

Sentimientos de las personas mayores frente al VIH: impactos y búsqueda del origen de la infección

Sentimentos de idosos frente ao HIV: impactos e busca pela origem da infecção

Aged people's feelings in relation to HIV: Impacts and search for the infection origin

Maria Eduarda Alves Porto¹ ; Amuzza Aylla Pereira dos Santos¹ ; Thaís Honório Lins Bernardo¹ ;
Christefany Régia Braz Costa¹ ; Gleicy Karine Nascimento De Araújo Monteiro¹ ;
Isabel Comassetto¹ ; Janine Melo de Oliveira¹ 

¹Universidade Federal de Alagoas. Maceió, AL, Brasil

RESUMEN

Objetivo: revelar los sentimientos de las personas mayores que buscan el origen de su diagnóstico de infección por VIH y sus impactos en la vida diaria. **Método:** estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo con 13 personas mayores diagnosticadas con VIH, que recibían atención ambulatoria en la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias de un Hospital Universitario/Docente. Se realizaron entrevistas semiestructuradas entre octubre y noviembre de 2023, después de la aprobación del Comité de Ética en Investigación. Los datos se analizaron mediante el análisis de contenido de Bardin. **Resultados:** las personas mayores informaron que la tristeza, la angustia, la preocupación, el descontento y el miedo son comunes al recibir el diagnóstico de la infección. Además, también se observó estigma, prejuicio y discriminación. **Consideraciones finales:** el estudio reveló que los sentimientos que rodean el descubrimiento de la infección por VIH en personas mayores se presentan de manera singular e individual, ya que están directamente influenciados por las trayectorias de vida de los sujetos.

Descriptores: Anciano; VIH; Infecciones por VIH; Emociones.

RESUMO

Objetivo: desvelar os sentimentos da pessoa idosa em busca da origem do diagnóstico da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana e seus impactos para vida cotidiana. **Método:** estudo qualitativo, exploratório, descritivo, realizado com 13 pessoas idosas diagnosticadas com Vírus da Imunodeficiência Humana em acompanhamento ambulatorial na Unidade de Doenças Infecciosas e Parasitárias de um Hospital Escola. Realizou-se entrevistas semiestructuradas, entre outubro e novembro de 2023, após aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa. Os dados foram analisados por meio da análise de conteúdo de Bardin. **Resultados:** as pessoas idosas relataram que tristeza, angústia, preocupação, descontentamento e medo são comuns ao diagnóstico da infecção. Além disso, estigma, preconceito e discriminação também foram situações observadas. **Considerações finais:** evidenciou-se que os sentimentos que permeiam a descoberta da infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana por pessoas idosas apresentam-se de forma singular e individual, uma vez que as mesmas sofrem influência direta da trajetória de vida dos indivíduos.

Descritores: Idoso; HIV; Infecções por HIV; Emoções.

ABSTRACT

Objective: To unveil aged people's feelings in searching for the origin of the Human Immunodeficiency Virus infection diagnosis and its impacts on everyday life. **Method:** A qualitative, exploratory and descriptive study conducted with 13 aged individuals diagnosed with the Human Immunodeficiency Virus undergoing outpatient follow-up in the Infectious and Parasitic Diseases Unit from a School Hospital. Semi-structured interviews were conducted between October and November 2023, after due approval from a Research Ethics Committee. The data were analyzed using Bardin's content analysis method. **Results:** the aged individuals reported that sadness, anguish, concern, discontent and fear are common to the infection diagnosis. In addition to that, stigma, preconceptions and discrimination were also observed. **Final Considerations:** it was evidenced that the feelings that permeate aged individuals being diagnosed with the Human Immunodeficiency Virus infection emerged in a singular and individual way, as they are directly influenced by each person's life path.

Descriptors: Aged; HIV; HIV Infections; Emotions.

INTRODUCCIÓN

A principios de la década de 1980, se detectó el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en Brasil. La epidemia del VIH se convirtió en motivo de preocupación social, generando debates sobre valores morales y sexuales, ya que la infección se vinculó, desde su aparición, a la práctica de relaciones sexuales sin protección¹.

Por ello, la población adulta mayor no se caracterizó como un grupo con estas conductas de riesgo para el VIH, ya que se creía que este segmento no tenía una vida sexual activa. Sin embargo, sabiendo que la sexualidad es parte integral de la salud física y mental de las personas², su práctica se considera una de las necesidades humanas básicas más relevantes y está presente en todas las etapas de la vida, incluida la vejez³.

En este contexto, el Boletín Epidemiológico de VIH y Sida 2023 reveló que el grupo de edad de 60 años y más presentó un aumento del 20,3% en el número de infecciones por VIH⁴, destacando que la idea distorsionada de la realidad sexual de las personas mayores las hace cada vez más vulnerables a las consecuencias de esta práctica sin las debidas precauciones⁵. A nivel mundial, la infección por VIH también se evidencia como un problema de salud pública debido a su continuo crecimiento, sin que se halle restringido sólo a Brasil.

Las preguntas sobre la infección por VIH han permeado el imaginario social desde los primeros casos y, aún hoy, después de cuatro décadas de la epidemia, el diagnóstico permanece envuelto en desinformación, estigma, prejuicio y segregación, lo que tiene impactos significativos en las relaciones interpersonales de las Personas que Viven con VIH (PVVIH), de tal manera que cada individuo construye sus propias representaciones y significados sobre el descubrimiento⁶. Así, vivir con el virus en la vejez revela un aspecto complejo y de gran relevancia en términos de comprensión del proceso de salud y enfermedad en la esfera individual⁷.

Las repercusiones psicosociales de un diagnóstico de VIH en la vejez presentan particularidades aún poco exploradas en la literatura. Más allá de las repercusiones biomédicas, el descubrimiento de una serología positiva en esta etapa de la vida genera sentimientos de culpa, miedo y soledad, así como incertidumbres, frecuentemente acompañadas de conflictos de identidad y desafíos relacionados con el autocuidado. Experimentar el VIH en la vejez implica afrontar vulnerabilidades acumuladas a lo largo de la trayectoria vital, que se manifiestan de forma singular ante un diagnóstico aún marcado por el estigma y la desinformación.

Aunque el número de personas de 60 años o más que viven con VIH ha crecido significativamente en las últimas décadas, esta población sigue estando insuficientemente representada en los estudios, especialmente en lo que respecta a las dimensiones subjetivas y emocionales implicadas en el proceso de descubrimiento y afrontamiento del diagnóstico⁹.

El predominio de la investigación centrada en adultos jóvenes deja importantes lagunas en la comprensión de cómo el envejecimiento interactúa con la infección por VIH, lo que limita el desarrollo de enfoques de atención más integrales. Por lo tanto, se hace evidente la necesidad de más investigación que reconozca los aspectos sociales, psicológicos y existenciales específicos de la experiencia del VIH en la vejez.

Así, con el objetivo de contribuir a nuevas reflexiones sobre la atención a la salud de las personas que viven con VIH (PVVIH), este estudio plantea la siguiente pregunta orientadora: ¿Cuáles son los sentimientos de las personas mayores en la búsqueda del origen de su diagnóstico de infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana y cuál es el impacto en su vida diaria?

Para responder a esta pregunta, el estudio pretende descubrir los sentimientos de las personas mayores que buscan el origen de su diagnóstico de infección por VIH y sus impactos en su vida diaria.

MÉTODO

Estudio cualitativo, exploratorio y descriptivo, basado en los supuestos de la atención integral, entendida como un principio rector de las prácticas de salud que considera a la persona en su totalidad, respetando su trayectoria, subjetividad y contexto sociocultural. Este marco guió tanto el diseño de la investigación como la interpretación de los discursos, permitiéndonos comprender la experiencia de las personas mayores con VIH como un proceso complejo y multifacético, influenciado por dimensiones emocionales, sociales y existenciales¹⁰.

La recolección de datos se llevó a cabo en la Unidad de Enfermedades Infecciosas y Parasitarias de un Hospital Universitario de una capital del noreste de Brasil. El servicio atiende a aproximadamente 280 a 320 usuarios, de los cuales aproximadamente el 18% son adultos mayores. Este contingente justifica la relevancia de la muestra final de 13 participantes. El número de entrevistas se estableció según el criterio de saturación teórica¹¹, alcanzado cuando, a partir de la decimotercera entrevista, se observó repetición de contenido y ausencia de nueva información relevante para la comprensión del fenómeno estudiado.

El estudio incluyó a personas mayores de 60 años con diagnóstico de VIH y en seguimiento ambulatorio. Se realizaron entrevistas semiestructuradas entre octubre y noviembre de 2023, en un entorno privado con grabación autorizada, y luego se transcribieron íntegramente. La guía de entrevista contempló aspectos relacionados con la recepción del diagnóstico, la búsqueda del origen de la infección y el impacto del descubrimiento en la vida diaria.

Los datos se examinaron según el Análisis de Contenido Temático propuesto por Bardin¹², adoptado por su capacidad de revelar significados latentes y manifiestos presentes en los discursos, permitiendo la identificación de mensajes explícitos y estructuras simbólicas asociadas a la vida con VIH en la vejez. Siguiendo las tres etapas establecidas por el autor, el proceso se inició con el preanálisis, marcado por una lectura flotante y la organización del *corpus*, que permitió la inmersión en el material y la identificación preliminar de pistas de significado. A continuación, se llevó a cabo la etapa de exploración del material, que implicó el corte, la codificación y la categorización de unidades de significado, agrupadas según regularidades observadas en los discursos. Finalmente, los resultados fueron procesados, con interpretación articulada con la literatura y el marco de la integralidad, buscando comprender cómo los sentimientos, percepciones y explicaciones construidas por los adultos mayores emergen de su historia de vida, su inserción social y la forma en que experimentan la atención a la salud.

La selección de los fragmentos discursivos presentados en el estudio fue resultado directo de este proceso analítico. Los fragmentos se seleccionaron por su fuerza representativa, claridad y densidad al expresar los significados centrales identificados, habiéndose seleccionado las declaraciones que mejor reflejan las experiencias y significados reportados por los participantes. Por lo tanto, cada fragmento reproducido en los resultados constituye una expresión fiel de las categorías temáticas construidas con base en la metodología de Bardin.

Se cumplieron todos los procedimientos éticos, con la aprobación del Comité de Ética de la Investigación y la firma del Formulario de Consentimiento Libre e Informado. Para garantizar el anonimato, los participantes se identificaron con códigos alfanuméricos (P1 a P13).

RESULTADOS

La base de datos utilizada en este estudio está disponible públicamente en el repositorio institucional de la Universidad Federal de Alagoas, al que se puede acceder a través del siguiente enlace: <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/13281>.

El estudio contó con la participación de 13 adultos mayores, con edades comprendidas entre 61 y 77 años, con una edad promedio de 67 años. El grupo de edad de 61 a 69 años predominó (61,5%), lo que revela un mayor número de adultos mayores jóvenes que viven con VIH. El predominio de participantes masculinos diagnosticados con VIH fue un hallazgo relevante, correspondiente al 69,2% del total. Con respecto a la etnia y/o raza, la piel morena fue informada con mayor frecuencia entre los participantes. En cuanto al estado civil, la mayoría de los adultos mayores (46,1%) eran solteros. Predominaron los individuos heterosexuales (92,3%), seguidos de los de religión católica (61,5%), con educación primaria incompleta (30,8%) y las personas analfabetas (30,8%), que tenían un ingreso mensual de hasta un salario mínimo (84,6%).

Para desvelar los sentimientos de los adultos mayores en la búsqueda del origen de su diagnóstico de infección por VIH y sus impactos en la vida diaria, los datos se presentaron en dos categorías temáticas: sentimientos en la búsqueda del origen del diagnóstico de la infección y el impacto en la vida diaria, que se organizaron para facilitar el análisis y la comprensión.

A partir de las diversas y variadas experiencias de los entrevistados en el proceso de descubrimiento de su infección por VIH, se observó que ésta estuvo fuertemente asociada a vivencias individuales ocurridas tanto a lo largo de la vida como al momento de recibir el diagnóstico.

Sentimientos en la búsqueda del origen del diagnóstico de la infección

Esta categoría se refiere a los sentimientos que experimentan los individuos al conocer su estado serológico, los cuales han demostrado ser muy diversos, dado que se trata de un asunto subjetivo y particular.

A partir de varios relatos, se hizo evidente que el descubrimiento del VIH estuvo fuertemente relacionado con la tristeza, la angustia, la preocupación y el descontento, como se puede observar en las siguientes declaraciones:

Cuando me enteré fue horrible, fue un shock, ¿sabes? (P4, mujer heterosexual, viuda)

Sentí tristeza, desánimo, lloré... entonces me di cuenta de que en realidad me la pasaba llorando, ya nada me daba placer. (P5, mujer heterosexual, soltera)

El diagnóstico para mí fue ira, asco. (P6, hombre heterosexual, soltero)

Cuando me enteré, salí de allí destrozado. Pasé 24 horas llorando, día y noche. (P7, hombre heterosexual, casado)

Además, se identificó el miedo al futuro ante un diagnóstico positivo del virus. Para algunos, este momento fue extremadamente negativo y les trajo una sensación de "sentencia de muerte".

Ah, al principio, ¡Caramba!... En aquel entonces todos se morían muy rápido, ¿no? (P1, hombre heterosexual, divorciado)

Al principio pensé mucho en morir, cuando me enteré pensé: "¿De verdad voy a morir de esto?!" (P4, mujer heterosexual, viuda)

Cuando me enteré, me asusté mucho y pensé que me iba a morir... (P6, hombre heterosexual, soltero)

Tenía miedo, ¿sabes? Miedo a la muerte, pero así es la vida. (P13, hombre heterosexual, soltero)

Otro aspecto presente en este estudio, después de confirmado el diagnóstico, fue la dificultad que tuvieron los participantes para asimilar y aceptar la condición de vivir con VIH, como lo ilustran los siguientes testimonios:

Lloré mucho al principio, lloré mucho... No podía aceptarlo, ¿sabes? Cuando finalmente lo acepté, fue después de mucho tiempo, 5, 6 años o más. (P4, mujer heterosexual, viuda)

Cuando me enteré [...] no lo creí... solo después de venir aquí me dijeron que realmente tenía VIH. (P12, mujer heterosexual, soltera)

Sin embargo, hubo casos en los que los pacientes asimilaron fácilmente la noticia del diagnóstico y la aceptaron de inmediato. Esta reacción se observó en algunas personas mayores que no hicieron referencias negativas al descubrimiento del diagnóstico, demostrando así aceptación de la situación.

Lo tomé bien, dije: "Bueno, ¿qué voy a hacer? Ya está... ¿qué puedo hacer?" (P1, hombre heterosexual, soltero)

Me resigné, ya había pasado, ¿no? (P10, hombre heterosexual, soltero)

Soy de los que afrontan las cosas de frente, me enfrento a cualquier cosa en mi vida, así que no tenía miedo ni temor. (P11, hombre bisexual, en una relación estable)

En este contexto de aceptación, los profesionales sanitarios desempeñan un papel fundamental para contribuir a una visión positiva del diagnóstico, ya que sus respectivas maneras de revelarlo pueden representar una fuente de consuelo y apoyo. De las siguientes declaraciones se desprende claramente que, cuando el descubrimiento contó con soporte, acogida y asesoramiento, la experiencia se volvió más llevadera.

Llegaba aquí llorando y la Dra. me consolaba diciéndome: "No hagas eso, hija mía... Pasó, pasó, ahora sigue adelante". (P5, mujer heterosexual, soltera)

Cuando llegué aquí, la gente me hablaba, diciéndome que no me preocupara, que había gente que vivía años, que si tomaba la medicina adecuada viviría toda mi vida y solo moriría cuando Dios quisiera, que no era el virus el que me iba a llevar. (P7, hombre heterosexual, casado)

No sentí nada, no tenía miedo ni tristeza porque el propio médico me dijo que solo tenía que tomar la medicina y que combatiría la enfermedad, ¿sabes?, y que no iba a morir. (P9, hombre heterosexual, soltero)

Cuando se trata de buscar el origen de la enfermedad, después de la confirmación de la infección y la asimilación del estado serológico, se observó que los adultos mayores necesitaron buscar explicaciones y justificaciones al modo de contagio como mecanismo de afrontamiento.

Las siguientes afirmaciones demuestran la necesidad de que los adultos mayores abandonen las conductas promiscuas asociadas con el VIH para proteger su imagen personal, destacando que la infección se originó en relaciones con una sola pareja. Cuatro participantes mantenían relaciones consideradas "seguras" cuando descubrieron que tenían VIH, y dos de ellos denunciaron infidelidad por parte de su pareja.

Mi marido era un mujeriego empedernido. Salía de fiesta y creo que se contagió en esos sitios. Él andaba por ahí y yo me quedaba sola en casa. Sufría, lloraba mucho, lo esperaba. (P3, mujer heterosexual, casada)

Estaba casada, tenía una relación normal con mi esposo, y era solo con él. Ahora se acostaba con varias mujeres y me lo pasó. (P4, mujer heterosexual, viuda)

Tenía una compañera y ella murió por este problema. Tenía VIH, lo sabía y no me lo dijo. Esa compañera murió, fui a su funeral y dijeron que se había muerto de VIH. Luego llegué, vine aquí para hacerme la prueba y me salió... ¡Qué pena! (P6, hombre heterosexual, soltero)

En este contexto de búsqueda del origen de la infección, el desconocimiento de los participantes sobre el virus fue un factor de riesgo importante, tanto para la transmisión del VIH como para su comprensión.

Ni siquiera sabía qué era, nunca había oído hablar de ello. No sabía nada de esto, no sabía nada de estas cosas... (P2, hombre heterosexual, casado)

No sabía qué era (VIH), solo lo supe después de la prueba. (P3, mujer heterosexual, casada)

No sabía de esta enfermedad, nunca había oído hablar de ella. Solo me enteré después de que el médico me lo explicara todo. (P4, mujer heterosexual, viuda)

No sé cómo me contagié, era soltero cuando me contagié, no tengo idea de con quien fue. (P10, hombre heterosexual, soltero)

El análisis reveló que muchos participantes no percibían su propia vulnerabilidad a la infección, lo que contribuyó a la ausencia de prácticas preventivas y a la falta de conocimiento sobre el estado serológico de sus parejas sexuales, como lo ilustran las siguientes afirmaciones:

Si hubiera adivinado que él tenía este problema, no lo habría aceptado de ninguna manera, pero yo no lo sabía... (P3, mujer heterosexual, casada)

Si hubiera sabido que alguna mujer lo tenía, no me habría involucrado. (P8, hombre heterosexual, soltero)

Nunca tuve eso y ni siquiera sabía lo que era, solo lo descubrí mucho después, porque estuve con la mujer equivocada, pero no lo sabía, ¿sabes? (P9, hombre heterosexual, soltero)

Otra forma de justificar la infección fue verla como un castigo por conductas pasadas, especialmente aquellas relacionadas con prácticas sexuales inapropiadas, como se describe a continuación.

No creía en eso, en el VIH; para mí no existía, solo eran hablurías... pero como digo, hay que pasar por eso para aprender. Era un tipo que salía mucho de fiesta, mucha joda, tenía muchas relaciones con muchas mujeres, y luego pasó esto, pero para mí fue una lección. (P6, hombre heterosexual, soltero)

Estaba trastornado, solo quería divertirme, salir, no me importaba nada más. Y todo eso me llevó al VIH... es el precio de una libertad indebida. (P11, hombre bisexual, en una relación estable)

Estoy aquí por una relación que tuve y sigo pensando: "¿Por qué hice eso? ¿Por qué no lo hice bien?" (P12, mujer heterosexual, soltera)

El impacto en la vida diaria

Esta categoría hace referencia a que el diagnóstico de infección por VIH viene acompañado de una fuerte discriminación, hecho que ha generado en algunos participantes el conflicto personal de “verse diferentes”, por estar disociado de una norma social previamente impuesta.

Es muy difícil ser una cosa y luego otra, es muy duro... a veces lloro pensando en quién solía ser, siempre me duele cuando lo recuerdo... (P5, mujer heterosexual, soltera)

Hoy miro hacia atrás y pienso: «Dios mío... si hubiera pensado en eso antes, hoy sería otra persona». Pero hay que pasar por dificultades para aprender, ¿no? Ese fue mi caso. (P6, hombre heterosexual, soltero)

Me da vergüenza que me haya pasado esto. Me avergüenza tener esto. (P5, mujer heterosexual, soltera)

Otro hecho observado en las declaraciones de los participantes fue el aislamiento y desinterés por el contacto social que algunos relataron experimentar, lo que demuestra que la experiencia de vivir con el virus está marcada por la inestabilidad emocional.

Mujer, justo al principio (del descubrimiento) dejé de hacer cosas, porque estaba muy triste, ¿sabes?... Vivía tristemente en casa, no salía para nada, me quedaba encerrada. (P4, mujer heterosexual, viuda)

Sufrí depresión porque es una tristeza inmensa contraer una enfermedad incurable, que, a pesar de tantos estudios, no muestra luz al final del túnel. (P11, hombre bisexual, en una relación estable)

Al descubrir que tenían VIH, algunos participantes del estudio se sintieron desorientados y sin ganas de vivir con la infección, lo que desencadenó en pensamientos suicidas como refugio.

Estaba a punto de lanzarme al medio de la carretera, pero no lo hice porque dos hombres me detuvieron. Me volví loca, loca, loca, cuando me enteré. (P4, mujer heterosexual, viuda)

Cuando me enteré, me sentí asqueada conmigo misma. Incluso sentí ganas de suicidarme. (P5, mujer heterosexual, soltera)

Al principio pensé en muchas cosas, en tomar 1080 (veneno), en suicidarme, me sentí muy mal. (P6, hombre heterosexual, soltero)

Yo ya me había hecho la cabeza de que si se lo hubiera pasado a ella (mi esposa), iba a tomar una dosis de veneno para matarme. (P7, hombre heterosexual, casado)

DISCUSIÓN

Los relatos indican que conocer su estado serológico positivo fue un evento complejo y doloroso que marcó profundamente la vida de las personas. En consonancia con esto, un estudio sobre el sufrimiento psicológico de las personas con VIH¹³ revela que el momento del diagnóstico es el más crítico e impactante, ya que afloran diversos sentimientos contradictorios que desencadenan desde tristeza, rabia hasta miedo intenso y una sensación de muerte inminente.

Al inicio de la epidemia, el VIH era completamente desconocido y las perspectivas de tratamiento eran inexistentes, lo que provocó un alto número de muertes asociadas a la infección. Actualmente, cuatro décadas después de su aparición, los recursos terapéuticos desarrollados permiten controlar la carga viral en sangre, lo que hace que la infección por VIH sea controlable y reduce la sensación de muerte, antes tan inminente. Sin embargo, debido a su cronicidad e incurabilidad, recibir un diagnóstico positivo del virus provoca en la persona un proceso de duelo, percibiéndolo como fatal, lo que genera pensamientos sobre la finitud de la vida¹⁴.

Vale la pena recordar que los ancianos de hoy son aquellos que vivieron la génesis de la epidemia en la década de 1980 y todavía, en sus mentes, perciben el VIH como devastador y mortal¹⁵. En ese sentido, un estudio que tuvo como objetivo evaluar la calidad de vida de los pacientes que enfrentan un diagnóstico de VIH/SIDA demostró que, si bien es un proceso natural por el que todos pasarán, cuando uno tiene un diagnóstico de una enfermedad incurable, las percepciones sobre el hecho de morir se potencian¹⁶, dado que se intensifican los miedos y las vulnerabilidades existenciales.

Las reacciones al diagnóstico pueden variar significativamente. La negación puede representar una dificultad para asumir la responsabilidad de la infección, una falta de adaptación a la nueva condición y también una evasión de la realidad¹⁷. Por el contrario, hay casos en los que los pacientes asimilan fácilmente la noticia del diagnóstico y la aceptan con prontitud. La aceptación se ha vinculado a una mejor calidad de vida, un mayor cuidado de la salud y relaciones sociales más positivas¹⁶.

Por lo tanto, cuando las personas que viven con el VIH aceptan el diagnóstico, tienen una mayor capacidad de resiliencia y de superación de las adversidades asociadas con la infección¹⁸.

A pesar de la angustia inicial, muchas personas mayores informaron que la conducta del profesional al revelar su diagnóstico de VIH desempeña un papel fundamental para minimizar los miedos e incertidumbres, además de contribuir directamente a la adherencia al tratamiento. De ese modo, es importante transformar el momento del descubrimiento del diagnóstico en un espacio abierto para la escucha, brindando el soporte necesario para que el paciente se sienta apoyado por el equipo, como lo experimentaron las personas mayores participantes en esta investigación. En este sentido¹⁹, la comunicación en salud centrada en la escucha activa, el fomento de la autoestima y el apoyo emocional genera apoyo, ánimo y empoderamiento, favoreciendo la construcción de nuevos significados para la experiencia.

Un aspecto llamativo observado en los informes fue la necesidad de identificar el origen de la infección, frecuentemente atribuida a la pareja estable o a la infidelidad. Tener una pareja estable estaba directamente relacionado con la sensación de seguridad y protección contra el VIH, ya que, tanto para hombres como para mujeres, existía la confianza de que la pareja no tenía el virus, concibiendo así la idea de inmunidad a la infección. Corroborando esta visión, los autores analizaron la expresión de confianza como mediadora del no reconocimiento de la propia vulnerabilidad al virus, destacando que la actitud de confiar en la pareja se manifiesta de manera diferente para hombres y mujeres²⁰. Para los hombres, esto significa fidelidad total por parte del otro; para las mujeres, por otro lado, la confianza no se limita a creer en la exclusividad sexual, sino también en la creencia de que la pareja no las pondría en riesgo.

La falta de conocimiento sobre el VIH y sus modos de transmisión, especialmente debido al bajo acceso a la educación entre los participantes de este estudio, fue un factor que contribuyó a predisponer a las personas a una mayor vulnerabilidad a la infección debido a la baja percepción del riesgo. Lo mismo se observó en un estudio que investigó la incidencia del diagnóstico tardío de la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana y sus factores asociados, el cual demostró que no percibir o negar la propia vulnerabilidad a la infección resultó en la falta de implementación de prácticas preventivas, lo que contribuyó a la incidencia de la transmisión y condujo a la búsqueda tardía del diagnóstico²¹.

Cabe destacar también que muchos adultos mayores crecieron en una época marcada por la falta de educación sexual y la invisibilidad de la sexualidad en la vejez, lo que contribuye a una baja percepción de vulnerabilidad. La literatura muestra que los adultos mayores tienden a subestimar el riesgo de contraer ITS, usan condones con menos frecuencia y, a menudo, no realizan pruebas a sus parejas²². Esta combinación genera un escenario de riesgo acumulativo, claramente reflejado en las narrativas de este estudio, en el que la sorpresa y el *shock* ante el diagnóstico se asociaron con la creencia en la inmunidad subjetiva.

El VIH se ha asociado con tabúes desde sus inicios, ya que su imagen siempre se ha percibido como resultado de conductas moralmente reprobables, interfiriendo directamente en la percepción que el individuo tiene de sí mismo²³. En este contexto, al observar las declaraciones de los participantes, ser una PVVIH puede llevar a la internalización de una autoimagen considerada "anormal", lo que lleva al individuo a reproducir contra sí mismo los prejuicios que recibe de la sociedad. Además, un diagnóstico de VIH representa un momento de discontinuidad biográfica radical, que provoca una ruptura de la identidad y crea la sensación de "ser otra persona" tras el diagnóstico, una característica que poseen las personas estigmatizadas²⁴.

Los informes muestran que el diagnóstico de infección desencadena un proceso de sufrimiento emocional que a menudo se manifiesta como aislamiento social y pérdida de interés en actividades que antes resultaban placenteras. Este retraimiento revela la dificultad que tienen los adultos mayores para integrar su nueva condición en su propia identidad. La literatura confirma que el estigma relacionado con el VIH, sumado a las características del envejecimiento, aumenta la vulnerabilidad emocional⁸. En ese marco, al enfrentarse a una condición crónica y estigmatizada, muchos adultos mayores recurren al retraimiento como un intento de autoprotección, un movimiento que amplifica los sentimientos de soledad.

Los eventos negativos se caracterizan como factores estresantes que influyen directamente en el mantenimiento de la salud física, mental y emocional y, en consecuencia, en el comportamiento social de las personas. De esa manera, el estigma asociado al VIH en la sociedad puede, además de generar sentimientos de aislamiento, predisponer a la vergüenza, aumentar la ansiedad y la depresión y, en casos extremos, conducir al suicidio²⁵.

La depresión afecta negativamente la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas; por lo tanto, las personas con VIH se encuentran en condiciones psicológicas aún más delicadas²⁶. Dependiendo del nivel de sufrimiento psicosocial, existe vulnerabilidad a la violencia autoinfligida que puede comprometer la integridad y el bienestar, causando graves daños a la vida, incluida la posibilidad de la muerte.

La conducta autolesiva ocurre como una forma de aliviar un sufrimiento intenso y/o prolongado cuando los esfuerzos previos han sido ineficaces²⁷. En este contexto, las conductas suicidas son el resultado de un sufrimiento tan intenso que lleva a los individuos a preferir la muerte en lugar de enfrentarlo²⁸. La ideación suicida ante un diagnóstico de VIH se debe principalmente a la incertidumbre respecto del pronóstico, las altas tasas de morbilidad y mortalidad en el pasado y el fuerte estereotipo que rodea a la infección.

Al observar los parámetros de planificación suicida en la población viviendo con VIH, es 27% mayor en comparación con la población general²⁹. En personas mayores, la probabilidad de llevar a cabo este pensamiento es aún mayor, ya que pueden encontrar una combinación de factores que agravan la situación, considerando que el envejecimiento y el suicidio son el resultado de una construcción que se da a lo largo de la existencia del individuo e involucra aspectos del pasado que se relacionan con el presente e influyen en las perspectivas futuras³⁰.

Otro aspecto importante se refiere a la culpa; a través del análisis de las declaraciones, se puede observar que la interpretación moralizante del VIH aún está presente en el imaginario de las personas mayores. En muchos casos, el VIH se relaciona con la idea del castigo, la cual está vinculada a la construcción histórica de la epidemia, inicialmente asociada con el pecado y la transgresión de las normas sociales. Esta visión genera sentimientos de culpa, alimentados por juicios morales y religiosos, que llevan a la persona a considerarse merecedora del sufrimiento que enfrenta³¹. La autoculpa compromete no solo la salud mental, al intensificar el sufrimiento psicológico, reducir la autoestima e interferir en la capacidad de buscar apoyo, sino también las relaciones sociales, las expectativas de futuro y el deseo de vivir.

Limitaciones del estudio

Como estudio cualitativo, el reducido número de participantes constituye una limitación, incluso si se define por la saturación teórica. La recopilación de datos en un único hospital también restringe la diversidad de experiencias y la transferencia de hallazgos a otros contextos, lo que limita la generalización de los resultados. Aun así, los resultados ofrecen importantes contribuciones para comprender la experiencia del VIH en la vejez.

CONSIDERACIONES FINALES

Este estudio, que busca comprender las experiencias de las personas mayores que se enfrentan a un diagnóstico de VIH, evidenció los sentimientos y el impacto generados por el descubrimiento de la infección. Como se advierte en las declaraciones de los participantes, los sentimientos, especialmente los negativos, provocan una sensación de inseguridad ante el diagnóstico.

Por otra parte, la forma en que un individuo reacciona a las noticias y a los cambios provocados por el VIH depende de varios factores, incluida su propia personalidad y capacidad de afrontamiento, así como del modo como el profesional responsable maneja la comunicación del diagnóstico.

Además, se constató que el diagnóstico de VIH tiene un impacto significativo en la vida de la persona que vive con la infección, puesto que interfiere severamente en la vida diaria, las relaciones interpersonales, el mantenimiento de la autoestima y el autocuidado, por lo que puede presentarse tanto como un factor de riesgo como un factor protector.

REFERENCIAS

1. Oliveira PBG, Simões JA. Sexual politics and HIV/AIDS activism: the experience of Loka de Efavirenz. *Saúde debate*. 2023 [cited 2025 Apr 05]; 46:117–28. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-11042022E708>.
2. World Health Organization. Sexual and reproductive health and rights: a global progress report 2022. Geneva: WHO; 2022 [cited 2025 Apr 05]. Available from: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240062882>.
3. Ibrahim S, Pessatti M, Teixeira L, Simões AS. A percepção da pessoa idosa sobre a sexualidade e a saúde sexual no envelhecimento. *Arq Ciênc Saúde UNIPAR*. 2022 [cited 2025 Apr 05]; 26(3):910-26. Available from: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-1399508>.
4. Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde e Ambiente. Departamento de HIV, Aids, Tuberculose, Hepatites Virais e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Boletim Epidemiológico - HIV e Aids. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2023 [cited 2025 Apr 05]. Available from: <https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2023/hiv-aids/boletim-epidemiologico-hiv-e-aids-2023.pdf/view>.
5. De Lima ICC, Nascimento JCA, Ribeiro CC. Sexuality in old age and health education: an experience report. *R Saúde Públ Paraná*. 2020 [cited 2025 Apr 05]; 3(1):137-43. DOI: <https://doi.org/10.32811/25954482-2020v3n1p137>.
6. De Melo DS, Mello R. The social representations of people living with HIV: self-perception of the ego-ecological identity. *Saúde Debate*. 2021 [cited 2025 Apr 05]; 45(131):1101–10. DOI: <https://doi.org/10.1590/0103-1104202113112>.
7. Aguiar RB, Silva ECF, Lima MS, Oliveira DB. Elderly people living with HIV - behavior and knowledge about sexuality: an integrative review. *Ciênc Saúde Coletiva*. 2020 [cited 2025 Apr 05]; 25(2):575–84. DOI: <https://doi.org/10.1590/1413-81232020252.12052018>.
8. Pollak C, Cotton K, Winter J, Blumen H. Health Outcomes Associated with Loneliness and Social Isolation in Older Adults Living with HIV: A Systematic Review. *AIDS and behavior*, 2024 [cited 2025 Nov 25], 29(1):166–86. DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-024-04471-3>.
9. Ahmed M, Ahmed F, Abu-Bakr Abu-Median, Panourgia M, Owles H, Ochieng B, et al. HIV and an ageing population-what are the medical, psychosocial, and palliative care challenges in healthcare provisions. *Microorganisms*, 2023 [cited 2025 Nov 25]; 11(10):2426–6. DOI: <https://doi.org/10.3390/microorganisms11102426>.
10. Mattos RA. Integralidade do cuidado: contribuições para a prática e pesquisa em saúde. Rio de Janeiro (RJ): IMS/UERJ; 2021 [cited 2025 Apr 05].

11. Rahimi S, Khatooni M. Saturation in qualitative research: an evolutionary concept analysis. *Int J Nurs Studi Adv*. 2024 [cited 2025 Apr 05]; 6(1):100174. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijnsa.2024.100174>.
12. Bardin L. *Análise de conteúdo*. 1ª ed. revista e atualizada. São Paulo (SP): Edições 70.
13. Fonteneles AO, Silva Filho RBS, Simões SRC. Sofrimento psíquico em pessoas que vivem com o HIV/AIDS [Monografia de Graduação]. Brasília (DF): Centro Universitário do Planalto Central Aparecido dos Santos; 2020 [cited 2025 Nov 25].
14. Lebrege AM, Junior LM. Os lutos em torno do VIH/SIDA: análise do relato de uma participante do documentário Positivas. *Polêmica*. 2020 [cited 2025 Apr 25]; 20(1):64–81. DOI: <https://doi.org/10.12957/polemica.2020.55977>.
15. Celedônio LP, Andrade LSA. Aids na terceira idade: sentimentos, percepções e perspectivas de mulheres vivendo com HIV/Aids. *Serv Soc Saúde*. 2015 [cited 2025 Apr 25]; 13(1):47–60. DOI: <https://doi.org/10.20396/sss.v13i1.8634914>.
16. Pires C, Santos C. Quality of life of the patient against the diagnosis of HIV/AIDS. *Rev Congrega*. 2018 [cited 2025 Apr 25]; 2:684–93. Available from: <http://revista.urcamp.tche.br/index.php/rcmtcc/article/view/3028/2137>.
17. Silva RAR, Santos WN, Souza FMLC, Santos RSC, Oliveira IC, Silva HLL, et al. Ineffective health control in people living with AIDS: a content analysis. *Acta Paul Enferm*. 2020 [cited 2025 Apr 25]; 33:eAPE20190129. DOI: <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020AO0129>.
18. Araújo LF, Guimarães AMT, Leite LFD, Soares SFL, Lima SF. Analysis of Resilience among People Living with HIV/AIDS: a psychosocial study. *Psicol Teor Pesq*. 2019 [cited 2025 Apr 28]; 35:e35416. DOI: <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35416>.
19. Pinto FM, Oliveira EML, Batista CMT, Nascimento TSS, Silva LCF. The aging under the perspective of brazilian contemporary society. *Contrib Cienc Soc*. 2023 [cited 2025 Apr 28]; 16(11):25514–26. DOI: <https://doi.org/10.55905/revconv.16n.11-044>.
20. Garcia S, Souza FM. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. *Saude soc*. 2010 [cited 2025 Nov 25]; 19:9–20. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902010000600003>.
21. Ribeiro LCS, Freitas MI de F, Tupinambás U, Lana FCF. Late diagnosis of Human Immunodeficiency Virus infection and associated factors. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2020 [cited 2025 Nov 25]; 28:e3342. DOI: <https://doi.org/10.1590/1518-8345.4072.3342>.
22. Bortolozzi AC, Netto T de CR. Saúde sexual e envelhecimento: revisão da literatura e apontamentos para a Educação Sexual. *Revista Ibero-Americana de Estudos em Educação*. 2020 [cited 2025 Nov 25]; 15(esp4):2699–712. DOI: <https://doi.org/10.21723/riaee.v15iesp4.14516>.
23. Ceccon RF, Meneghel SN, Íñiguez-Rueda L. Naked lives: women with HIV/AIDS in the situation of gender violence. *Saúde Soc*. 2020 [cited 2025 Apr 28]; 29(4):e170575. DOI: <https://doi.org/10.1590/S0104-12902020170575>.
24. Pitanga M, Beatriz A, Cristina M, Costa M. Diagnóstico, morte biológica e/ou social como horizonte em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Revista de Psicologia*. 2023 [cited 2025 Nov 25]; 14:e023018–8. DOI: <https://doi.org/10.36517/revpsiufc.14.2023.e023018>.
25. Fernandes H, Lima DV, Hino P, Taminato M, Okuno MFP. Self-inflicted violence and suicide in people living with HIV/AIDS: a systematic review. *Rev Bras Enferm*. 2022 [cited 2025 May 13]; 75:e20210768. Available from: <https://www.scielo.br/j/reben/a/3hJfsR5RmpJqyQPGHmSrcYc/?lang=pt>.
26. Souto CN. Quality of life and chronic diseases: possible relationships. *Braz J Health Rev*. 2020 [cited 2025 May 13]; 3(4):8169–96. DOI: <https://doi.org/10.34119/bjhrv3n4-077>.
27. Huang X, Ribeiro JD, Franklin JC. The differences between individuals engaging in nonsuicidal self-injury and suicide attempt are complex. *Front Psychiatry*. 2020 [cited 2025 May 13]; 11:239. DOI: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2020.00239>.
28. Santos BA, Dantas JPB, Lima GS, Silva PS, Almeida FJA, Oliveira SHS. Comportamento suicida e ansiedade entre usuários de um centro de atenção psicossocial no nordeste brasileiro. *Rev Baiana Saúde Pública*. 2021 [cited 2025 May 14]; 45(4):64–80. DOI: <https://doi.org/10.22278/2318-2660.2021.v45.n4.a3352>.
29. Ninnoni JP, Nsatimba F, Agyemang SO, Commey IT, Bennin L, Agyare E, et al. An exploratory qualitative study of the psychological effects of HIV diagnosis; the need for early involvement of mental health professionals to improve linkage to care. *BMC public health*. 2023 [cited 2025 May 14]; 23(1): 2518. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12889-023-17449-y>.
30. Sérvio SMT, Cavalcante ACS. Portraits of Psychosocial autopsies about suicides of elderly people in Teresina. *Psicol Ciênc Prof*. 2013 [cited 2025 May 18]; 33:164–75. Available from: <https://www.scielo.br/j/pcp/a/Dd4MCZ4jBX64kFbp5KX9JB/>.
31. Azevedo FM, Almeida Segundo DS, Feijó M, Nardi HC, Costa AB. Atribuições de Causalidade pela Infecção por HIV. *Estud. Pesqui. Psicol*. 2020 [cited 2025 May 18]; 20(3):751–69. DOI: <https://doi.org/10.12957/epp.2020.54346>.

Contribuições de los autores

Concepción, M.E.A.P. y J.M.O.; metodología, M.E.A.P., C.R.B.C., G.K.N.A.M. y J.M.O.; software, M.E.A.P., C.R.B.C., G.K.N.A.M., J.M.O. y A.A.P.S.; validación, M.E.A.P., C.R.B.C., G.K.N.A.M., J.M.O., A.A.P.S., T.H.L.B. y I.C.; análisis formal, M.E.A.P., C.R.B.C., G.K.N.A.M., J.M.O., A.A.P.S., T.H.L.B. y I.C.; investigación, M.E.A.P. y J.M.O.; recursos, M.E.A.P. y J.M.O.; curaduría de datos, M.E.A.P., C.R.B.C., G.K.N.A.M. y J.M.O.; redacción, M.E.A.P., C.R.B.C., G.K.N.A.M. y J.M.O.; revisión y edición, M.E.A.P., C.R.B.C., G.K.N.A.M., J.M.O., A.A.P.S., T.H.L.B. y I.C.; visualización, M.E.A.P., C.R.B.C., G.K.N.A.M. y J.M.O.; supervisión, M.E.A.P., C.R.B.C., G.K.N.A.M., J.M.O., A.A.P.S., T.H.L.B. e I.C.; administración de proyec, M.E.A.P. y J.M.O. Todas las autoras leyeron y aceptaron la versión final del manuscrito.

Repositorio de Datos

La base de datos de investigación está disponible en el Repositorio Institucional de la Universidad Federal de Alagoas, dirección electrónica: <http://www.repositorio.ufal.br/jspui/handle/123456789/13281>.

Uso de herramientas de inteligencia artificial

Los autores declaran que no se utilizaron herramientas de inteligencia artificial en la composición del manuscrito “*Sentimientos de las personas mayores frente al VIH: impactos y búsqueda del origen de la infección*”.