué detenernos. A veces luchamos contra pensamientos o emociones difíciles, cuando en realidad lo más liberador es aceptarlas y elegir vivir guiados por lo que realmente valoramos. Hoy vamos a usar el arte para conectarnos con esa brújula interior que nos guía más allá del diagnóstico.

2. Ejercicio artístico: Mi brújula interior

Instrucción:

Van a crear una imagen que represente su brújula interior. En ella reflejarán:

- Norte: Sus valores (cosas que realmente importan en tu vida).
- Sur: Obstáculos internos (pensamientos, emociones o sensaciones que se interponen).
- Este: Acciones que te gustaría tomar para acercarte a esos valores, aún con malestar presente.
- Oeste: Fortalezas personales y habilidades.

3. Reflexión y conexión (espacio para compartir de forma voluntaria):

¿Qué valores aparecieron en tu brújula?

¿Qué emociones o pensamientos aparecen como obstáculos?

¿Cómo podrías actuar de forma comprometida incluso con esos obstáculos presentes?

4. Cierre terapéutico

Se refuerza la idea de que el malestar no es enemigo, sino una experiencia que puede acompañarse con compasión, mientras seguimos caminando hacia lo que nos importa.

Anexo 8: Material sesión 7

https://www.canva.com/design/DAGt3Gs35yo/J-ouVEJ43RwlmYebt4d2lg/edit?utm_content=DAGt3Gs35yo&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Seguido de la presentación, se realizarán las siguientes preguntas, con el objetivo de identificar si existen estos factores de riesgo o protectores en la vida de los pacientes:

Si responde “sí”, son señales de alerta

- ¿He dejado de tomar el tratamiento o lo tomo de forma irregular?
- ¿No he ido a los controles médicos desde que me diagnosticaron?
- ¿He tenido relaciones sexuales sin condón desde el diagnóstico?
- ¿No he informado a mis parejas sexuales sobre mi infección?
- ¿Sigo teniendo prácticas sexuales sin saber si mi pareja también está en tratamiento?
- ¿He recurrido a remedios caseros o automedicación sin orientación médica?
- ¿Me siento solo(a), sin apoyo emocional o social para enfrentar la situación?

Si responde “sí”, son señales de autocuidado y protección

- ¿Estoy tomando el tratamiento tal como me lo indicó el médico?
- ¿Voy regularmente a mis controles y seguimiento clínico?
- ¿Uso condón de forma constante y correcta desde que fui diagnosticado(a)?
- ¿He informado a mis parejas sexuales para que también se hagan pruebas o reciban tratamiento?
- ¿Me he informado bien sobre mi ITS (transmisión, cuidados, tratamiento)?
- ¿He recibido apoyo emocional, psicológico o participado en grupos de apoyo?
- ¿Estoy en contacto con profesionales de salud para resolver dudas o ajustar el tratamiento si es necesario?

Otra opción, es realizar una bitácora de salud, donde se anotará:

- Fechas de consultas.
- Dosis de medicamentos tomadas.
- Cambios físicos o emocionales.
- Dudas o miedos que quieras hablar con el médico.

Anexo 9: Material sesión 8

Lista de conductas para utilizar en el conversatorio

- Desde que recibí el diagnóstico, evito ver a mis amigos. No quiero que nadie se entere.
- Decidí ir a mi control médico y seguir todas las indicaciones. No quiero que esto avance.
- No le he dicho a mi pareja porque tengo miedo de que me deje.
- Me sentí tan mal que empecé a salir todos los fines de semana a tomar para distraerme.
- Después de saberlo, investigué mucho en internet y ahora me siento más confundido que antes.
- Estoy aprendiendo a cuidarme más, ahora uso condón en todas mis relaciones.
- Hablé con una psicóloga porque me estaba costando mucho manejar mis emociones.
- Ya no me estoy cuidando, igual ya estoy infectado...
- Compartí con mi pareja lo que estoy viviendo y buscamos información juntos.
- No he vuelto a tener relaciones sexuales desde que me diagnosticaron. No quiero contagiar a nadie, pero tampoco me siento digno de tener pareja.
- Ya no me volví a tomar los medicamentos, porque igual yo me siento bien.
- Estoy planeando un taller con mis amigos para hablar de salud sexual y autocuidado, quiero que aprendamos juntos.
- Me volví muy impulsivo, como si nada importara. A veces tengo relaciones sin protección, como si quisiera castigarme.
- A veces salgo en carrera de la casa y se me olvida tomarme el medicamento.

Anexo 10: Material sesión 9

Contenido psicoeducativo

https://www.canva.com/design/DAGFQIIloXs/xEd3GAPeuIyYG8yaFsZqeA/edit?utm_content=DAGFQIIloXs&utm_campaign=designshare&utm_medium=link2&utm_source=sharebutton

Anexo 11: Material sesión 10

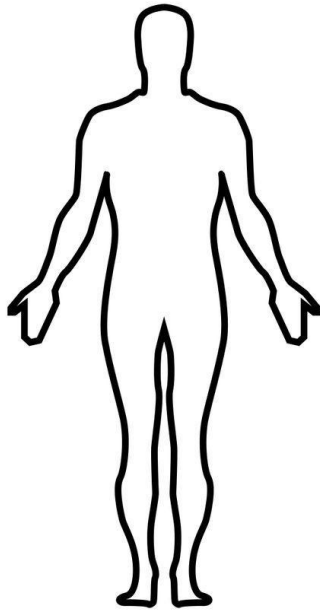
Materiales: lapiceros, papeles de colores y cajitas de cartón.

Lista de preguntas

1. Mencioná 3 cualidades personales que te hacen sentir orgulloso.
2. ¿Qué cosas hacés bien y disfrutás hacer?
3. ¿Qué logros personales o académicos recordás con orgullo?
4. ¿Qué aspectos tuyos te gustaría mejorar?
5. ¿Cómo reaccionás ante la crítica? ¿Qué aprendés de ella?
6. ¿Qué errores pasados te han dejado aprendizajes importantes?
7. ¿Qué pensamientos negativos solés tener sobre vos? ¿Qué podrías decirte para cambiarlos?
8. ¿Cómo te hablás a vos mismo en los momentos difíciles?
9. ¿Qué actividades hacés para cuidar de vos (emocional, física o mentalmente)?
10. Escribí una frase o afirmación positiva que te gustaría repetirte cada día.
11. ¿Qué metas personales te gustaría alcanzar en los próximos 6 meses?
12. ¿Qué hábitos podés comenzar a desarrollar para sentirte mejor vos mismo?
13. ¿Qué tipo de persona te gustaría ser en el futuro?

Anexo 12: Material sesión 11

Figura cuerpo humano



WWW.ULTRACOLORENPAGES.COM

Anexo 13: Material sesión 12

El grupo en conjunto realizará una carta, siguiendo una lista de acontecimientos que se irán leyendo, como cambios emocionales y en la intimidad sexual, cada uno responderá una pregunta (del apartado de “¿cómo lo trabajamos?”) y la pasará al siguiente compañero para que todos participen, la idea es que vayan respondiendo, imaginándose que hablan con su pareja o futura pareja.

Parte 1. Trabajar como equipo

1. Redactar un párrafo en el que se comunique el diagnóstico, a partir de lo aprendido en sesiones anteriores.

¿Qué cambia?: El diagnóstico puede desequilibrar la relación: uno puede sentirse culpable, el otro inseguro o asustado. Para evitar esa fractura, es importante establecer que los dos son parte activa del proceso de afrontamiento, con responsabilidades compartidas, no uno sobre el otro.

2. ¿Cómo lo trabajamos?

Hacer un compromiso mutuo de cuidado. Ejemplo:

- “Yo me comprometo a cuidar de mi salud por vos y por mí”.
- Crear un plan de seguimiento compartido, como un calendario de controles médicos, toma de medicamentos (si aplica), vacunas, hábitos de autocuidado.

Beneficio: Esto reduce la carga emocional del que recibió el diagnóstico y genera conexión a través del acto de cuidar (no solo del miedo o la obligación).

Parte 2. Redefinir la intimidad desde la confianza.

¿Qué cambia?: La sexualidad muchas veces queda en suspenso o se vuelve fuente de angustia: miedo al contagio, culpa por el deseo, pérdida del contacto físico.

1. ¿Cómo lo trabajamos?

Establecer un espacio seguro para hablar de sexo sin culpa ni presión.

Preguntas útiles:

- “¿Qué necesitás ahora para sentirte cómodo/a en lo sexual?”
- “¿Qué cosas podríamos seguir disfrutando juntos, aunque aún no retomemos todo?”
- Informarse juntos sobre formas seguras de mantener relaciones íntimas (uso de condón, carga viral indetectable, tratamiento, vacunas, etc.).
- Reaprender el contacto: caricias, afecto, tiempo juntos sin enfocarse solo en lo genital.

Beneficio: La intimidad deja de ser un problema y vuelve a ser un espacio de unión, aunque sea distinto al de antes.

Parte 3. Hacer frente al diagnóstico como “nosotros contra la situación”.

¿Qué cambia?: La narrativa del diagnóstico a veces se vive como una culpa individual (“yo lo traje a la relación” o “yo ahora debo cargar con esto”). Eso puede romper la unión emocional.

1. ¿Cómo lo trabajamos?

Crear una narrativa conjunta, no individualista.

Escribir en la carta frases como:

“Esto nos pasó, no nos define”.

“Hemos enfrentado muchas cosas, esta es una más que vamos a aprender a manejar”.

Identificar las fortalezas que ya han mostrado como pareja frente a otras dificultades, para construir desde ahí.

Beneficio: El diagnóstico deja de ser un enemigo interno y se convierte en un reto externo que ambos pueden enfrentar desde la colaboración.

Parte 4. Pequeños actos diarios de cuidado emocional.

¿Qué cambia?: El estrés emocional se acumula y a veces la pareja comienza a distanciarse sin darse cuenta. El silencio, la rutina o evitar el tema puede generar más desconexión.

1. ¿Cómo lo trabajamos?

Implementar un “*check-in*” emocional diario”, de solo 5–10 minutos:

(Esta lista de preguntas la contestan los participantes para fomentar la comunicación con su pareja y se pueden llevar las preguntas para que el otro las responda).

- ¿Cómo te sentiste hoy?
- ¿Hubo algo que te preocupó?
- ¿Qué te gustaría recibir de mí mañana?
- Acordar microactos de cariño diarios (sin necesidad de contacto sexual): un mensaje cariñoso, una caminata juntos, una nota, una pregunta empática.

Beneficio: Esto mantiene el canal emocional abierto y refuerza el vínculo incluso en días difíciles o silenciosos.

Cierre. Para cerrar la sesión, hay que recordar que es importante:

- Entender que ambos están implicados emocionalmente.
- Hablar sin miedo de sexualidad, salud y emociones.
- Construir intimidad con base en la confianza, no en el miedo.
- Elegir ser compañeros activos, no observadores pasivos.
- Recordar que este diagnóstico puede ser el inicio de una relación más profunda, no su final.

Anexo 14: Material sesión 13

1. Actividades iniciales de conexión y preparación emocional

a. Respiración diafragmática guiada

El psicólogo guía una breve práctica de respiración consciente para favorecer la conexión con el cuerpo y el momento presente.

b. Visualización grupal

Se invita al grupo a cerrar los ojos e imaginar que están por tener una conversación importante, pero desde su “yo compasivo”. Se plantean preguntas guía:

¿Cómo me siento si conecto con mi parte compasiva?

¿Cómo hablo?

¿Qué transmito con mi voz, mi postura y mis palabras?

c. Círculo de frases compasivas

Cada participante comparte en voz alta una frase compasiva que podría decirse a sí mismo/a o a otra persona. Algunos ejemplos:

“Todos cometemos errores y, aun así, merecemos comprensión”.

“No estás solo/a, estoy aquí con vos”.

“Puedo sentir miedo y, aun así, hablar con valentía”.

“Sé que esto puede sonar difícil, pero quiero compartirlo porque valoro nuestra relación”.

“No necesito que me soluciones todo, solo que me escuchés”.

“Estoy aprendiendo a cuidarme y parte de eso es hablar de lo que me pasa”.

“Puedo sentir miedo y aun así ser auténtico”.

Explicación del facilitador:

Se aclara que el objetivo de la dinámica no es hacerlo “perfecto”, sino explorar formas diferentes de comunicarse desde la compasión, permitiendo errores y pausas.

2. Trabajo en parejas: Ensayo de situaciones reales

a. Formación de parejas

El facilitador asigna las parejas de forma estratégica, evitando emparejamientos repetitivos o posibles tensiones previas.

b. Elección de situaciones desafiantes

Cada participante elige una situación interpersonal que le gustaría ensayar.

Ejemplos:

Comunicarle a alguien que vive con VIH.

Pedir apoyo sin sentirse débil.

Poner límites ante preguntas invasivas.

c. Asignación de roles

Participante A representa su propia vivencia.

Participante B interpreta a la persona con la que se quiere practicar la interacción (amigo, familiar, etc.), con una actitud neutra o levemente desafiante, según lo acordado.

d. Ensayo con apoyo

Se realiza el diálogo, cuidando el lenguaje corporal, el tono de voz y el contenido verbal desde la compasión.

Si la persona se bloquea, puede pausar, pedir orientación al terapeuta o recibir un “rescate compasivo” del grupo (una frase o gesto de apoyo).

Luego, se invierten los roles para que ambos participantes practiquen.

3. Reflexión grupal

De forma grupal, se responde a las siguientes preguntas:

¿Qué sentí al hablar desde la compasión?

¿Qué parte fue más difícil o incómoda?

¿Qué pensamientos autocríticos surgieron durante el ejercicio?

¿Qué aprendí al observar o interactuar con mi compañero/a?

Anexo 15: Material sesión 14

Técnica: La Maleta del sentido

Materiales necesarios

- Hoja o cartulina con el dibujo de una maleta.
- Tarjetas de colores o “*post-its*”.
- Lápices, bolígrafos y marcadores.
- Opcional: revistas, tijeras, pegamento, elementos decorativos.
- Objetos simbólicos pequeños (por ejemplo: piedritas, botones, dados, estampas).

El facilitador introduce la dinámica con el siguiente mensaje o una versión adaptada:

“Imaginá que estás por comenzar un nuevo viaje. No es un viaje cualquiera, sino el trayecto de tu vida a partir de este momento. Hoy vas a preparar tu maleta simbólica. Pero en esta maleta solo podrás llevar lo más importante: lo que te da fuerza, lo que has aprendido, aquello que te acompaña con amor... y también decidir qué es mejor dejar atrás para avanzar más liviano/a.”

Cada participante trabajará de forma individual con su maleta simbólica, escribiendo en distintas tarjetas:

a. “Lo que sí llevo conmigo”

Valores, recuerdos, fortalezas, vínculos, talentos, sueños o aprendizajes que desean conservar y llevar a futuro.

Ejemplos:

“Mi fuerza para empezar de nuevo”.

“La risa de mi hija”.

“Mi creatividad”.

b. “Lo que elijo dejar atrás”

Miedos, culpas, pensamientos negativos, creencias limitantes o experiencias que ya no desean seguir cargando.

Ejemplos:

“La idea de que ya no tengo futuro”.

“El miedo a hablar de mi salud”.

c. “Lo que quiero encontrar en el camino”

Metas personales, hábitos nuevos, relaciones significativas, proyectos o formas de autocuidado.

Ejemplos:

“Volver a estudiar”.

“Conocer a alguien que me valore”.

“Cuidarme con amor”.

Opcional:

Pueden decorar sus maletas, usar elementos simbólicos o recortes de revistas para representar lo que han escrito.

Quienes lo deseen, pueden compartir su maleta con el grupo, utilizando como guía la siguiente frase:

“Mi maleta está llena de..., y en mi viaje quiero...”.

El facilitador cuida que el espacio de escucha sea respetuoso, sin juicios ni interrupciones.

Para concluir, se ofrece una reflexión grupal que puede ser expresada de la siguiente manera:

“Todos llevamos algo valioso en nuestro interior. A veces la vida nos cambia el rumbo y el diagnóstico puede ser uno de esos momentos. Pero eso no significa que perdamos nuestra capacidad de elegir qué llevar, qué dejar y hacia dónde caminar. Aún con lo vivido, podemos diseñar un camino con sentido, con vínculos, con cuidado y con propósito”.

Anexo 16: Material sesión 15

Técnica: “El Jardín Emocional”

Materiales:

- Lápices o lapiceros
- Hojas blancas
- Marcadores de colores (opcional)

Se comenzará con una breve psicoeducación: “En el proceso de sanar emocionalmente, muchas veces creemos que al ‘mejorar’ ya no deberíamos sentir tristeza, miedo o enojo. Pero la verdad es que todas las emociones son parte natural de la vida. Incluso en los días soleados, en nuestro jardín pueden crecer hierbas que no esperábamos. Y eso está bien”.

Paso 1. Preparación del ambiente

- Podés poner música suave de fondo (naturaleza o instrumental).
- Invitá a los participantes a sentarse cómodamente, cerrar los ojos si lo desean y respirar profundo.

Paso 2. Guía de visualización (leer en voz suave)

“Imaginá que llevás tiempo cuidando un jardín... ese jardín representa tu proceso, tu vida emocional.

Al principio había tierra seca, quizás piedras... pero poco a poco lo fuiste trabajando: sembraste flores, regaste, quitaste espinas...

Hoy ves colores, plantas creciendo... pero también notás que hay malas hierbas, flores marchitas, hojas caídas...

Observá todo eso sin juicio. Es parte natural del jardín. No significa que estés fallando. Solo que tu jardín, como vos, está vivo.

Hoy puede haber una nube. Mañana puede llover. Después vendrá el sol otra vez. Así funciona”.

(Pausa de 1 minuto para que visualicen)

Paso 3. Reflexión guiada (escrita o lo pueden compartir en voz alta)

- ¿Qué había hoy en tu jardín?
- ¿Qué parte de ese jardín te cuesta aceptar?
- ¿Te das permiso de descansar o necesitás “estar bien” todo el tiempo?

- ¿Qué te gustaría decirle con compasión a las emociones que no te gustan?

Frase de cierre: “Mi jardín emocional está vivo. A veces florece, a veces se marchita, pero siempre merece cuidado, no exigencia”.

Anexo 17: Cuestionario semiestructurado para recolección de historias de vida

1. ¿Podría contarme un poco sobre usted? (edad, sexo, ocupación, nivel académico, etc.)
2. ¿Cómo era su vida cotidiana antes del diagnóstico?
3. ¿Hace cuánto tiempo recibió el diagnóstico de VIH?
4. ¿Cómo se sintió en el momento del diagnóstico y qué emociones predominaron en las primeras semanas?
5. ¿Sabe usted cómo fue el medio de contagio?
6. Desde entonces, ¿qué cambios ha experimentado en su bienestar (bienestar físico y mental)?
7. ¿Han recibido algún diagnóstico en salud mental después del diagnóstico de VIH?
8. ¿Qué síntomas o dificultades emocionales (estrés, ansiedad, depresión) ha enfrentado y cómo los ha gestionado?
9. ¿Cómo se habla del VIH en su círculo cercano y cómo se ha sentido en cuanto a apoyo, aceptación o rechazo?
10. ¿Ha compartido su diagnóstico? ¿Cómo ha sido compartir su diagnóstico con otras personas y qué impacto ha tenido en sus relaciones sociales, familiares o de pareja?
11. ¿Con qué apoyos ha contado (familia, amistades, profesionales, comunidad, espiritualidad) y cómo le han ayudado?
12. ¿Qué recursos personales le permitieron un mejor manejo de noticia del diagnóstico con VIH?
13. ¿Ha tenido experiencias de estigma o discriminación? ¿De qué manera han influido en usted? ¿En qué lugares?
14. ¿Considera que su edad, sexo, orientación sexual o identidad de género han influido en su vivencia del diagnóstico?

Edad:

Sexo:

Orientación sexual:

Identidad de género:

15. ¿Percibe que el diagnóstico ha cambiado la forma en que se relaciona con su cuerpo o con su salud física en general?
16. ¿El diagnóstico ha influido en su vida académica, profesional o laboral? ¿De qué manera?
17. ¿Qué factores considera que le han ayudado a mantener una vida equilibrada y saludable (hábitos, tratamiento, redes de apoyo, etc.)?
18. ¿Qué herramientas o recursos siente que aún necesita para afrontar mejor esta experiencia?
19. Pensando hacia adelante, ¿cómo imagina su futuro y qué papel cree que juega el diagnóstico en sus proyectos de vida?



FORMULARIO DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

Investigación sobre “Vivencias del diagnóstico de VIH en población costarricense: un análisis desde la perspectiva biopsicosocial”

Nombre de las personas investigadoras:

Nombre de la persona participante:

Aspectos generales:

- 1. Responsables del proyecto:** la presente investigación será realizada por estudiantes de la Licenciatura de Psicología de la Universidad de Iberoamérica
- 2. Propósitos del proyecto:** la presente es una investigación vinculada a la tesis de licenciatura en psicología de la Universidad de Iberoamérica UNIBE, la cual tiene como objetivo analizar la influencia del diagnóstico de ITS en la vida cotidiana de personas adultas costarricenses. Asimismo, el presente trabajo de investigación también posee el propósito de realizar la investigación para optar por el grado de Licenciatura en Psicología.
- 3. Condiciones de la participación:** si acepta participar en este estudio usted contestará preguntas relatando sobre distintos aspectos de su diagnóstico y la vivencia con el mismo. La entrevista para realizar la recopilación de la información sobre su historia de vida puede tomar un tiempo aproximado entre 45 minutos y 1 hora.
- 4. Posibles riesgos de la participación:** participar en esta entrevista sobre su historia de vida no significa para su persona un riesgo, ni físico, ni psicológico, ni legal. Asimismo, es importante que considere que la entrevista puede incluir preguntas que le generen algún malestar debido al reflexionar acerca de cómo ha sido su vivencia con el diagnóstico de la ITS.
- 5. Beneficios de la participación:** como resultado de la participación en esta investigación, no obtendrá ningún beneficio directo, no obstante, los resultados de esta investigación facilitarán conocer cuáles son los aspectos psicológicos, emocionales y sociales de la

vivencia con el diagnóstico. Su aporte en la metodología de historia de vida contribuirá a la adquisición de conocimientos por parte de las personas investigadoras y los posibles hallazgos podrían beneficiar a otras personas con este diagnóstico de ITS.

6. **Datos previos a la autorización:** antes de empezar con la entrevista respectiva para indagar sobre su historia de vida, se le leerá de manera oral los contenidos de este consentimiento por parte de las personas investigadoras y posterior a esto se le hará un espacio de preguntas con respecto a la participación, asimismo, se les informará sobre los datos y números de contactos de las personas responsables de esta investigación.
7. **Copia del formulario:** se le dará una copia del cuestionario de preguntas que van a ir guiando la entrevista para desarrollar su historia de vida.
8. **Participación voluntaria:** al querer ser parte de esta investigación, debe saber que su participación es voluntaria y tiene el derecho a negarse a participar o a retirar su participación en cualquier momento.
9. **Confidencialidad de los datos:** su participación en este estudio es totalmente confidencial y anónima, por esta razón su nombre no será expuesto. Los resultados de este estudio podrían aparecer en una publicación científica o bien, ser divulgados en reuniones académicas, pero siempre de una forma anónima.
10. **Aspectos éticos:** al empezar su participación se le leerá el consentimiento, se hará un espacio de preguntas, después se firmará el consentimiento y por último se realizarán las preguntas para construir su historia de vida.
11. **Aspectos legales:** en la presente investigación usted no perderá ningún derecho legal al firmar el documento.

FIRMA DEL CONSENTIMIENTO

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Nombre, (cédula) y firma de la persona participante

fecha

Nombre, cédula y firma del o la responsable (si es el caso)

fecha

Nombre, cédula y firma del(la) investigador(a)

fecha

Nombre, cédula y firma del(la) investigador(a)

fecha

Anexo 19: Consentimientos informados de personas participantes

- 6. Datos previos a la autorización:** antes de empezar con la entrevista respectiva para indagar sobre su historia de vida, se le leerá de manera oral los contenidos de este consentimiento por parte de las personas investigadoras y posterior a esto se le hará un espacio de preguntas con respecto a la participación, asimismo, se les informará sobre los datos y números de contactos de las personas responsables de esta investigación.
- 7. Copia del formulario:** se le dará una copia del cuestionario de preguntas que van a ir guiando la entrevista para desarrollar su historia de vida.
- 8. Participación voluntaria:** al querer ser parte de esta investigación, debe saber que su participación es voluntaria y tiene el derecho a negarse a participar o a retirar su participación en cualquier momento.
- 9. Confidencialidad de los datos:** su participación en este estudio es totalmente confidencial y anónima, por esta razón su nombre no será expuesto. Los resultados de este estudio podrían aparecer en una publicación científica o bien, ser divulgados en reuniones académicas, pero siempre de una forma anónima.
- 10. Aspectos éticos:** al empezar su participación se le leerá el consentimiento, se hará un espacio de preguntas, después se firmará el consentimiento y por último se realizarán las preguntas para construir su historia de vida.
- 11. Aspectos legales:** en la presente investigación usted no perderá ningún derecho legal al firmar el documento.

FRIMA DEL CONSENTIMIENTO

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

 1-713-953
Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

Nombre, cédula y firma del o la responsable (si es el caso) fecha

6. Datos previos a la autorización: antes de empezar con la entrevista respectiva para indagar sobre su historia de vida, se le leerá de manera oral los contenidos de este consentimiento por parte de las personas investigadoras y posterior a esto se le hará un espacio de preguntas con respecto a la participación, asimismo, se les informará sobre los datos y números de contactos de las personas responsables de esta investigación.

7. Copia del formulario: se le dará una copia del cuestionario de preguntas que van a ir guiando la entrevista para desarrollar su historia de vida.

8. Participación voluntaria: al querer ser parte de esta investigación, debe saber que su participación es voluntaria y tiene el derecho a negarse a participar o a retirar su participación en cualquier momento.

9. Confidencialidad de los datos: su participación en este estudio es totalmente confidencial y anónima, por esta razón su nombre no será expuesto. Los resultados de este estudio podrían aparecer en una publicación científica o bien, ser divulgados en reuniones académicas, pero siempre de una forma anónima.

10. Aspectos éticos: al empezar su participación se le leerá el consentimiento, se hará un espacio de preguntas, después se firmará el consentimiento y por último se realizarán las preguntas para construir su historia de vida.

11. Aspectos legales: en la presente investigación usted no perderá ningún derecho legal al firmar el documento.

FRIMA DEL CONSENTIMIENTO

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Christopher Sánchez M.  1-14-12-0401
Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

Nombre, cédula y firma del o la responsable (si es el caso) fecha

6. Datos previos a la autorización: antes de empezar con la entrevista respectiva para indagar sobre su historia de vida, se le leerá de manera oral los contenidos de este consentimiento por parte de las personas investigadoras y posterior a esto se le hará un espacio de preguntas con respecto a la participación, asimismo, se les informará sobre los datos y números de contactos de las personas responsables de esta investigación.

7. Copia del formulario: se le dará una copia del cuestionario de preguntas que van a ir guiando la entrevista para desarrollar su historia de vida.

8. Participación voluntaria: al querer ser parte de esta investigación, debe saber que su participación es voluntaria y tiene el derecho a negarse a participar o a retirar su participación en cualquier momento.

9. Confidencialidad de los datos: su participación en este estudio es totalmente confidencial y anónima, por esta razón su nombre no será expuesto. Los resultados de este estudio podrían aparecer en una publicación científica o bien, ser divulgados en reuniones académicas, pero siempre de una forma anónima.

10. Aspectos éticos: al empezar su participación se le leerá el consentimiento, se hará un espacio de preguntas, después se firmará el consentimiento y por último se realizarán las preguntas para construir su historia de vida.

11. Aspectos legales: en la presente investigación usted no perderá ningún derecho legal al firmar el documento.

FRIMA DEL CONSENTIMIENTO

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Anthony Lopez 1-1397-0601  _____
Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

Nombre, cédula y firma del o la responsable (si es el caso) fecha

6. Datos previos a la autorización: antes de empezar con la entrevista respectiva para indagar sobre su historia de vida, se le leerá de manera oral los contenidos de este consentimiento por parte de las personas investigadoras y posterior a esto se le hará un espacio de preguntas con respecto a la participación, asimismo, se les informará sobre los datos y números de contactos de las personas responsables de esta investigación.

7. Copia del formulario: se le dará una copia del cuestionario de preguntas que van a ir guiando la entrevista para desarrollar su historia de vida.

8. Participación voluntaria: al querer ser parte de esta investigación, debe saber que su participación es voluntaria y tiene el derecho a negarse a participar o a retirar su participación en cualquier momento.

9. Confidencialidad de los datos: su participación en este estudio es totalmente confidencial y anónima, por esta razón su nombre no será expuesto. Los resultados de este estudio podrían aparecer en una publicación científica o bien, ser divulgados en reuniones académicas, pero siempre de una forma anónima.

10. Aspectos éticos: al empezar su participación se le leerá el consentimiento, se hará un espacio de preguntas, después se firmará el consentimiento y por último se realizarán las preguntas para construir su historia de vida.

11. Aspectos legales: en la presente investigación usted no perderá ningún derecho legal al firmar el documento.

FRIMA DEL CONSENTIMIENTO

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

William Lozano WLO 5-278-101
Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

Nombre, cédula y firma del o la responsable (si es el caso) fecha

- 6. Datos previos a la autorización:** antes de empezar con la entrevista respectiva para indagar sobre su historia de vida, se le leerá de manera oral los contenidos de este consentimiento por parte de las personas investigadoras y posterior a esto se le hará un espacio de preguntas con respecto a la participación, asimismo, se les informará sobre los datos y números de contactos de las personas responsables de esta investigación.
- 7. Copia del formulario:** se le dará una copia del cuestionario de preguntas que van a ir guiando la entrevista para desarrollar su historia de vida.
- 8. Participación voluntaria:** al querer ser parte de esta investigación, debe saber que su participación es voluntaria y tiene el derecho a negarse a participar o a retirar su participación en cualquier momento.
- 9. Confidencialidad de los datos:** su participación en este estudio es totalmente confidencial y anónima, por esta razón su nombre no será expuesto. Los resultados de este estudio podrían aparecer en una publicación científica o bien, ser divulgados en reuniones académicas, pero siempre de una forma anónima.
- 10. Aspectos éticos:** al empezar su participación se le leerá el consentimiento, se hará un espacio de preguntas, después se firmará el consentimiento y por último se realizarán las preguntas para construir su historia de vida.
- 11. Aspectos legales:** en la presente investigación usted no perderá ningún derecho legal al firmar el documento.

FRIMA DEL CONSENTIMIENTO

Si firma esta hoja significa que:

- 1) Usted ha leído (o se le ha sido leído) toda la información descrita en este formulario,
- 2) Se le ha explicado adecuadamente las implicaciones de su participación en este estudio
- 3) Ha podido realizar preguntas para aclarar sus dudas y/o preocupaciones al respecto
- 4) Se le han contestado de modo satisfactoria sus preguntas
- 5) Por tanto, accede a participar como sujeto de investigación en este estudio

Ana Rojas
 Nombre, (cédula) y firma de la persona participante fecha

 Nombre, cédula y firma del o la responsable (si es el caso) fecha

Anexo 20: Carta filólogo

Alajuela, martes 20 de enero del 2026

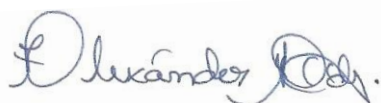
Señora
Erika Coto Jiménez, M.Psc.
Decana de la Facultad de Psicología
Universidad de Iberoamérica, Unibe

Estimada señora decana:

En calidad de filólogo, hago constar que los estudiantes Danna Karyme Badilla Gómez, cédula 44-0261-0048, y Josué Gabriel Ramírez Acuña, cédula 1-1859-0733, quienes cursan la carrera Licenciatura en Psicología, me presentaron el trabajo final de graduación titulado “*Vivencias del diagnóstico de VIH en población costarricense: un análisis desde la perspectiva biopsicosocial*”, para la corrección de estilo y de vicios del lenguaje pasados al texto escrito.

Después efectuados los cambios y realizado recomendaciones, extendiendo el visto bueno a solicitud de los interesados.

Atentamente,



Alexander Hernández Aguilar
Filólogo, UCR
Título número inscripción 94-826
Teléfono 8836-9504