

7. REPRESENTACIONES SOCIALES DE LA CALIDAD DE VIDA EN PERSONAS DE LA POBLACIÓN LGTBI QUE VIVEN CON VIH EN LA CIUDAD DE VALLEDUPAR

SOCIAL REPRESENTATIONS OF QUALITY OF LIFE IN PEOPLE OF THE LGTBI POPULATION LIVING WITH HIV IN THE CITY OF VALLEDUPAR

Rossana Ninoska Camelo Mendoza¹⁰, Deiner Javier Andrade Mora¹¹, Carlos Arturo Riveira Zuleta¹², Claudia María Valdés Romero¹³

Fecha recibida: 25/05/2022

Fecha aprobado: 26/06/2022

Derivado del proyecto: Representaciones sociales de la calidad de vida en personas de la población LGBTI que viven con VIH en la ciudad de Valledupar

Institución financiadora: Universidad Popular del Cesar

Pares evaluadores: Red de Investigación en Educación, Empresa y Sociedad – REDIEES.

¹⁰ Psicóloga, Universidad Antonio Nariño, Candidata a magister en educación intercultural de la UNAD, miembro del nodo de psicología política de ASCOFAPSI, Docente investigadora de la Universidad Popular del Cesar. Correo electrónico rossanacamelo@unicesar.edu.co.

¹¹ Psicólogo, Universidad Popular del Cesar, activista por la población LGBTI. Correo electrónico: djandrade@unicesar.edu.co.

¹² Administrador de empresas Universidad Popular del Cesar, Magister en educación Universidad del Norte, Docente investigador de la Universidad Popular del Cesar. Correo electrónico: carlosriveira@unicesar.edu.co.

¹³ Psicóloga, Universidad Santo Tomás, Magister en psicología clínica y de familia Universidad Santo Tomás, miembro del nodo de psicología clínica ASCOFAPSI, docente investigadora Universidad Popular del Cesar, correo electrónico: claudiavaldes@unicesar.edu.co.

RESUMEN

Comprender Las Representaciones Sociales de la Calidad de Vida de la población que padece enfermedades crónicas hace necesario que se siga abordando como una enfermedad compleja. Es por ello que el propósito general de la presente investigación es comprender las representaciones sociales respecto a la calidad de vida en personas de la población LGTBI que viven con VIH en la ciudad de Valledupar, abordado desde el enfoque cualitativo, utilizando técnicas de recolección de datos como historias de vida y entrevistas semiestructuradas, las narrativas dominantes se convirtieron en unidades de análisis. Dichas unidades de análisis fueron trianguladas, generando evidencia de un énfasis predominante en las pérdidas físicas, emocionales y espirituales dentro de sus contextos relacionales de los individuos, desde el momento que fueron diagnosticados y el tiempo transcurrido conviviendo con la enfermedad. Se comprende que existen temas que inquietan a estos sujetos de análisis, como encontrar empleo, mantener la sobriedad o reparar las relaciones familiares dañadas; en cualquier caso, la orientación del status quo proporciona información importante sobre las experiencias de algunas personas con la enfermedad que podría no incorporar ni esperanza ni desesperación.

PALABRAS CLAVE: Representaciones sociales, VIH/SIDA, LGBTI, Calidad de vida, Estigma.

ABSTRACT

Understanding the Social Representations of the Quality of Life of the population suffering from chronic diseases makes it necessary to continue addressing it as a complex disease. That is why the general purpose of this research is to understand the social representations regarding the quality of life in people of the LGTBI population living with HIV in the city of Valledupar, analyzed from the qualitative approach, using data collection techniques like life stories and semi-structured interviews, the dominant narratives became units of analysis. These units of analysis were triangulated, generating evidence of a predominant emphasis on physical, emotional and spiritual losses within their relational contexts of individuals from the moment they were diagnosed and the time spent living with the disease. It is understood that there are issues that concern these subjects of analysis such as finding a job, maintaining sobriety or repairing damaged family relationships; in any case, the status quo orientation provides important information about some people's experiences with the disease that might incorporate neither hope nor despair.

KEYWORDS: Social representations, HIV/AIDS, LGBTI, Quality of life, Stigma.

INTRODUCCIÓN

Si bien el estigma asociado con la infección por el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) está bien reconocido, existe información limitada sobre el impacto del estigma relacionado con el mismo entre los hombres que tienen sexo con hombres, dentro de las comunidades de hombres homosexuales y demás integrantes de la comunidad de Lesbianas, Gais, Bisexuales, Transgéneros, Intersexuales, agrupados en el acrónimo LGBTI. Las consecuencias del estigma relacionado con el VIH pueden ser personales y de toda la comunidad, de allí la necesidad de hacer un abordaje desde el contexto de las Representaciones Sociales; incluidos los impactos en el estado de ánimo y el bienestar emocional, la prevención, las pruebas de comportamiento y la salud mental y general, atinentes al constructo “Calidad de Vida”.

La ciudad de Valledupar alberga, dentro de su acervo histórico, una profusa gama de narrativas que dan fe de la presencia de personas OSIGD (Orientaciones Sexuales e Identidades de Género Diversa) en los diferentes estadios del desarrollo del territorio. Paralelo a los fenómenos de discriminación propios de cuando esta comunidad intenta visibilizarse, se encuentra la posibilidad de terminar viviendo con cualquier ITS (Infección de Transmisión Sexual), entre ellas el temido VIH/SIDA.

Esta revisión de la literatura informa sobre una división cada vez mayor entre los hombres homosexuales diagnosticados con VIH y los que no lo están, y una fragmentación de las comunidades homosexuales según las líneas del estado serológico percibido o real, fomentando en ellas un fenómeno de homofobia internalizada. La literatura incluye múltiples referencias al estigma y la discriminación del VIH entre hombres homosexuales, hombres que tienen sexo con hombres y entre muchas comunidades homosexuales.

Este estigma del VIH adopta diversas formas y puede incorporar aspectos de exclusión social, discriminación por edad, discriminación por apariencia física y estado de salud, rechazo y violencia. Al recopilar la información disponible sobre esta forma poco estudiada de discriminación relacionada con el VIH, esperamos comprender mejor y orientar la investigación y las contramedidas destinadas a reducir su impacto en múltiples niveles.

El estigma se ha definido como cualquier característica, real o percibida, que transmite una identidad social negativa. Con respecto a la infección por el virus VIH, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/síndrome de inmunodeficiencia

adquirida (ONUSIDA) describe el estigma como: un proceso de devaluación de las personas que viven con el VIH y el SIDA o están asociadas a él. La discriminación sigue al estigma y es el trato injusto de una persona en función de su estado serológico real o percibido. Las actitudes negativas hacia las personas con VIH se han reconocido desde el comienzo de la epidemia. A pesar de los programas de educación pública y la legislación sobre igualdad de derechos, la estigmatización sigue siendo generalizada y puede afectar muchos aspectos de la vida.

MATERIAL Y MÉTODOS

El enfoque de investigación es el cualitativo, puesto que, según Hernández et al., (2014), la investigación cualitativa “busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de persona o lo que se investigará) acerca de los fenómenos que los rodean, profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados” (p. 358). Por otra parte, Hernández et al., (2014) plantean que “la investigación cualitativa se guía por áreas o temas significativos de investigación, (...), los estudios cualitativos pueden desarrollar preguntas e hipótesis antes, durante y después de la recolección y análisis de los datos” (p. 7).

Este enfoque pretende dar claridad a la pregunta de investigación por medio de la interpretación de los hechos o resultados de la recolección de los datos cualitativos, que brinden información detallada acerca del problema o fenómeno estudiado para reconstruir la realidad observada desde un enfoque psicológico analizando el discurso emergente respecto a las representaciones sociales relacionadas con la calidad de vida de las personas LGTBI VIH positivo en la ciudad de Valledupar.

Este estudio es fenomenológico, que consiste en una de las metodologías más utilizadas en la investigación cualitativa dentro de las ciencias sociales. Se aplica para describir cómo los seres humanos experimentan un determinado fenómeno. El investigador pregunta: "¿Cómo es esta experiencia?", "¿Qué significa esta experiencia?" o "¿Cómo se presenta esta experiencia vivida al participante?"

Intenta dejar de lado los prejuicios y las suposiciones preconcebidas sobre las experiencias, los sentimientos y las respuestas humanas a una situación particular.

La experiencia puede involucrar percepción, pensamiento, memoria, imaginación y emoción o sentimiento. El análisis incluye un intento de identificar temas o, si es posible, hacer generalizaciones en relación con cómo se percibe o experimenta un fenómeno en particular.

La investigación es de tipo descriptiva, puesto que “los estudios descriptivos, buscan especificar las propiedades importantes de personas, grupos, comunidades o cualquier otro fenómeno que sea sometido a análisis. Evalúan diversos aspectos, dimensiones o componentes del fenómeno a investigar” (Ñaupas et al., 2018). El alcance descriptivo se adapta al problema de investigación completamente, puesto que se busca especificar el papel de las representaciones sociales, relacionadas con la calidad de vida para finalmente explicar el panorama actual teniendo en cuenta los puntos clave anteriormente dichos.

La técnica utilizada para la recolección de datos fue la entrevista semiestructurada. Para Hernández et al., (2014), es un diálogo intencionado entre el entrevistador y el entrevistado, con el objetivo de recopilar información para obtener datos puntuales y relevantes sobre el fenómeno a investigar, en esta los participantes pueden expresar su opinión, incluso desviándose del guion inicial, esto se hace bajo una estructura particular de preguntas y respuestas.

También se recabó información a través de la historia de vida: según Hernández et al., (2014), en el ámbito de la psicología narrativa, la historia de vida de una persona no es una biografía de Wikipedia de los hechos y eventos de una vida, sino más bien la forma en que una persona integra esos hechos y eventos internamente: los separa y los vuelve a tejer para dar sentido. Esta narrativa se convierte en una forma de identidad, en la que las cosas que alguien elige incluir en la historia, y la forma en que la cuenta, pueden reflejar y moldear quién es ella. Una historia de vida no solo dice lo que sucedió, dice por qué fue importante, qué significa para quién es la persona, para quién se convertirá y para lo que sucederá después.

Premisas

Resulta necesario tener un conjunto de afirmaciones que nos ayuden a emprender el sinuoso camino que muchas veces plantea una investigación y más si esta es de corte cualitativo. Durante el desarrollo del proceso, éstas fungirán como punto de control para

mantener una visión lo más clara posible, hacia la consecución de los propósitos planteados. A continuación, se enumeran las premisas con que se da inicio a esta investigación:

Premisa 1

La manera como las personas diagnosticadas con VIH experimentan el proceso de salud-enfermedad está atravesada por aspectos emocionales y afectivos que se construyen en la relación con los contextos en los que participan, en ese sentido la manera como se gestionen las emociones se ve reflejados en sus marcos de referencias frente a su calidad de vida.

Premisa 2

El discurso alrededor del VIH, es construido de manera relacional y le otorgan los significados a la experiencia que viven en el transcurso de la enfermedad, lo cual puede generar cambios en sus hábitos, en la percepción de la realidad y por consiguiente en su calidad de vida.

Premisa 3

Los marcos de referencias están sustentados en el conocimiento que se tenga tanto de la enfermedad como los elementos que promueven la salud están relacionados con los hábitos y procesos que constituyen su calidad de vida y dan emergencia a las representaciones sociales.

Premisa 4

Las creencias que se construyen en la cotidianidad y en los diversos contextos dan emergencia a comportamientos, sentimientos y marcos de referencias a partir del proceso de objetivación y anclaje que constituyen las representaciones sociales.

Unidades de estudio

Se utilizó un muestreo intencionado y razonado, por lo que buscó aquellas unidades que respondieron a la pregunta de investigación y que permitió conocer, describir e interpretar el fenómeno estudiado en profundidad en sus diferentes visiones para reflejar el problema con amplitud mediante criterios de representatividad del discurso, de los significados (Hernández et al., 2014).

En cuanto a la unidad de estudio e informantes claves, fueron personas de la comunidad LGBTI que se encuentra diagnosticadas con VIH en la ciudad de Valledupar y que por razones interpersonales o por terceros pudieron ser seleccionados para realizar el proceso de recolección de información.

RESULTADOS

Proceso de triangulación hermenéutica

"Triangulación" es un término que puede referirse ampliamente a un enfoque para sintetizar múltiples y diversas fuentes de datos a nivel de interpretación. Sin embargo, la palabra en sí ha llegado a significar diferentes cosas en diferentes campos. Por triangulación, se refieren al examen de múltiples fuentes de datos para validar los resultados, aumentar la credibilidad y obtener una comprensión más detallada de los hallazgos. El término se ha utilizado para referirse a métodos para establecer la validez tanto interna como externa al disminuir la incertidumbre de una sola medición al realizar múltiples observaciones.

Cantor (2007) describe cuatro tipos de triangulación: triangulación de datos, en la que se comparan los datos recopilados a través de diferentes muestras y en diferentes momentos; triangulación de investigadores, en la que más de un investigador examina la misma pregunta y se comparan los resultados; triangulación teórica, en la que se aplican diferentes constructos teóricos a los mismos datos observados; y triangulación de métodos, en los que los fenómenos se examinan utilizando diferentes métodos.

En estos contextos, la "triangulación" a menudo implica que el enfoque se creó en la etapa de diseño, donde el investigador podía ejercer control sobre los métodos y medidas de estudio. La triangulación es similar al mapeo de evidencia y la síntesis realista. Estos, sin embargo, tienden a ser más progresistas y menos preocupados por explicar lo que ha ocurrido en el pasado, creando la situación actual. También es similar a las revisiones narrativas, pero tiende a tener un enfoque más amplio que las intervenciones individuales.

Propósito específico 1: Identificar los elementos de la dimensión afectiva inmersos en el plano emocional de las personas entrevistadas pertenecientes a la población LGTBI que viven con VIH en la ciudad de Valledupar.

La "revelación" de una enfermedad crónica como el VIH a menudo se describe como un punto de ruptura que separa un "antes" de un "después". Se cree que la revelación es posible sólo cuando el paciente ha llegado a aceptar su diagnóstico y está intentando integrar la enfermedad en su vida (Kralik, 2002). El médico y escritor Abraham Verghese (1999), proporciona una formulación típica de cómo se imagina que funciona la divulgación. En el extracto de "El compañero de tenis: una historia de amistad y pérdida" que se reproduce a continuación, Verghese describe la experiencia de uno de sus pacientes que inicialmente reveló que era VIH positivo en el contexto de un grupo de apoyo:

"He visto el mismo fenómeno en mi clínica de VIH: un hombre recién diagnosticado siente que su mundo ha terminado. De mala gana, se une a un grupo de apoyo, cuyos miembros tienen el mismo diagnóstico. Al principio es reconfortante, luego edificante, y le permite deshacerse de sus secretos, ser honesto y abierto consigo mismo y su familia. Y dos años después, a pesar de la caída de los recuentos de CD4 y el aumento del virus, me dice con cierto asombro que nunca se ha sentido más completo, más vivo, nunca más feliz. Como si fuera su mundo anterior al VIH el que había sido la enfermedad fatal, ahora curada. (p. 45)"

Para la mujer transgénero con la que se trabajó, la experiencia de la revelación fue radicalmente diferente de lo que describe Verghese. Ya se encontraba en grupos de apoyo a esta población antes de ser diagnosticada, a pesar del conocimiento que tenía de estos elementos, fue una confrontación fuerte en el que se abordaron criterios específicos:

"Sí, sí ma, riquísimas pero que no se atreven a decirme lo primero porque tú sabes que eso es un diagnóstico totalmente reservado, un diagnóstico que tiene cárcel, en mi caso de un señalamiento, porque es que así sea la persona positiva tiene el derecho de demandar y a ella el derecho que casi en el que el que está señalando, tú lo sabes que es así pero si has tenido algún tipo de temor de lo que pueda suceder con el desarrollo tu enfermedad, claro, claro, claro, claro, claro, yo Dios mío, yo no me veo en una cama agonizando, yo por eso soy juiciosa con el tratamiento, porque yo no, yo no, tampoco le pido a Dios que me quite la vida, si yo, porque él es el que sabe, pero no, no me veo ni me quiero ver, ni me voy a ver con el favor de Dios."

Aunque el extracto anterior podría hacer que la revelación de A.M parezca espontánea, no lo fue.

“Tú prefieres evitar un tema de tu situación total con una, con mi pareja, con mis, mis amigos con todo el mundo, está más lo comenté con los amigos que también están en mínimas condiciones nada más, okay. Te has informado de las implicaciones que conlleva vivir con VIH desde el punto de vista médico y claro, pues un poco de esto que tanto sabes de ese tema pues lo que le dicen a uno lo especialista el cuidado que hay que tener era el hábito de vida saludable que te diré Pues yo no soy consumidora de licor yo sí soy consumidora de cigarrillo de tinto pero que hasta en estos momentos de eso no me afectado en nada”(A.M. Entrevista a profundidad 2021)

A medida que el VIH se convierte en una enfermedad crónica que puede tratarse con medicamentos, su temporalidad se ha vuelto más relevante para las discusiones sobre la divulgación. La capacidad de vivir una vida más larga con el VIH o el SIDA plantea interrogantes acerca de cómo podríamos pensar acerca de la divulgación si la concebimos como un proceso temporal paralelo a la enfermedad, más que como un evento discreto que se separa del flujo de la experiencia. Etchells et al., (como se citó en Pimentel, 2016) plantea si bien los médicos han notado la necesidad de pensar en la divulgación como un proceso, la imaginación de este proceso es aquella en la que, en el transcurso de varias consultas clínicas, el proveedor se asegura de que el paciente tenga una comprensión 'completa' de los riesgos y beneficios de determinadas terapias o en las que se pone a disposición información sobre medicamentos a medida que surge. Estas concepciones están limitadas en el sentido de que no tienen en cuenta las formas en que el significado de "contar" cambia a lo largo del tiempo y entre contextos. Se proporciona un ejemplo en los extractos de la entrevista que se reproducen a continuación.

En lo entrevistado sobre revelación, 'contar' se conceptualiza como un evento y el enfoque está en las consecuencias inmediatas o a corto plazo, como en los estudios que analizan los riesgos de violencia o abandono para las mujeres(Maman et al. 2001; Medley y otros 2004 citado por Pimentel, 2016). No discutimos la importancia de estas intervenciones ni de este tipo de investigaciones. Sin embargo, estamos sugiriendo que las concepciones de revelación o narración en las que se imagina que un momento crítico va seguido de un vacío en la experiencia, o en las que se piensa que el significado de revelación permanece estable a lo largo del tiempo o durante el curso de una enfermedad prolongada. Son limitantes y no reflejan la experiencia vivida.

Contar no le brinda a ninguno de los participantes el tipo de apoyo social que ella o nosotros podríamos haber anticipado de la literatura sobre la divulgación. Su revelación tampoco podría servir para prevenir la propagación del VIH, ya que alguno de los entrevistados reconoce que continúa teniendo relaciones sexuales sin protección. Las preocupaciones que la revelación pone en primer plano se registran débilmente, si es que lo hacen, en las instituciones por las que circula. Sus inquietudes en torno a estos temas no se pueden recibir o solo se pueden abordar de manera ad hoc e impredecible. Como resultado, se incorporan a su vida y lidiar con ellos se convierte en su trabajo diario.

Propósito específico 2: Conocer las categorías de lenguaje que generan las representaciones sociales de calidad de vida en personas VIH en comunidad LGTBI de Valledupar.

Un enfoque en el movimiento de la enfermedad a la salud fue evidente en muchas narrativas a pesar del hecho de que no existe una cura conocida para el VIH. La fe en el restablecimiento de la salud no es sorprendente ni incluso ilógica, sobre todo teniendo en cuenta que muchas personas han sobrevivido a su esperanza de vida pronosticada, a pesar de que muchos de nuestros participantes no estaban involucrados en regímenes antirretrovirales o estaban tomando medicamentos de manera inconsistente en el momento del estudio. Janice, una mujer de 53 años que había estado viviendo con el VIH sin síntomas durante ocho años al momento de su entrevista, creía que ella no sería una estadística y que el VIH tiene un curso menos seguro que otras enfermedades, como el cáncer.

“Ya sabes cómo los tienen hablando de películas; hablando de eso solo van hasta diez años. Solo podrías tener el VIH, el virus y el SIDA ... sabes que mueres dentro de esos diez años. El [cuerpo] del sistema [no] podía mantener eso ahí. Simplemente no lo creería... cuando estábamos en los grupos hablando de [eso], dije: Eso es imposible. Las personas podrían vivir más de 10 años si se cuida. Por derecho, nadie puede determinar cuándo vas a morir si no tienes cáncer. Le dije: Ningún médico, nadie puede decirle cuándo va a morir". (XXXX, Historia de vida 2021)

Entrevistado 3 también indicó un fuerte locus de control interno, o un sentido de responsabilidad personal y una capacidad para responder al VIH. Comenzó un programa de tratamiento de drogas después de descubrir que tenía VIH, "así que decidí cuidarme para

durar un poco más". A veces, y tal vez como era de esperar, aparece la desesperación en la inversión de una persona en la restauración de la salud. Como señaló Entrevistado 2:

Me siento cómodo con lo que tengo, pero solo quiero esto, ya sabes, solo quiero que cambie para poder volver a la vida y estar sano de nuevo. No me importa si tengo este virus. Aunque lo tengo, todavía quiero vivir, ¿sabes a qué me refiero? No quiero morir. Déjame vivir de la forma en que vivo ahora mismo, pero no me lleves.

Entrevistado 3 parecía estar suplicando por su vida, lo cual es una experiencia común cuando uno se enfrenta a una enfermedad potencialmente mortal. La dependencia de los medicamentos antirretrovirales y la esperanza del próximo avance médico que acerque a estas personas un paso más hacia una cura a menudo se sugirió, aunque sea de manera tentativa, y el movimiento anticipado hacia la salud estaba claramente implícito. M, un hombre aproximado de 50 años que ha vivido con el VIH durante once años, creía que la medicación conduciría inevitablemente a la restauración de la salud:

P: Todavía no sé cómo le está yendo, pero sé [después de que comencé con este nuevo] que mi recuento de células T ha estado subiendo y mi carga viral ha estado bajando. Así que ha estado bien.

E: Entonces está funcionando.

P: Sí, obviamente lo estoy haciendo muy bien.

M. no aclara qué significa exactamente "hacer muy bien", aunque la idea podría tener varios significados. Podría estar refiriéndose a los indicadores temporales de un mejor funcionamiento del sistema inmunológico; sin embargo, la implicación es que se está moviendo hacia la salud y alejándose más de la enfermedad.

En particular, otros participantes no solo informaron sobrellevar bien la enfermedad; informaron que tener la enfermedad, en cierto sentido, les salvó la vida o que eran físicamente más fuertes como resultado de tener la enfermedad. Para ellos, el abuso de drogas y la adicción parecen plantear amenazas aún mayores que el deterioro inminente y la posible muerte por complicaciones relacionadas con el SIDA.

No significa que vaya a morir hoy. Habría significado que podría haber muerto mañana o dentro de una semana si no hubiera cambiado mi vida. Si hubiera continuado

usando drogas y no hubiera intentado ir a ver de qué se trata el SIDA y el tratamiento que se necesita, sí, habría muerto.

Asimismo, luego de describir el proceso de la enfermedad en términos patológicos, Entrevistada 1, de 37 años, personalizó su respuesta y agregó:

Físicamente ... ahora mismo siento que podría hacer cien flexiones, como ... bailo mucho ... no he hecho eso en veinte años, así que ... ¡me siento bien! Me siento muy bien. En una escala del 1 al 10, probablemente 9,99.

Esto proyecta una imagen de que difícilmente podría sentirse mejor, incluso si fuera VIH negativo. Muchas otras personas informaron que se cuidaron mejor físicamente como resultado del diagnóstico, incluido el abandono del consumo de drogas y alcohol, la adhesión a los regímenes antirretrovirales, la alimentación regular y más nutritiva y el uso de tratamientos alternativos, como las raíces de maguey.

Una metáfora común utilizada entre quienes se centraron en la restauración de la salud fue la del VIH como una batalla por librar. Por ejemplo, "Me di cuenta de que había personas que todavía me amaban y que vale la pena luchar por mi vida". En algunos casos, la fe en Dios jugó un papel particularmente central en esta lucha y/o fue la razón de una recuperación milagrosa real o esperada. Los siguientes ejemplos ilustran esto:

También se expresó buena suerte y la singularidad de uno mismo en contraste con otras personas que viven con el VIH. La singularidad, por ejemplo, estaba representada por relatos de milagros o buena suerte que involucraban una salud extrema, a menudo para asombro de los profesionales médicos involucrados.

En todo caso, pienso: "Suerte mía, tenerlo y no tener síntomas. Mira la suerte que tengo". Mira lo especial que soy, en todo caso. Es una locura, pero de alguna manera ha sido una bendición. Creo que el hecho de que aquí tengo esta cosa que está matando gente y algunas personas han vivido períodos de tiempo muy cortos y algunas personas viven períodos de tiempo más largos y están tomando medicamentos o cambian su estilo de vida y aquí no hice un carajo. cosa y he vivido todo este tiempo. Para mí eso es una especie de, usaré la palabra bendición, ya sabes, solo la uso para otras personas, pero no, creo que eso me hace muy especial, por loco que suene.

Propósito específico 3: Establecer los marcos de referencia (conocimiento) sobre calidad de vida en la comunidad LGTBI diagnosticados con VIH.

A muchas personas que viven con el VIH/SIDA les resulta difícil atender las tareas diarias de la vida, participar en actividades físicas de moderadas a vigorosas o tener suficiente energía o vitalidad para participar en una vida social activa mientras manejan el VIH/SIDA. La fatiga o la falta de energía se han asociado con morbilidad física y psicológica y mala calidad de vida en personas con VIH/SIDA. Además, la fatiga y un recuento de células T CD4 inferior a 500 se asocian con limitaciones físicas y discapacidad. Entre los pacientes VIH positivos, la progresión de la enfermedad está relacionada con la disminución de la energía y el aumento de las dificultades con las actividades diarias y el dolor.

El afrontamiento del VIH/SIDA mediante la desvinculación o la evitación se asoció con un mayor estrés relacionado con la salud. Además, el funcionamiento social deficiente puede estar asociado con un mayor uso de estrategias de afrontamiento de la evitación, como el aislamiento y las interacciones sociales conflictivas. Se ha demostrado que el aislamiento social y las interacciones sociales conflictivas aumentan el estrés, lo que resulta en un peor funcionamiento social en general. Las personas entrevistadas que viven con el VIH/SIDA en algún momento en su mayoría han incrementado el uso de estrategias de afrontamiento de evitación, como la desconexión conductual y la auto distracción, así como su uso del alcohol y las drogas pueden tener un peor funcionamiento físico y social.

Las personas infectadas por el VIH con antecedentes de consumo de drogas inyectables, especialmente aquellas con problemas de drogas más graves, informan sobre la calidad de vida relacionada con la salud. Se ha demostrado que el funcionamiento de roles complejos (es decir, carreras, tareas domésticas y actividades educativas) es uniforme más limitado que el funcionamiento físico en personas con VIH/SIDA, lo que sugiere que afrontar la situación mediante la evitación puede reducir directamente la productividad de un individuo.

La realización de las entrevistadas arrojó:

Impacto de la terapia antirretroviral. El desarrollo de la terapia antirretroviral (TAR) combinado ha cambiado la percepción del VIH/SIDA de una enfermedad mortal a una

enfermedad crónica y potencialmente manejable. El TAR es capaz de mejorar la supervivencia, reducir la aparición de infecciones oportunistas relacionadas con el VIH y mejorar la calidad de vida de los pacientes.

Impacto de los factores psicosociales. El impacto de los factores sociales, psicológicos y espirituales en la calidad de vida en la infección por VIH ha sido bien reconocido.] Los eventos estresantes y el apoyo social se relacionaron con la progresión de la enfermedad del VIH-1 a SIDA. Lo abordado sobre los aspectos psicosociales de El estado de VIH positivo muestra que vivir con el VIH está asociado con una gran cantidad de estrés y depresión.

Apoyo social. El apoyo social a los entrevistados con VIH/SIDA ha mostrado un gran potencial para influir en la CVRS. Los tres componentes principales del apoyo social son el apoyo emocional, tangible e informativo. La distinción entre los diferentes tipos de apoyo social es relevante, ya que sus funciones pueden no ser necesariamente intercambiables. La función de sustento emocional del apoyo social, que sirve para satisfacer y gratificar la propia necesidad de cariño, pertenencia y alianza, es bien reconocida para amortiguar el estrés en entornos sin VIH. Al menos dos estudios han informado que el apoyo emocional se consideró más deseable y se usó con más frecuencia que otras formas de apoyo.

Espiritualidad. La espiritualidad es un factor importante que contribuye a la sensación de bienestar. La espiritualidad entre las personas infectadas por el VIH se percibía como un puente entre la desesperanza y el significado en la vida. Se descubrió que la creación de significado y propósito en la vida más que las experiencias religiosas se correlaciona con el bienestar psicológico en una gran muestra de hombres y mujeres afroamericanos con VIH/SIDA.

Depresión. Las enfermedades psiquiátricas comórbidas, incluida la depresión, son comunes en los pacientes infectados por el VIH. El impacto de las comorbilidades psiquiátricas, específicamente la depresión, en la CVRS de los pacientes con enfermedad por VIH, es por ello que, la presencia de un trastorno psiquiátrico mayor (independiente de la progresión de la enfermedad relacionada con el VIH) se asoció con un impacto negativo en Las dimensiones de la CVRS de la salud mental, el funcionamiento social y las percepciones de salud general, pero no sobre la salud física, el funcionamiento de los roles o el dolor. Un estudio más amplio mostró que los pacientes con trastornos del estado de ánimo comórbidos

tenían un funcionamiento y un bienestar significativamente peores que los que no tenían el estado de ánimo.

VIH y desempleo. A medida que las personas con VIH/SIDA se adaptan a vivir con una enfermedad crónica, surgen muchos desafíos nuevos; entre ellos se encuentran cuestiones de funcionamiento ocupacional y empleo. Para las personas que trabajan, el empleo no solo proporciona beneficios económicos, sino que también puede ser una fuente de estructura, apoyo social, identidad de función y significado.

Ideas suicidas, intentos de suicidio e infección por VIH. El suicidio, el intento de suicidio y la ideación suicida son problemas clínicos complejos asociados con afecciones potencialmente mortales como la infección por VIH. En la mayoría de los casos, se ha informado que el suicidio en personas con infección por VIH/SIDA está asociado con un trastorno psiquiátrico concomitante. El riesgo de suicidio puede extenderse a quienes temen contraer la infección por VIH, así como a la familia y las parejas de los infectados.

Los patrones de intentos de suicidio y pensamientos suicidas pueden diferir a lo largo de la progresión de la infección por VIH. Hay al menos dos períodos de alto riesgo: (1) los primeros 6 meses después del diagnóstico de la infección por el VIH y (2) el inicio de las complicaciones físicas del SIDA. El período de mayor riesgo pueden ser los primeros 3 meses.

Propósito específico 4: Explorar las creencias relacionadas con la calidad de vida y el VIH en las personas diagnosticadas.

Las narrativas de crecimiento personal, al igual que la narrativa de Frank's Quest, también consideran los 'beneficios' de la enfermedad, pero desde un punto de vista espiritual o emocional. Según Hänninen y Koski-Jännes, (como se citó en Pimentel, 2016) tales historias también se han identificado entre personas que han aceptado la enfermedad de la adicción a las drogas. En nuestras entrevistas, esto fue cierto con respecto a la iluminación espiritual o emocional. Algunos participantes sostuvieron que el VIH les había brindado la oportunidad de cambiar su vida psicológica, interpersonal o espiritual de alguna manera. En algunas de estas narrativas, los participantes vieron su experiencia como resultado de la singularidad o la buena fortuna y la intervención de Dios. Algunos parecían farisaicos en esta descripción, sugiriendo que otros que vivían con la enfermedad no habían alcanzado su

propio nivel de iluminación o, alternativamente, que aquellos que no tenían la enfermedad continuaban desperdiciando su buena salud con malos hábitos.

Muchos hablaron de un viaje hacia convertirse en una mejor persona como resultado de la experiencia de vivir con el VIH, invocando tramas secundarias particulares. Por ejemplo, algunos proporcionaron al entrevistador una imagen del paciente perfecto, quien, salvo una recuperación saludable, ha aprendido algo muy importante. Algunos hablaron de compensar los errores del pasado. Otros se centraron en el VIH como una especie de llamada de atención. Finalmente, otros indicaron que estaban usando su enfermedad como una oportunidad para conectarse con familiares, amigos o incluso extraños. Les gustaba pensar en sí mismos como ayudando a los necesitados. Algunos conectaron esa necesidad con la voluntad de Dios, como lo hizo Tom, quien ha vivido con el VIH durante siete años:

La forma en que estoy empezando a verlo es que Dios tiene un plan para hacer que te despiertes y veas cosas a veces de este virus, para que dejes de hacer lo que estás haciendo, suicidarte ... Supongo que quería que me detuviera. Sufriendo y comencé a mirar dentro de mí y me presentó este virus y me dijo: "¡Oye, esto es! ¿Quieres seguir haciendo esto y morir o quieres vivir y ver la vida en términos de vida?" Y funcionó. Por eso creo que contraí el virus, para ver las cosas un poco más de cerca de lo que estaba. Hazme cambiar mi estilo de vida, mirar a las personas de una manera diferente y rodearme de gente buena en lugar de gente mala y las cosas malas que hay. Eso es lo que pienso.

[Tengo que] mostrar - no mostrarle a la gente, pero dejar que la gente entienda que debido a que tienes esto y no puedes hacer nada, aún puedes lograr cualquier cosa en la vida sin importar si estás enfermo o no. ¿Entiendes lo que estoy diciendo? Soy un luchador. Esto no me impedirá hacer lo que quiero hacer.

Para muchos de los participantes, recibir un diagnóstico de VIH los llevó a considerar la posibilidad de recibir tratamiento por su abuso de drogas. Si bien este no fue el caso de todos los participantes, y no todos los que querían estar limpios experimentaron el éxito, tanto el VIH como la adicción a las drogas se consideran desafíos a superar. Estos desafíos brindan al individuo valiosas lecciones de vida y un foro dentro del cual comenzar de nuevo.

Algunos participantes fueron más allá de una reflexión interna de las lecciones que la enfermedad les había proporcionado y proyectaron estas lecciones en otros. Un artefacto de esto para algunos fue un sentido de justicia propia. Por ejemplo, Carmen, una mujer de 53 años, se quejaba:

Por eso mucha gente me mata cuando se pone a gritar: "¿Por qué yo? ¿Por qué yo?" Cuando vamos a las reuniones, me enojo ... ellos se enojan, pero yo les digo: "¿Por qué tú? Porque recogió la aguja y lo hizo o tuvo relaciones sexuales con la persona equivocada".

Ella agregó, en respuesta al enojo que la gente expresa con Dios por la infección, "Yo digo, 'Sabes muy bien (risas), el Señor no te dio el VIH y Él no te puso esa aguja hipodérmica en tu brazo.'".

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Esto tiene el efecto de mantener una distinción entre un yo público y uno privado, u oculto, y, más fundamentalmente, de reforzar la noción de que hay algún referente estable — una voz interior o auténtica— al que las narraciones en primera persona hacen, deberían, o puede corresponder. Nuestra crítica del concepto de Zussman (como se citó en Pimentel, 2016) es, por lo tanto, que, si bien orienta de manera útil nuestra atención hacia escenas en las que los procesos institucionales y disciplinarios, prácticas, y los discursos se vuelven particularmente visibles, sella estas ocasiones con demasiada fuerza.

Esto plantea la cuestión de qué hace que el relato de una vida sea autobiográfico. Otra forma de hacer esta pregunta es preguntar cómo vamos a recibir las narrativas o cómo vamos a evaluar el trabajo de la 'voz'. Como han señalado Catherine Kohler Riessman (como se citó en Cabrera et al., 2018) y otros, las narrativas no “hablan por [sí mismas]” y el significado no siempre es fácilmente accesible a partir de un análisis del texto (Cabrera et al., 2018) aborda esto de manera algo diferente. Para Smith, la experiencia cotidiana es un punto de partida para nuestras investigaciones, pero no podemos confiar en las narraciones de las mujeres sobre su vida cotidiana para revelar las fuerzas que la moldean. Esto, para Smith, es el trabajo del científico social. Subrayamos nuevamente que estas críticas no son críticas a la investigación narrativa; más bien, son advertencias sobre el uso de narrativas como representaciones sin problemas de una "voz interior" prístina.

Por lo tanto, comprender por qué las personas se involucran en la atención, o en comportamientos que las ponen en riesgo de contraer el VIH, o en proyectos públicos o colectivos como programas de educación de pares o de extensión, no es tan simple como escuchar las palabras disponibles para traducir estas acciones. Significativo. En parte, esto se debe a que las personas no siempre pueden encontrar un idioma para sus experiencias, o que el idioma no sea de fácil acceso para ellos. Entre las razones de esto, hemos destacado el papel del archivo: la colección de entendimientos disponibles o las historias que se han establecido de manera que las hacen accesibles al público (Cabrera et al., 2018) y la forma en que se constituye. Esto es particularmente pertinente en casos como el de las jóvenes con las que trabajamos, cuyas oportunidades de contribuir al archivo han sido limitadas.

Riessman sugiere que, en algunos casos, es posible que debamos prestar menos atención a la voz, a lo que se dice, y confiar más en los métodos de observación. El concepto

de Zussman de la ocasión autobiográfica proporciona un punto focal útil para la atención de la investigación, como la intersección de la vida cotidiana de las mujeres y las estructuras sociales que las moldean. Permitir formas de participación narrativa que difieran de las que se obtienen con el uso de entrevistas estandarizadas, con guión o estructuradas, realizadas durante un período de tiempo relativamente corto, abre un camino hacia la apertura de posibilidades narrativas, pero no esperamos ubicar nuestro tema a través de inventiva metodológica. En este trabajo, de hecho, ha sido instructivo prestar mucha atención a la forma en que viven las mujeres jóvenes y a la forma en que narran sus vidas a lo largo del tiempo en medio de la pobreza y el VIH.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abal, F., Auné, S. y Attorresi, H. (2019). La estructura de la conducta prosocial. Su aproximación mediante el modelo bifactorial de la Teoría de la Respuesta al Ítem Multidimensional. *Liberabit*, 25(1), 41-56. <http://www.scielo.org.pe/pdf/liber/v25n1/a04v25n1.pdf>
- Alonso, J., Badia, X. y Salamero, M. (2002). *La medida de la salud. Guías de escalas de medición en español (3ra ed.)*. Fundación Lilly.
- Araújo, E., y Menicucci, E. (2008). Grado de entendimiento sobre el VIH y el SIDA entre jóvenes de sexo masculino basado en la teoría de las representaciones sociales. *Enfermería Global*, 7(1). <https://doi.org/10.6018/eglobal.7.1.1071>
- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO). Cuaderno de Ciencias Sociales. https://www.flacso.or.cr/images/cuadernos/ccs_127.pdf
- Arrivillaga, M., Correa, D. y Salazar, I. (2007). *Psicología de la salud: abordaje integral de la enfermedad crónica*. Manual moderno. https://kupdf.net/download/abordaje-integral-de-la-enfermedad-cronica-marcela-arrivillagapdf_5ae7b76ce2b6f57c1cd4fcb1_pdf
- Cabrera, S., Arteta, Z., Merá, J., y Cavalleri, F. (2018). Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Revista Médica Uruguay*, 34(1), 7-19. <http://www.scielo.edu.uy/pdf/rmu/v34n1/1688-0390-rmu-34-01-00003.pdf>
- Cantor, E. (2007). *Los rostros de la homofobia en Bogotá. Descifrando la situación de derechos humanos de homosexuales, lesbianas y transgeneristas*. Universidad Pedagógica Nacional.
- Cardona, J. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública* 15(5), 765-776. <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a07.pdf>

- Cardona, J., y Higueta, L. (2014). Aplicaciones de un instrumento diseñado por la OMS para la evaluación de la calidad de vida. *Revista Cubana de Salud Pública*, 40(2), 175-189. <https://www.redalyc.org/pdf/214/21431239003.pdf>
- Codina, C. Martín, M. y Ibarra, O. (2002). La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. En Planas, G. (Ed.). *Farmacia Hospitalaria. Tomo II* (pp. 1493-1516). Fundación Española de Farmacia Hospitalaria. <https://www.sefh.es/bibliotecavirtual/fhtomo2/CAP21.pdf>
- Colautti, M., Palchik, V., Botta, C., Salamano, M. y Traverso, M. (2016). Revisión de cuestionarios para evaluar calidad de vida relacionada a la salud en pacientes VIH/Sida. *Acta Farmacéutica Bonaerense*, (25)1, 123-130. http://www.latamjpharm.org/trabajos/25/1/LAJOP_25_1_4_1_4L38K5Y098.pdf
- Fabre G. (1993). La notion de contagion au regard du sida, ou comment interférent logiques sociales et categories médicales. *Sciences Sociales et Santé* 11(1). 5-32. https://www.persee.fr/doc/sosan_0294-0337_1993_num_11_1_1249
- Flores, F. y Leyva, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública*, 45(5), 624-631. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342003001100007
- Flores, F. y De Alba, M. (2006). El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental* 29(3), 51-59. <https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=13972>
- Flores, F., Almanza, M. y Gómez, A. (2008). Análisis del Impacto del VIH/SIDA en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana*, 16(2), 6-13. <https://www.redalyc.org/pdf/1339/133920328002.pdf>
- Grupo de la OMS sobre la calidad de vida. (1996). ¿Qué calidad de vida? La gente y la salud. *Foro mundial de la salud 1996*, 17, 385-387. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/55264/WHF_1996_17_n4_p385-387_spa.pdf?sequence=1&isAllowed=y

- Hernández, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación 6ta edición*. McGraw-Hill Education.
- Hernández, J., Mirabal, P., Otálvora, J. y Uzcátegui, M. (2014). *Población, muestra, informantes clave, variable y de unidad de análisis*. Universidad Pedagógica Experimental Libertador. <https://es.slideshare.net/jthd40/poblacin-muestra-informantes-clave-variable-unidad-de-analisis>
- Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Serge, M. (Comp.). *Psicología Social II*. Paidós (pp. 469-493).
- Jurado, E. y Figueroa, C. (2002). Evaluación de la calidad de vida. *Salud Pública de México*, (44)4, 349-361. <https://www.scielosp.org/pdf/spm/2002.v44n4/349-361/es>
- Kralik, D. (2002). The quest for ordinariness: transition experienced by midlife women living with chronic illness. *Journal of Advanced Nursing*, 39(2), 146-154. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2000.02254.x>
- Levy, J. (2009). HIV pathogenesis: 25 years of progress and persistent challenges. *AIDS* 23(2), 147-160. https://journals.lww.com/aidsonline/Fulltext/2009/01140/HIV_pathogenesis__25_years_of_progress_and.1.aspx
- Ley 1090 de 2006. (2006, 6 de septiembre). Congreso de la República. Diario oficial No 46.383. http://www.secretariasenado.gov.co/senado/basedoc/ley_1090_2006.html
- Mann, J. & WHO Special Programme on AIDS. (1987). Statement at an informal briefing on AIDS to the 42nd session of the United Nations General Assembly on Tuesday 20th October 1987, <https://apps.who.int/iris/handle/10665/61546>
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2018). *Plan nacional de respuesta ante las ITS, el VIH, la coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C, Colombia, 2018-2021*. <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/ET/pla-n-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tbvih2018-2021.pdf>

- Miranda, O. y Nápoles, M. (2009) Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3-4), 63-72. <http://scielo.sld.cu/pdf/mil/v38n3-4/mil073-409.pdf>
- Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2. <https://raco.cat/index.php/Athenea/article/view/34106/33945>
- Moscovici, S. (1988). Notes Towards a Description of Social Representations. *European Journal of Social Psychology*, 18(3), 211 - 250. <https://doi.org/10.1002/ejsp.2420180303>
- Muñoz, J. y Sahagún, M. (2017). *Hacer análisis cualitativo con Atlas.ti 7*. <https://manualatlas.psicosocial.eu/atlasti7.pdf>
- Nilmanat, K., Street, A. & Blackford, J. (2006). Managing shame and stigma: case studies of female carers of people with AIDS in Southern Thailand. *Qualitative health research* 16(9), 1286-1301. <https://doi.org/10.1177/1049732306293992>
- Ñaupas, H., Valdivia, M., Palacios, J, y Romero, H. (2018). *Metodología de la investigación Cuantitativa – Cualitativa y Redacción de la Tesis (5ta ed.)*. Ediciones de la U. <https://corladancash.com/wp-content/uploads/2020/01/Metodologia-de-la-in-cuanti-y-cuali-Humberto-Naupas-Paitan.pdf>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2007, 1 de diciembre). *Situación de la pandemia de SIDA*. https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2007_epiupdate_es_0.pdf
- Ortega, L., Marrero, O., Valdés, J., Baly, A. y Verdasquera, D. (2020). Infecciones bacterianas y patógenos relacionados en pacientes cubanos con virus de inmunodeficiencia humana, Instituto de Medicina Tropical “Pedro Kouri”, 2014-2017. *Revista Cubana Salud Pública* 46(4), 1-17. <https://scielosp.org/pdf/rcsp/2020.v46n4/e2574/es>
- Páez, D. (1987). Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales. En A. Páez. (Ed.). *Pensamiento individuo y sociedad. Cognición y representación social* (pp. 317-345). Fundamentos.

- Patrick, d. & Erickson, P. (1993). *Health status and health policy: quality of life in health evaluation and resource allocation*. Oxford.
- Pearlin, L. & Schooler, C. (1978). The Structure of Coping. *Journal of Health and Social Behavior*, 19(1), 2-21. <https://www.jstor.org/stable/2136319>
- Petri V. *Sexo, fábulas e perigos: um ensaio médico social*. 2a ed. Iglu, 1988.
- Pimentel, Zulitza. (2016). Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) en el trabajo, sometimiento frente a una realidad. *Salud de los Trabajadores*, 24(2), 145-148. <http://ve.scielo.org/pdf/st/v24n2/art09.pdf>
- Posada, I. y Agudeo, E. (2019). Significado del Riesgo de VIH/SIDA para Hombres Homosexuales en Medellín, Colombia. Sección especial: discriminación hacia minorías sexuales en países ibéricos y latinoamericanos: un abordaje psicosocial. *Psykhe* 28(2), 1-14. https://www.scielo.cl/pdf/psykhe/v28n2/0718-2228-psykhe-28-02-psykhe_28_2_1381.pdf
- Ruiz, A. (2000). *El SIDA como una enfermedad estigmatizadora: creencias y prejuicios*. [Tesis de maestría, Universidad Nacional Autónoma de México]. https://repositorio.unam.mx/contenidos/el-sida-como-una-enfermedad-estigmatizadora-creencias-y-prejuicios-69688?c=rW02nZ&d=false&q=*&i=1&v=1&t=search_0&as=0
- Salas, L. (1997). *Muerte social en problemática del VIH/SIDA*. Universidad de Antioquia.
- Shumaker, S. (1994). *International assessment of health related quality of life: theory, translation, measurement and analysis*. Rapid Communications of Oxford
- Tamayo, & Tamayo. (2004). *El proceso de la investigación científica*. Editorial Limusa.
- Thivierge, G. (1992). *Calidad de vida y opciones existenciales. La calidad de vida de la persona: desafío actual del nuevo milenio*. Federación Internacional Universidades Católicas.
- Urzua, M, y Caqueo, A. (2012). Calidad de vida: Una revisión teórica del concepto. *Terapia Psicológica* 30(1), pp.61-71. <http://dx.doi.org/10.4067/S0718-48082012000100006>

Varas, N., Serrano, I. & Toro, J. (2005). AIDS-related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative Health Research* 15(2), 169-87. <https://doi.org/10.1177/1049732304272059>

Vinaccia, S., y Quiceno, J. (2012). Calidad de vida relacionada con la salud y enfermedad crónica: estudios colombianos. *Psychologia. Avances de la disciplina*, 6(1),123-136. <https://www.redalyc.org/pdf/2972/297225770004.pdf>