

Percepciones sobre la adhesión al tratamiento y las variables psicológicas de las gestantes seropositivas para el VIH/SIDA

Percepções sobre adesão ao tratamento e variáveis psicológicas de gestantes soropositivas para o HIV/AIDS

Perceptions on the adherence to treatment and psychological variables of HIV-seropositive pregnant women to HIV/AIDS

Recibido: 28/01/2020

Aprobado: 15/06/2020

Publicado: 01/07/2020

Maria Fernanda Garcia de Almeida¹

Maira Morena Borges²

Cassiana Morais de Oliveira³

Se trata de una encuesta cualitativa, realizada entre mayo y noviembre de 2018, que tuvo por objeto describir la percepción de las mujeres embarazadas con VIH/SIDA sobre el diagnóstico, la adherencia al tratamiento y las variables psicológicas ante la enfermedad. Participaron en este estudio cinco mujeres embarazadas que recibían atención prenatal en un hospital universitario de nivel terciario del interior del Estado de São Paulo. Se aplicó un guion de entrevista semiestructurado, las Escalas Hospitalarias de Ansiedad y Depresión y Maneras de Enfrentamiento de Problemas. Surgieron cuatro categorías: *Diagnóstico del VIH, conocimiento sobre el VIH, Tratamiento y Adherencia al Tratamiento con Medicamentos*. Se encontró que la percepción es de un diagnóstico sin posibilidad de cura, pero con una perspectiva de calidad de vida para ellas y el feto/neonato. Tres participantes manifestaron vulnerabilidad emocional, con síntomas de ansiedad y/o depresión y todas mostraron un enfrentamiento centrado en la religión. Los resultados alertan a los equipos de salud sobre la necesidad de un apoyo y seguimiento multidisciplinario que pueda favorecer el apoyo psicosocial a las mujeres embarazadas, para ayudar a cambiar o mantener los comportamientos de adherencia.

Descriptor: Embarazo de alto riesgo; VIH; Cumplimiento y adherencia al tratamiento; Transmisión vertical de enfermedad infecciosa.

Trata-se de uma pesquisa qualitativa, realizada de maio a novembro de 2018, que teve como objetivo descrever a percepção de gestantes com HIV/AIDS sobre o diagnóstico, adesão ao tratamento e variáveis psicológicas frente à doença. Participaram desse estudo cinco gestantes em acompanhamento pré-natal em um hospital universitário, de nível terciário, do interior do Estado de São Paulo. Foram aplicados roteiro de entrevista semiestructurado, as Escalas Hospitalar de Ansiedade e Depressão e Modos de Enfrentamento de Problemas. Quatro categorias emergiram: *Diagnóstico do HIV, Conhecimento sobre HIV, Tratamento e Adesão ao Tratamento Medicamentoso*. Verificou-se que a percepção é de um diagnóstico sem a possibilidade de cura, mas com perspectiva de qualidade de vida para elas e para o feto/neonato. Três participantes manifestaram vulnerabilidade emocional, com sintomas de ansiedade e/ou depressão e todas mostraram o enfrentamento focalizado na religiosidade. Os resultados suscitam um alerta às equipes de saúde sobre a necessidade de apoio e acompanhamento multidisciplinar que possa favorecer o suporte psicossocial às gestantes, de maneira a auxiliar na mudança ou manutenção de comportamentos de adesão.

Descritores: Gravidez de alto risco; HIV; Cooperação e adesão ao tratamento; Transmissão vertical de doença infecciosa.

This is a qualitative study that had the goal to describe the perception of pregnant women with HIV/AIDS about the diagnosis, adherence to treatment and psychological variables due to the disease. The research took place between May and November of 2018. For this study, we surveyed pregnant women going through prenatal care in a tertiary-level university hospital, in the interior of the state of São Paulo. We applied an structured interview script, the Hospital Anxiety and Depression Scale and Ways of Coping with Problems Scale. Four categories were created: *HIV Diagnosis, Knowledge about HIV, Treatment and Adherence to Drug Treatment*. We found that the women's perception is of a diagnosis with no possibility of cure, but with a perspective of quality of life for them and fetus/newborn. Three participants showed emotional vulnerability with symptoms of anxiety and/or depression, and all of them showed coping focused on religion. The results raised an alarm to healthcare teams about the need for support and multidisciplinary monitoring that favors psychosocial support to the pregnant women, in order to help to change or maintain adherence behaviors.

Descriptors: Pregnancy, high-risk; HIV; Treatment adherence and compliance; Infectious disease transmission, vertical.

1. Psicóloga. Especializándose en la modalidad Mejora de la Promoción de la Salud del Hospital das Clínicas de la Faculdade de Medicina de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (HC-FMRP-USP), SP, Brasil. ORCID: 0000-0001-8655-5020 E-mail: mafer.almeida93@gmail.com

2. Psicóloga. Especialista en Psicología Cognitiva Comportamental. Especialista en Psicología de la Salud. Maestra en Psicología. Psicóloga de HC-FMRP-USP, SP, Brasil. ORCID:0000-0002-1568-2839 E-mail: borges.maira@hotmail.com

3. Psicóloga. Maestra en Ciencias. Profesora de la Universidade Paulista - Campus Ribeirão Preto y Psicóloga de HC-FMRP-USP, SP, Brasil. ORCID: 0000-0002-5781-7789 E-mail: cassiana.oliveira@docente.unip.br

INTRODUCCIÓN

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad infecciosa crónica causada por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH). Entre 2007 y junio de 2017 se notificaron 194.217 casos de infección por el VIH en el Brasil en el SINAN (Sistema de Información de Agravios de Notificación). En el mismo período, el número de casos notificados por sexo fue de 131.969 (67,9%) casos en los hombres y 62.198 (32,1%) casos en las mujeres¹. El número de casos notificados en los hombres sigue siendo mayor que en las mujeres, pero los casos de VIH en las mujeres han aumentado de manera alarmante. Con los cambios en el perfil epidemiológico del VIH/SIDA, los individuos con el virus comenzaron a vivir con la infección, experimentando diferentes etapas de su desarrollo en presencia del virus. En el caso de las mujeres en edad fértil, destaca la experiencia de la maternidad y la posibilidad de transmisión vertical del virus de la madre al feto². Esta vía de transmisión vertical es responsable de más del 90% de los casos de infección pediátrica en Brasil. Entre 2000 y junio de 2017, se notificó a 108.134 mujeres embarazadas infectadas con el VIH¹.

Gracias a las medidas gubernamentales, la incidencia de la transmisión vertical ha disminuido considerablemente en los últimos años, especialmente en el caso de mujeres embarazadas seropositivas de alto riesgo durante el cuidado prenatal³. Cuando no se realiza ninguna intervención profiláctica durante el embarazo, o cuando no se cumple con la profilaxis de la transmisión del VIH vertical, la transmisión del virus a través del binomio madre-feto se produce en aproximadamente el 25% de los embarazos de mujeres infectadas. Sin embargo, se obtienen mejores resultados en cuanto al control de la infección materna y la profilaxis de la transmisión de este virus en los casos en que la madre sigue todas las terapias recomendadas, llegando a niveles inferiores al 2%.

Entre las terapias recomendadas figuran: el uso de medicamentos antirretrovirales a partir de la 14^a semana de embarazo; las visitas al obstetra y al clínico/infectólogo; los exámenes prenatales; la cesárea electiva en mujeres embarazadas con cargas virales altas o desconocidas, o por indicación obstétrica; la no lactancia materna; el uso del medicamento para inhibir la lactancia posparto; la administración de jarabe de Zidovudina (AZT) al bebé durante seis semanas, en la dosis recomendada, entre otras acciones⁴. Por lo tanto, la adherencia al tratamiento antirretroviral durante el período -y la consiguiente disminución de la carga viral- es la medida de mayor resultado para la prevención de la infección pediátrica⁵.

El término de adherencia al tratamiento va más allá de la simple ingestión de medicamentos y se considera una actividad conjunta en la que el paciente no sólo obedece a las orientaciones médicas, sino que comprende, acepta y sigue la prescripción establecida por su médico. Para tener una adecuada adherencia al tratamiento, es necesaria la existencia de una alianza terapéutica entre médico y paciente, en la que se reconozca no sólo la responsabilidad específica de cada uno en el proceso, sino también la de todos los que participan (directa o indirectamente) en el tratamiento⁶. La rigurosa adhesión a los medicamentos antirretrovirales es fundamental, ya que el principal factor de riesgo asociado a la transmisión del VIH de madre a hijo es la elevada carga viral materna. El diagnóstico tardío de la infección por el VIH en el embarazo, la escasa adherencia de las recomendaciones técnicas de los servicios de salud y la calidad de la atención, especialmente en las regiones con menor cobertura de servicios y menos acceso a la red de salud, son los principales factores que dificultan la reducción de las tasas de transmisión vertical del VIH en todo el país⁴.

Un estudio realizado para conocer las experiencias y los factores que interfieren en la observancia de la terapia antirretroviral en las mujeres embarazadas con VIH/SIDA ha demostrado que para que las mujeres embarazadas puedan responder más eficazmente a las recomendaciones sanitarias es necesario que dispongan de un espacio en el que se puedan expresar y trabajar la ansiedad, el miedo y también la esperanza y la motivación (que se mezclan con tantos otros sentimientos) inherentes al proceso de la maternidad. Esto apunta a

la necesidad de desarrollar estrategias para ayudar a las mujeres embarazadas seropositivas a adherirse al tratamiento para VIH⁷.

Acciones de apoyo, actividades grupales y búsqueda activa de mujeres que no asisten son estrategias que al permitir la inclusión de las mujeres embarazadas en los servicios prenatales y acercarlas al equipo pueden prevenir el abandono del tratamiento y mejorar la adherencia de las mujeres embarazadas con VIH⁸.

En vista de lo anterior, el presente estudio tiene por objeto describir la percepción de las mujeres embarazadas con VIH/SIDA acerca del diagnóstico, la observancia del tratamiento y las variables psicológicas en relación con la enfermedad.

MÉTODO

El estudio se realizó en el Ambulatorio de Embarazo de Alto Riesgo - Enfermedades Infecciosas en Ginecología y Obstetricia (AMIGO) de un hospital universitario, de nivel terciario, situado en una ciudad del interior del estado de São Paulo. Es uno de los consultorios ambulatorios del Sector de Embarazo de Alto Riesgo del Departamento de Ginecología y Obstetricia, compuesto por un equipo multidisciplinario que cuenta con profesionales de obstetricia, infectología, psicología, psiquiatría, servicio social y enfermería. Ofrece tratamiento y atención prenatal completa a las mujeres embarazadas con diagnóstico de enfermedades que pueden infectar al feto, como el VIH, la toxoplasmosis, la sífilis, entre otras, además de pacientes adictas a las drogas y con trastornos psiquiátricos.

En este estudio participaron cinco mujeres embarazadas seropositivas y mayores de 18 años, que habían tenido al menos dos consultas previas con el equipo médico del prenatal, y que firmaron el Término de Consentimiento Libre e Informado (TCLI), aceptando que los datos recogidos formasen parte de la investigación. Se informó a las voluntarias sobre el proyecto de investigación, sus objetivos, procedimientos, riesgos y beneficios, la confidencialidad de su identidad y que, en cualquier momento, podían abandonar la investigación sin que su tratamiento en el hospital resultara perjudicado. Este estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación, con el número 2.667.078, obedeciendo a los preceptos de la Resolución No. 466 del 12 de diciembre de 2012 del Consejo Nacional de Salud para la investigación con seres humanos.

No pudieron participar en este estudio las mujeres embarazadas con otro tipo de infecciones; las que tenían algún déficit cognoscitivo aparente o informado por ellas, que hacía imposible realizar la entrevista y rellenar las escalas; las que se negaron a participar en la investigación; o cuando fue necesaria atención médica centrada en la demanda de emergencia.

Las invitaciones para participar en el estudio se hicieron en la primera atención psicológica de las pacientes. Las consultas del equipo de psicología se realizaron en la misma fecha que las citas prenatales de AMIGO, con el fin de optimizar el tiempo de la paciente y ofrecer una atención multidisciplinaria. Todas las mujeres embarazadas seropositivas fueron invitadas a esta clínica ambulatoria de mayo a noviembre de 2018.

Para la recogida de datos se utilizó un Guion de Entrevista Semiestructurado, compuesto por datos sociodemográficos, hábitos de vida, datos clínicos y cumplimiento del tratamiento, la percepción del paciente sobre su relación con el equipo de salud, aspectos cognitivos, antecedentes de salud mental y percepción de apoyo social; la Escala Hospitalaria de Ansiedad y Depresión (HAD); y la Escala de Maneras de Enfrentamiento de Problemas (EMEP). Los instrumentos se aplicaron en dos reuniones, en la primera se realizó el Guion de la Entrevista, y en la segunda se aplicaron las escalas HAD y EMEP. La recogida de datos se llevó a cabo de forma individual en una sala puesta a disposición, donde se prestan los servicios del equipo multidisciplinario, con una duración aproximada de 50 minutos.

La EMEP es una herramienta de evaluación psicológica, adaptada a la versión brasileña por Gimenes y Queiroz y validada por Seidl, Tróccoli y Zannon, que evalúa qué tipos de estrategias de enfrentamiento son más utilizadas por el individuo cuando se expone a un

problema^{9, 10}. Para cada una de las 45 preguntas la puntuación varía entre 1 y 5 y luego se calcula el promedio de las respuestas. Las estrategias y las respectivas preguntas que la definen son: Enfrentamiento centrado en el problema, Enfrentamiento centrado en la emoción, Enfrentamiento basado en las prácticas religiosas y el pensamiento fantasioso, y Enfrentamiento basado en la búsqueda de apoyo social^{9,10}.

La escala HAD, propuesta por Zigmond y Snaith en 1983 y validada en el Brasil por Botega y colaboradores, consta de 14 ítems, de los cuales siete se refieren a la evaluación de la ansiedad (HAD-A) y siete a la evaluación de la depresión (HAD-D)^{11,12}. Cada uno de los ítems puede ser puntuado de 0 a 3, componiendo una puntuación máxima de 21 puntos para cada escala. Así, la frecuencia del trastorno de ansiedad y el trastorno depresivo se obtiene a partir de las respuestas a los ítems de la HAD. Se adoptaron los siguientes puntos de corte recomendados: tanto para el HAD-A como para la HAD-D, las puntuaciones de 0 a 8 indican que el paciente no tiene ninguno de estos trastornos, mientras que las puntuaciones superiores o iguales a 9 se traducen en ansiedad o depresión, respectivamente^{11,12}.

Para el análisis de los datos se utilizaron los enfoques cuantitativo y cualitativo. Los datos de HADS y EMEP fueron analizados cuantitativamente, de acuerdo con los estándares de cada instrumento. Los datos cualitativos obtenidos en el guion de la entrevista fueron analizados a través del Análisis Temática de Contenido¹³.

El análisis de contenido es un conjunto de técnicas de análisis de la comunicación que utiliza procedimientos sistemáticos y objetivos para describir el contenido de los mensajes, permitiendo la inferencia de conocimientos relativos a las condiciones de producción (o, posiblemente, de recepción), inferencia que se produce con indicadores cuantitativos o no. La técnica de análisis de contenido se refiere al estudio tanto del contenido en figuras literarias, reticencias, entre líneas como de manifiestos¹³.

RESULTADOS

En cuanto al perfil sociodemográfico de las cinco mujeres embarazadas, la edad media fue de 31 años, con una edad mínima de 21 años y una máxima de 42 años; en el momento del estudio, tres vivían en Ribeirão Preto y dos en otras ciudades del interior del estado de São Paulo; Dos mujeres embarazadas informaron de que se casaron por lo civil, una estaba en una pareja de hecho y dos se declararon solteras; tres habían terminado la escuela secundaria y dos no habían terminado la primaria; tres practicaban la religión católica y dos eran evangélicas; una se dedicaba a actividades relacionadas y restringidas al cuidado de su propio hogar, una estaba desempleada y tres tenían empleo. Sólo una participante no tenía ingresos y el ingreso promedio de las demás era de R\$1140,00, según la Tabla 1.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las mujeres embarazadas atendidas en un hospital general. Ribeirão Preto, de mayo a noviembre de 2018.

Pacientes	Edad	Origen	Estado Civil	Escolaridad	Ocupación	Religión	Ingresos
P1	21	Ribeirão Preto	Unida	Secundaria Completa	Dueña de Casa	Evangélica	Sin ingresos
P2	42	Ribeirão Preto	Casada	Secundaria Completa	Enfermera Infantil	Católica	R\$ 1100,00
P3	30	São Carlos	Soltera	Primaria Incompleta	Desempleada	Católica	R\$ 600,00
P4	34	Ribeirão Preto	Soltera	Primaria Incompleta	Auxiliar de Limpieza	Evangélica	R\$ 2000,00
P5	28	Brodowski	Casada	Secundaria Completa	Modista	Católica	R\$ 2000,00

Las participantes presentaban las siguientes percepciones de sus datos clínicos y de adherencia al tratamiento: a) edad gestacional media en la 1ª atención psicológica, 30 semanas y 3 días; b) todas las pacientes han tenido otros embarazos además del actual; c) sólo una paciente respondió haber planeado el embarazo actual; d) la mayoría de ellas tenían otras comorbilidades además del diagnóstico de VIH (4), y sólo una participante no tenía otras

comorbilidades; e) todas comprendían su cuadro clínico; f) tres comprendían todas las etapas de su tratamiento y dos las comprendían parcialmente; g) todas tenían expectativas de recuperación/curación positivas y realistas; h) dos pacientes no se quejaron al equipo sobre su adhesión, pero las demás sí (Tabla II).

Tabla 2. Datos clínicos de mujeres embarazadas atendidas en un hospital general. Ribeirão Preto. Mayo a noviembre de 2018.

Pacientes	Edad gestacional en la 1ª asistencia	Número de embarazos	Embarazo planeado	Comorbilidades	Percepción del Cuadro Clínico	Percepción del Tratamiento	Expectativas de recuperación y/o curación	Queja del equipo sobre la adherencia
P1	27s y 4d	2	No	Ninguna	Sí	Total	Positivas y Realistas	No
P2	18s y 6d	4	No	Riesgo mayor de trisomías	Sí	Total	Positivas e Realistas	Sí
P3	34s	9	Sí	Anemia y aumento de peso insuficiente	Sí	Total	Positivas e Realistas	Sí
P4	38s	7	No	Sobrepeso	Sí	Parcial	Positivas e Realistas	No
P5	33s y 5d	2	No	Ex-fumadora/alcohólica/adicta a drogas	Sí	Parcial	Positivas e Realistas	Sí

En la aplicación de la escala HADS las participantes P2 y P3 presentaron indicadores de síntomas de ansiedad y depresión, y la participante P1 no presentó síntomas de depresión, pero sí la presencia de indicadores de ansiedad. En cuanto a la EMEP, todas las pacientes tuvieron un mayor predominio de estrategias centradas en prácticas religiosas con puntuaciones superiores a 2,64, e índices insatisfactorios de estrategias centradas en el apoyo social, ya que las puntuaciones inferiores a una desviación estándar inferior a la media (<2,95) se consideran valores a nivel clínico, que merecen una evaluación detallada para establecer los objetivos de la intervención (Tabla 3).

Comparando las estrategias centradas en el problema y la emoción, las puntuaciones indican un mayor uso de estrategias centradas en el problema, en lugar de la emoción. En dos participantes no fue posible aplicar las escalas HADS y EMEP, debido a la resolución de los embarazos antes de la recogida de datos de la encuesta (Tabla 3).

Tabla 3. Indicadores de ansiedad y depresión y de estrategias de enfrentamiento para mujeres embarazadas seropositivas atendidas en un hospital general, Ribeirão Preto. Mayo a noviembre de 2018.

Pacientes	HAD A*	HAD D**	EMEP Problema***	EMEP Emoción	EMEP Religiosidad/Fantasia	EMEP Apoyo social
P1	9	7	4,17	4,07	4,43	1,80
P2	8	11	4,33	2,00	4,57	2,00
P3	17	12	3,61	2,87	4,14	2,20
P4	----	----	-----	-----	-----	-----
P5	----	----	-----	-----	-----	-----

* Escala Hospitalaria de Ansiedad ** Escala Hospitalaria de Depresión *** Escala de Maneras de Enfrentamiento de Problemas

A partir de la lectura y relectura de las entrevistas y el análisis del contenido temático fue posible encontrar cuatro categorías: *Diagnóstico del VIH; Conocimiento sobre el VIH; Tratamiento; Adherencia al tratamiento con medicamentos.*

Diagnóstico del VIH

La mayoría de los descubrimientos ocurrieron durante el embarazo, pero dos pacientes lo descubrieron en otro momento de sus vidas, como muestran las siguientes afirmaciones:

Descubrí el VIH al principio del embarazo, estaba embarazada de dos meses. Hice los exámenes prenatales y llegó la bomba. (P3)

Descubrí en el 2000... Desde mi primer hijo, que nació en 2005, ya sabía que tenía el VIH [...] (P2).

Conocimiento sobre el VIH

En las verbalizaciones se verifica el diagnóstico, con énfasis en el pronóstico, las formas de transmisión, la diferencia entre el VIH y el SIDA y la Interrupción de los antirretrovirales:

Me dijeron que la gente no muere de esto, muere de otras enfermedades, pero tomando la medicina adecuada tenemos una vida normal [...] (P1)

Hoy sé que si tomo la medicina correctamente tendré un buen futuro [...] Sé que si sigo el tratamiento correctamente tendré una vida mejor que muchas personas que no tienen VIH. (P3)

Se contrae por las relaciones sexuales, las jeringas de drogas inyectables, si me corto, sangro y alguien con una herida toca mi sangre ella contrae. (P1)

El SIDA es cuando ya tienes la enfermedad [...] y el VIH es el virus. (P2)

Sé que tengo VIH y no SIDA. (P3)

No lo creo, porque incluso antes de ese embarazo ya estaba tomando los medicamentos. (P2)

No creo que habrá un día en el que pueda estar sin la medicación, porque el virus puede volverse más resistente y luego empeora, ya he investigado sobre esto también. (P3).

Tratamiento

En esta se identificaron temas como la ingesta diaria de antirretrovirales, las pruebas, y después del nacimiento del bebé:

[...] necesito tomar los medicamentos todos los días a la hora correcta [...] (P3)

[...] hacer las pruebas para ver la carga viral. El tratamiento consiste en análisis de sangre para verificar la carga viral. (P2)

Después de tener el bebé, la medicación cambiará, porque lo que tomo es para las mujeres embarazadas que tienen VIH. Tengo algunas dudas sobre la medicación después del parto, pero la médica me dijo que me quedara tranquila porque me hablará de ello. Incluso me preguntó si quería dejar el tratamiento después del nacimiento, y le dije que no, porque necesito cuidar de mis hijos, así que necesito ser tratada, aunque cambie la medicación, aunque sienta los efectos secundarios. (P3).

Adherencia al tratamiento con medicamentos

Aquí se señaló la toma de los medicamentos prescritos por el médico, pero también la no adherencia:

He dejado de tomar mi medicación durante 4 días debido a un feriado que cayó el jueves, hice ponte con el viernes y sólo recibí mi medicación el lunes. (P2)

Al principio del prenatal estuve unos 15 días sin tomar la medicación, porque estaba desanimada, lo estaba pasando muy mal y quería dejar el tratamiento. (P3)

Sólo 1 noche. (P4)

DISCUSIÓN

Los ingresos familiares no superaban los R\$ 2000,00. Este resultado está en consonancia con la investigación¹⁴ de que los grupos más vulnerables a la exposición al SIDA son las mujeres y los adolescentes, y en particular los menos beneficiados económicamente. Sin embargo, los datos comúnmente encontrados con respecto a la baja escolaridad de las mujeres embarazadas con VIH difieren de los encontrados en este estudio, ya que tres de las cinco participantes habían terminado la escuela secundaria. Los datos publicados por el Ministerio de Salud indican que la mayoría de las mujeres embarazadas infectadas por el VIH tienen del 5º al 8º grado incompleto¹. El bajo número de participantes en este estudio dificulta un análisis más fiable entre los estudios que verificaron el bajo nivel de educación de las personas con VIH, y que establecieron esta variable como la principal causa de la falta de comprensión de las formas de transmisión de la enfermedad¹⁵⁻¹⁷.

Hubo una comprensión adecuada de las etapas del tratamiento por parte de tres participantes, dos de las cuales tenían más estudios y una no; y una comprensión parcial por parte de dos participantes, una de las cuales tenía más estudios. En cuanto a la información sobre el VIH, todas las pacientes demostraron el mismo nivel de conocimiento, pero se percibió que las informaciones eran, en algunos discursos, incompletas e inconsistentes. Los datos

incorrectos sobre el virus y la enfermedad pueden indicar la aparición de fallos durante el proceso de asimilación de los conocimientos sobre el VIH/SIDA/ITS, que se produjo en la atención prenatal¹⁸.

Los estudios muestran que la epidemia de VIH/SIDA comenzó en el Brasil en los estratos socioeconómicos más altos de la población y luego se propagó progresivamente entre los estratos socioeconómicos más bajos^{14-17,19}. En base a estos hallazgos y a los resultados aquí descritos, se puede ver, por lo tanto, que la escolaridad y el nivel socioeconómico representan una menor capacidad de prevención y comprensión de la enfermedad, cuando se analizan de manera aislada, pero si se agregan a otras variables, como la dificultad de acceso a la información y a los servicios de salud.

El estudio indica un perfil de mujeres embarazadas con VIH, siendo ellas de baja escolaridad y con edades entre 20 y 35 años²⁰. Estos datos se acercan a los obtenidos en este estudio, ya que la edad de las pacientes osciló entre los 21 y los 42 años. Estas características también se han señalado en otros estudios, pero el factor de la edad ya estaba previsto, ya que se cree que este intervalo es precisamente el que la mayoría de las mujeres están en edad fértil¹⁵⁻¹⁷.

Otro hecho relevante entre los resultados descritos es que, independientemente de la escolaridad, la mayoría de las participantes entrevistadas conocían los riesgos de no realizar el tratamiento, tanto para el embarazo como para el riesgo de transmisión vertical. Pero es importante explicar que las informaciones obtenidas por las mujeres embarazadas sobre los riesgos que les ofrece el VIH y el feto no eran anteriores, sino que resultaba de la situación en la que se encontraban, es decir, con la confirmación del diagnóstico. En un estudio de 120 mujeres embarazadas, el 76,7% estuvo de acuerdo con la afirmación de que una mujer embarazada que tiene el virus del VIH corre el riesgo de transmitirlo a su bebé durante el embarazo, mientras que el 10% no estuvo de acuerdo con la afirmación y el 13,3% no pudo responder. En cuanto a la afirmación de que una mujer embarazada que tiene el virus del VIH corre el riesgo de transmitirlo a su bebé durante la lactancia, sólo el 50% de las mujeres embarazadas estuvieron de acuerdo con la declaración, el 18,3% no estuvo de acuerdo con la declaración y el 31,7 no pudo responder²¹.

En este sentido, la realización de pruebas de detección del VIH durante la atención prenatal es fundamental porque garantiza el derecho de la mujer a recibir orientación e información sobre el VIH y las formas de prevenir la transmisión vertical⁴. Esta falta de conocimiento previo por parte de los participantes podría significar un déficit en la principal, y quizás única, arma preventiva para combatir epidemias: la sensibilización de la población sobre los comportamientos de riesgo que facilitan la transmisión del VIH².

En el momento del estudio, tres de las cinco participantes informaron de que habían descubierto el VIH al principio del embarazo, lo que corrobora la afirmación del Ministerio de Salud de que, en la actualidad, una parte considerable de los diagnósticos de casos de infección retroviral en la población femenina se producen durante el período de gestación, lo que refleja la idoneidad de la política sanitaria en materia de atención prenatal mediante la detección serológica del VIH y el asesoramiento. El Ministerio de Salud aboga por las pruebas de detección del VIH, que pueden entenderse como una prueba de detección que produce resultados en un máximo de 30 minutos, confidencial, de metodología sencilla, realizada de forma voluntaria y apropiada para situaciones que requieren intervenciones profilácticas en emergencias específicas, como la prevención de la transmisión vertical del VIH durante el parto².

El asesoramiento se establece como un diálogo basado en una relación de confianza que se establece entre el profesional y el usuario, con el objetivo de asegurar que la persona sea capaz de afrontar los problemas emocionales derivados de su problema de salud, evaluar sus propios riesgos, tomar decisiones y encontrar formas prácticas y objetivas de hacer frente a estos problemas⁴. Sin embargo, muchos profesionales aún no están capacitados ni preparados para prestar asistencia específica a las mujeres embarazadas infectadas tras la confirmación de

la seropositividad. El propósito de la atención es controlar la carga viral y así reducir el riesgo de transmisión vertical del VIH¹⁹.

En cuanto a los datos sobre indicadores emocionales y de enfrentamiento, las tres pacientes en las que se aplicaron las escalas HADS y EMEP mostraron un mayor predominio de la estrategia de enfrentamiento centrada en la religiosidad y el pensamiento fantasioso. La religión puede estar relacionada con el papel de colaboradora en la resolución de problemas o ser considerada responsable de una expectativa imaginaria de resolución "mágica" del problema. Si el enfoque en la religión es directamente proporcional a la presencia de síntomas ansiosos y depresivos -como ocurre con las participantes en este estudio, dado que todas presentaron síntomas ansiosos y sólo una no presentó síntomas depresivos-, esta forma de confrontación se utilizará de una manera más imaginativa, en la que la mujer embarazada espera la resolución del problema sin participar activamente en el proceso^{23, 24}.

Entre las estrategias centradas en el problema y la emoción, se percibe que las pacientes recurren más a la confrontación centrada en el problema. Estos datos sugieren una actitud proactiva hacia el problema para gestionar o modificar la situación que le dio origen²⁵. Así pues, se puede concluir que las participantes conocían el riesgo de la transmisión vertical y para sí mismas y trataron de modificarlo y encontrar soluciones para reducirlo. El hecho de que estuvieran realizando la atención prenatal en un hospital terciario ya indica una actitud hacia la reducción de riesgos, ya que la institución proporciona atención médica especializada.

Estas mujeres embarazadas presentaron un menor uso de la estrategia de enfrentamiento centrada en la búsqueda de apoyo social. Estos datos difieren del estudio en el que todas las mujeres entrevistadas mostraron que recibieron algún tipo de apoyo después del descubrimiento del VIH, citando a la familia, los amigos y el servicio como importantes para enfrentar esta condición. En el mismo estudio se señaló que algunas mujeres embarazadas informaron de que no buscaban apoyo en la familia, lo que se asociaba con el temor a sufrir prejuicios por parte de los parientes y también con el intento de no causar sufrimiento y preocupación a los familiares²⁶.

En cuanto a los aspectos relacionados con el tratamiento, tres pacientes recibieron quejas del equipo por no haber realizado adecuadamente las acciones/comportamientos prescritos, y cuatro de las cinco declararon que habían dejado de tomar los medicamentos (antirretrovirales) en algún momento. Se puede ver que las mujeres embarazadas de este estudio, incluso recibiendo quejas del equipo sobre sus conductas de adherencia y habiendo dejado de tomar los medicamentos en algún momento, mostraron estar comprometidas con el prenatal y la profilaxis de transmisión vertical. En el caso de las mujeres embarazadas seropositivas, el hecho de estar infectadas por el VIH provoca el miedo a la muerte y a transmitir el VIH al feto, por otro lado, el embarazo juega un papel motivador en el que el hijo se convierte en una razón para vivir, generando un esfuerzo por parte de las mujeres embarazadas para poner en práctica conductas ambulatorias⁷.

Fue posible comprender que las cinco mujeres embarazadas con VIH, especialmente las que recibieron el diagnóstico al principio o durante el embarazo, se dieron cuenta ante la devastadora noticia de una condición que no tiene cura, y que puede ser transmitida al feto, de la necesidad de motivación para vivir, aunque el diagnóstico trae en su espectro varios elementos de muerte. En los discursos de las participantes se expresó que inicialmente prevalecía el temor de experimentar cambios físicos y orgánicos radicales, lo que les impediría mantener sus rutinas y planificar el futuro. Otra gran angustia experimentada fue el miedo a transmitir el virus del VIH al feto. En un estudio sobre el conocimiento de las mujeres embarazadas seropositivas acerca de la transmisión vertical también se señaló que las interpretaciones sobre el virus del VIH son: "*enfermedad que mata*", "*no tiene cura*", "*representa el fin*", "*quien se ve a sí mismo antes de un diagnóstico positivo vive un sentimiento de decretar la muerte anticipada por la equivalencia imaginaria*"²⁶. Las mujeres embarazadas con VIH

experimentan situaciones de ansiedad, miedo y esperanza y motivación, que se mezclan con muchos otros sentimientos inherentes al proceso de la maternidad⁷.

Se verificó mediante las declaraciones de las pacientes que el equipo de salud del hospital explicaba, siempre que había algún déficit en su comprensión, la importancia de la observancia del tratamiento para reducir en consecuencia la posibilidad de infección del feto y su propia enfermedad, con la intención de transmitir una visión de promoción de la salud y el cuidado a largo plazo. El equipo propuso eliminar todas las dudas de las pacientes y explicar de forma clara y fácil de entender todos los aspectos que abarcan el diagnóstico.

La atención prenatal ayuda a las mujeres a ampliar sus conocimientos sobre el diagnóstico propiamente dicho, las formas de prevención y los cuidados necesarios durante el proceso de gestación y puerperio, lo que representa un momento importante para que las mujeres embarazadas se sientan seguras de la atención prestada por el equipo de salud y, sobre todo, para que confíen en las recomendaciones del equipo sobre la atención⁸.

CONCLUSIÓN

Todas las pacientes entrevistadas manifestaron cierto nivel de vulnerabilidad emocional, con predominio del uso de estrategias centradas en la búsqueda de apoyo religioso imaginario para enfrentar los problemas, recurso que puede actuar como factor de protección, pero también de evasión, especialmente cuando se relaciona con la presencia de síntomas de ansiedad.

Hubo insatisfacción por parte del equipo de atención de la salud con respecto a la observancia del tratamiento de tres de las cinco pacientes y cuatro reconocieron haber interrumpido el antirretroviral en algún momento, lo que pone de manifiesto la dificultad que tienen muchas mujeres para mantener un tratamiento adecuado a largo plazo, aunque con mayor responsabilidad en el cuidado de sí mismas durante el embarazo.

Este conjunto de observaciones puede alertar al equipo de salud sobre la necesidad de un apoyo y seguimiento multidisciplinario que puede favorecer el apoyo psicosocial a las mujeres embarazadas para ayudar a cambiar o mantener los comportamientos de adherencia. Una asistencia humanizada, que vaya más allá de las acciones clínicas, dirigida a la prevención y el tratamiento del VIH/SIDA, debe considerar la condición emocional y sociocultural de estas mujeres. El diagnóstico de VIH establece la necesidad de un apoyo que abarque y articule a la mujer embarazada y su red socio-familiar, porque el conocimiento de la seropositividad, debido a las incertidumbres y temores que genera a su alrededor y a su hijo, impone un cambio de perspectiva existencial.

El estudio también muestra que para que esta población pueda cumplir con las recomendaciones de salud de manera más efectiva, es esencial que las mujeres embarazadas tengan un espacio en el que se puedan expresar y trabajar sus sentimientos derivados del embarazo y del diagnóstico del VIH. Se observó que, incluso con la presencia de variables que apuntaban a un desempeño incompleto o inadecuado de las medidas prenatales y de profilaxis de la transmisión vertical, las pacientes demostraron comprender que ante el diagnóstico de VIH no habría posibilidad de curación, sino calidad de vida tanto para ellas como para el feto, si se realizaban adecuadamente todas las etapas del tratamiento durante y después del embarazo.

Las limitaciones de este estudio son el pequeño número de participantes y el hecho de que no fue posible aplicar las escalas a todas las participantes debido a la resolución del embarazo. Sin embargo, los datos encontrados son relevantes porque, articulados con otros estudios, señalan a los profesionales de la salud la magnitud de considerar a las mujeres embarazadas seropositivas como seres biopsicosociales. Escuchar sus perspectivas sobre el momento en que viven permite ofrecer a ellas una atención de calidad, desarrollando estrategias que permitan una mejor adherencia a la terapia antirretroviral, lo hace que las mujeres se den cuenta de la necesidad de la continuidad del tratamiento.

REFERENCIAS

1. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Bol Epidemiol HIV AIDS [Internet]. 2017 [citado en 05 jul 2018]; 5(1):1-60. Disponible en: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2017>
2. Ministério da Saúde (Br), Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Recomendações para profilaxia da transmissão vertical do HIV e terapia antirretroviral em gestantes [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2010 [citado en 05 jul 2018]. (Manuais; n. 46). Disponible en: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2010/recomendacoes-para-profilaxia-da-transmissao-vertical-do-hiv-e-terapia-antirretroviral-em>
3. Ministério da Saúde (Br), Programa Nacional de DST e Aids. Plano operacional para a redução da transmissão vertical do HIV e da sífilis no Brasil [Internet]. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [citado en 05 jul 2018]. Disponible en: <https://www.nescon.medicina.ufmg.br/biblioteca/imagem/1931.pdf>
4. Ministério da Saúde (Br), Programa Nacional de DST e Aids. Protocolo para a prevenção de transmissão vertical de HIV e sífilis: manual de bolso. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [citado en 05 jul 2018]. Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_prevencao_transmissao_verticalhivsifilis_manualbolso.pdf
5. Faria ER, Carvalho FT, Lopes RS, Piccinini CA, Gonçalves TR, Santos BR. Gestação e HIV: preditores da adesão ao tratamento no contexto do pré-natal. *Psicol Teor Pesqui.* [Internet]. 2014 [citado en 20 dic 2018]; 30(2), 197-203. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-37722014000200009>
6. Ministério da Saúde (Brasil), Programa Nacional de DST e Aids. Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids. Brasília, DF: Ministério da Saúde; 2007 [citado en 06 jul 2018]. Disponible en: http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf
7. Barros VL, Araújo MAL, Alcântara MNA, Guanabara MAO, Melo SP, Guedes SSS. Fatores que interferem na adesão de gestantes com HIV/Aids à terapia antirretroviral. *Rev Bras Promoç. Saúde* [Internet]. 2011 [citado en 06 jul 2018]; 24(4):396-403. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=40820855016>
8. Pereira FW, Kleinubing RE, Ilha S, Gomes GC, Souza MB. Estratégias para a adesão ao tratamento de gestantes soropositivas ao vírus da imunodeficiência humana. *Rev Pesqui.* [Internet]. 2015 [citado en 27 feb 2020]; 7(3):2796-804. DOI: 10.9789/2175-5361.2015.v7i3.2796-2804
9. Gimenes MMG, Queiroz B. As diferentes fases de enfrentamento durante o primeiro ano após a mastectomia. In: Gimenes MMG, Fávero MH, organizadores. *A mulher e o câncer.* Campinas: Psy; 1997. p. 171-95.
10. Seidl EMF, Tróccoli BT, Zannon CMLC. Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicol Teor Pesqui.* [Internet]. 2001 [citado en 16 mar 2020]; 17(3):225-34. DOI: 10.1590/S0102-37722001000300004
11. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital Anxiety and Depression Scale. *Acta Psychiatr Scand.* [Internet]. 1983 [citado en 16 mar 2020]; 67(6):361-70. DOI: <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
12. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Junior C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Rev Saúde Pública* [Internet]. 1995 [citado en 16 mar 2020]; 29(5):359-63. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
13. Minayo MCS. *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde.* 13ed. São Paulo: Hucitec; 2013. 319p.
14. Silva CM, Alves RS, Santos TS, Bragagnollo GR, Tavares CM, Santos AAP. Panorama epidemiológico do HIV/aids em gestantes de um estado do Nordeste brasileiro. *Rev Bras Enferm.* [Internet]. 2018 [citado en 03 feb 2019]; 71(Supl 1):613-21. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0495>
15. Galvão JMV, Costa ACM, Galvão JV. Perfil sócio demográfico de portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado. *Rev Enferm UFPI* [Internet]. 2017 [citado en 27 feb 2020]; 6(1):4-8. DOI: <https://doi.org/10.26694/reufpi.v6i1.5533>
16. Ayala ALM, Moreira A, Francelino G. Características socioeconômicas e fatores associados à positividade para o HIV em gestantes de uma cidade do Sul do Brasil. *Rev APS* [Internet]. 2016 [citado en 27 feb 2020]; 19(2):210-22. Disponible en: <https://periodicos.ufjf.br/index.php/aps/article/view/15666>
17. Paes ALV, Gomes HG, Ribeiro ARS, Lima MMB, Araújo BB, Smith NA. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV acompanhadas em um serviço de assistência especializada em Belém-PA. *Rev Interd.* [Internet]. 2017 [citado en 16 mar 2020]; 10(3):100-9. Disponible en: https://revistainterdisciplinar.uninovafapi.edu.br/index.php/revinter/article/view/1313/pdf_216

18. Mendes RS, Lima MAAL, Branco CSN, Pamplona YAP, Macêdo AMB. Realização da sorologia para HIV no pré-natal: conhecimento e percepção da gestante. Rev Enferm Contemp. [Internet]. 2015 [citado en 27 feb 2020]; 4(1):2-22. DOI: <http://dx.doi.org/10.17267/2317-3378rec.v4i1.439>
19. Teixeira SP, Aguiar DS, Nemer CRB, Menezes RAO. Perfil epidemiológico de gestantes com HIV admitidas em uma maternidade de referência no Amapá. Rev Eletrônica Acervo Saúde [Internet]. 2020 [citado en 15 mar 2020]; 12(2):e2543. DOI: <https://doi.org/10.25248/reas.e2543.2020>
20. Rego GMV, Melo KM, Rolim ILTP, Aquino DMC. Desafios enfrentados na diminuição das taxas de transmissão vertical do vírus da imunodeficiência humana. Rev Enferm UFPI [Internet]. 2017 [citado en 26 feb 2020]; 6(1):54-60. Disponible en: <https://revistas.ufpi.br/index.php/reufpi/article/view/5632>
21. Jordão BA, Espolador GM, Sabino AMNF, Tavares BB. Conhecimento da gestante sobre o HIV e a transmissão vertical em São José do Rio Preto, São Paulo, Brasil. Rev Bras Pesqui Saúde [Internet]. 2016 [citado en 15 mar 2020]; 18(2):26-34. DOI: <https://doi.org/10.21722/rbps.v18i2.15081>
22. SFA Arruda, Henriques AHB, Trigueiro JVS, Pontes MGA, Lima EAR, Torquato IMB. Desvelando o conhecimento de gestantes soropositivas acerca da transmissão vertical do HIV. Rev Enferm UFPE online [Internet]. 2016 [citado en 15 mar 2020]; 10(Supl. 3):1441-9. DOI: 10.5205/reuol.7057-60979-3-SM-1.1003sup201612
23. Folkman S, Moskowitz JT. Coping: pitfalls and promise. Ann Rev Psychol. [Internet]. 2004 [citado en 03 feb 2019]; 55:745-74. DOI: <https://doi.org/10.1146/annurev.psych.55.090902.141456>
24. Silva RTS, Silva RAR, Rodrigues IDC, Souza Neto VL, Silva BCO, Souza FMLC. Estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas vivendo com AIDS frente à situação da doença. Rev Latinoam Enferm. [Internet]. 2018 [citado en 15 mar 2020]; 26:e2985. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2284.2985>
25. Souza JS. Gestantes hipertensas hospitalizadas: ansiedade, depressão e modos de enfrentamento [dissertação]. São Paulo, SP: Pontifícia Universidade Católica; 2010. p. 56-60
26. Bringel APV, Pereira MLD, Vidal ECF, Dantas GB. Vivência de mulheres diagnosticadas com HIV/AIDS durante a gestação. Cienc Cuid Saúde [Internet]. 2015 [citado en 15 mar 2020]; 14(2):1043-50. DOI: 10.4025/ciencucidsaude.v14i2.22299

CONTRIBUCIONES

Maria Fernanda Garcia de Almeida y **Maira Morena Borges** contribuyeron en la concepción, el diseño, el análisis cuantitativo y la redacción. **Maria Fernanda Garcia de Almeida** y **Cassiana Morais de Oliveira** participaron en el análisis cualitativo. **Cassiana Morais de Oliveira** participó en la redacción y revisión.

Como citar este artículo (Vancouver)

Almeida MFG, Borges MM, Oliveira CM. Percepciones sobre la adhesión al tratamiento y las variables psicológicas de las gestantes seropositivas para el VIH/SIDA. REFACS [Internet]. 2020 [citado en: *insertar el día, mes y año de acceso*]; 8(3):392-402. Disponible en: *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (ABNT)

ALMEIDA, M. F. G.; BORGES, M. M.; OLIVEIRA, C. M. Percepciones sobre la adhesión al tratamiento y las variables psicológicas de las gestantes seropositivas para el VIH/SIDA. REFACS, Uberaba, MG, v. 8, n. 3, p. 392-402, 2020. Disponible en: *insertar el link de acceso*. Acceso en: *insertar el día, mes y año de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.

Como citar este artículo (APA)

Almeida, M.F.G., Borges, M.M., & Oliveira, C.M. (2020). Percepciones sobre la adhesión al tratamiento y las variables psicológicas de las gestantes seropositivas para el VIH/SIDA. REFACS, 8(3), 392-402. Recuperado en: *insertar el día, mes y año de acceso* de *insertar el link de acceso*. DOI: *insertar el link de DOI*.