



**Representaciones sociales y su influencia en la atención del personal sanitario a hombres
homosexuales seropositivos al VIH: Un estado del arte.**

Andrés Felipe Ríos

Marlis Martínez Causil

Trabajo de grado presentado para optar al título de Psicólogos

Asesor

Diego Armando Heredia Quintana, Psicólogo, Esp. En valoración del daño en salud mental

Universidad de Antioquia

Facultad de Ciencias Sociales y Humanas

Psicología

Apartadó, Antioquia, Colombia

2022

| | |
|----------------------------|---|
| Cita | (Ríos & Martínez, 2022) |
| Referencia | Ríos, A. F. & Martínez, M. (2022). <i>Representaciones sociales y su influencia en la atención del personal sanitario a hombres homosexuales seropositivos al VIH: Un estado del arte</i> [Trabajo de grado profesional]. Universidad de Antioquia, Apartadó, Colombia. |
| Estilo APA 7 (2020) | |



www.udea.edu.co



Sistema de Bibliotecas – Biblioteca Carlos Gaviria Díaz

Biblioteca Sede Apartadó

Repositorio Institucional: <http://bibliotecadigital.udea.edu.co>

Rector: John Jairo Arboleda Céspedes

Decano/Director: John Mario Muñoz Lopera

Jefe departamento: Alberto Ferrer Botero

El contenido de esta obra corresponde al derecho de expresión de los autores y no compromete el pensamiento institucional de la Universidad de Antioquia ni desata su responsabilidad frente a terceros. Los autores asumen la responsabilidad por los derechos de autor y conexos.

Dedicatoria

Queremos dedicar este trabajo a nuestras familias, por haber sido los pilares de lo que somos hoy en día. A Marlis y a Andrés del pasado, que a pesar de las dificultades de toda índole que les puso la vida, nos trajeron hasta donde estamos hoy, no se rindieron, no abandonaron, lucharon, crecieron.

Agradecimientos

Queremos usar este espacio para agradecerle a nuestras familias, por ser los principales promotores de nuestros sueños, por creer y apoyarnos en el recorrido de esta experiencia académica y personal, sin ustedes esto no sería posible, gracias infinitas.

Un agradecimiento especial a nuestro asesor Diego Armando Heredia Quintana, quien nos acompañó durante este tiempo, sus conocimientos, dedicación, su apoyo más que académico, paciencia y respeto fueron indispensables al concretar la idea y el desarrollo del presente trabajo.

Agradecemos finalmente a la Universidad de Antioquia, la cual, como Alma Mater, nos ha llenado no solo de conocimientos desde la academia, sino también de espacios que han posibilitado un crecimiento personal y el acercamiento a profesionales y compañeros excepcionales que nos han guiado, acompañado y apoyado durante este recorrido dejando aprendizajes más que valiosos.

Tabla de contenido

| | |
|--|----|
| Resumen..... | 8 |
| Abstract..... | 9 |
| Introducción | 10 |
| 1 Planteamiento del problema..... | 12 |
| 2 Justificación | 17 |
| 3 Objetivos | 19 |
| 3.1 Objetivo general | 19 |
| 3.2 Objetivos específicos..... | 19 |
| 4 Marco teórico..... | 20 |
| 4.1 Estado del arte | 20 |
| 4.2 Representaciones sociales | 21 |
| 4.2.1 Formación de las representaciones sociales | 24 |
| 4.2.1.1 La objetivación..... | 25 |
| 4.2.1.2 El anclaje..... | 25 |
| 4.3 Adherencia al tratamiento | 26 |
| 4.4 Hombres Homosexuales..... | 27 |
| 4.5 Seropositividad al VIH..... | 27 |
| 5 Metodología | 29 |
| 5.1 Enfoque, diseño y tipo de investigación..... | 29 |
| 5.2 Criterios de inclusión | 29 |
| 5.3 Categorías de análisis | 30 |
| 5.3.1 Representaciones sociales..... | 30 |
| 5.3.2 Homosexualidad | 30 |
| 5.3.3 VIH | 30 |
| 5.3.4 SIDA..... | 30 |
| 5.3.5 Calidad de atención | 30 |
| 5.3.6 Oportunidad | 31 |
| 5.3.7 Buen trato | 31 |

| | |
|---|----|
| 5.3.8 Adherencia al tratamiento:..... | 31 |
| 5.3.9 Asistencia oportuna | 31 |
| 5.3.10 Prácticas de autocuidado | 31 |
| 5.3.11 Sensación de bienestar | 31 |
| 6 Consideraciones éticas | 33 |
| 7 Resultados | 34 |
| 7.1 Categoría representaciones sociales | 34 |
| 7.2 Categoría calidad de atención | 35 |
| 7.3 Categoría adherencia al tratamiento | 36 |
| 8 Discusión..... | 38 |
| 9 Conclusiones | 46 |
| Referencias..... | 48 |
| Anexos | 52 |

Lista de tablas

| | |
|---|----|
| Tabla 1: Representaciones sociales..... | 34 |
| Tabla 2: Calidad de atención..... | 35 |
| Tabla 3: Adherencia al tratamiento..... | 36 |

Siglas, acrónimos y abreviaturas

| | |
|-----------------|--|
| APA | American Psychological Association |
| EPS | Entidad promotora de salud |
| HSH | Hombres que tienen relaciones sexuales con hombres |
| IPS | Institucion prestadora de servicios de salud |
| MinSalud | Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia |
| OMS | Organización Mundial de la Salud |
| ONUSIDA | Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA |
| PVVIH | Personas que viven con VIH |
| RS | Representaciones sociales |
| SIDA | Síndrome de inmunodeficiencia adquirida |
| TAR | Tratamiento antirretroviral |
| VIH | Virus de inmunodeficiencia humana |

Resumen

Este trabajo de grado tiene como objetivo realizar un estado del arte sobre la influencia de las representaciones sociales del personal médico en la calidad de atención y adherencia al tratamiento en hombres homosexuales seropositivos al VIH, ello a través de la revisión de artículos producto de investigación comprendidos entre los años 2011 a 2021. Para llevarlo a cabo se realizó un rastreo bibliográfico a través de un plan de recolección de datos que comprendió las siguientes etapas: contextualización, clasificación, categorización y resultados. Entre los hallazgos más relevantes, se destaca que a pesar de los avances científicos que han permitido conocer mejor el comportamiento del VIH y las dinámicas sociales que implican vivir con el virus, persisten representaciones sociales que, además, se ven reforzadas en el caso de los hombres homosexuales, apareciendo en forma de estigma y discriminación hacia estos. Esta discriminación representa diversas consecuencias negativas en la salud de las PVVIH, además, son fenómenos que afecta tanto la iniciación como la adherencia al tratamiento. Por otra parte, se evidenció que la discriminación hacia PVVIH en escenarios clínicos es una realidad, sin embargo, por efectos del estigma interiorizado, algunas situaciones que son reportadas como discriminantes, tal vez no lo sean. Por último, se destaca la necesidad de mejoramiento de los servicios prestados por el sistema de salud, incluyendo la especialización/capacitación del personal ya que, según lo hallado, gran parte de las barreras y situaciones discriminantes se pueden explicar por falencias del sistema o por falta de capacitación de los sanitarios.

Palabras clave: Representaciones sociales, personal sanitario, VIH-SIDA, hombres homosexuales, estigma interiorizado, adherencia al tratamiento.

Abstract

The aim of this study is to develop a state of the art on the influence of the social representations by the medical staff on the quality of care and adherence to treatment in HIV seropositive homosexual men, through the review of research articles from 2011 to 2021. To carry it out, a bibliographic search was conducted through a data collection plan that included the following stages: contextualization, classification, categorization, and results. Among the most relevant results, it is highlighted that despite scientific advances that have allowed a better understanding of the behavior of HIV and the social dynamics involved in living with the virus, social representations persist and are reinforced in the case of homosexual men, appearing in the form of stigma and discrimination against them. This discrimination has several negative consequences on the health of PLHIV and affects both initiation of and adherence to treatment. On the other hand, it became evident that discrimination against PLHIV in clinical settings is a reality; however, due to the effects of internalized stigma, some situations that are reported as discriminatory may not be so. Finally, there is a need to improve the services provided by the health system, including the specialization/training of personnel since, according to what was found, most of the barriers and discriminatory situations can be explained by shortcomings of the system or lack of training of the health staff.

Key words: Social representations, health personnel, HIV-AIDS, homosexual men, internalized stigma, adherence to treatment.

Introducción

El VIH es un virus de creciente desarrollo y difícil de controlar, el cual tiene presencia de forma mundial y ha cobrado la vida de millones de personas, particularmente en décadas anteriores cuando apenas se estaba conociendo su comportamiento epidemiológico y se estaban desarrollando los tratamientos. Con el paso del tiempo se han realizado avances en el conocimiento y en los tratamientos para convivir con el virus, situaciones que han permitido que las PVVIH puedan tener vidas saludables.

Si bien los avances científicos con relación a los tratamientos para el virus han posibilitado que la esperanza de vida de las PVVIH se extienda, no se puede dejar de lado que hay múltiples barreras frente al acceso a los servicios de salud y TAR, además de otros factores que influyen en la calidad de vida de los sujetos, entre los cuales destacan la estigmatización y discriminación. Esta discriminación tiene origen en los significados que surgen alrededor de los primeros casos de la enfermedad, los cuales resultaban ser en hombres homosexuales, por lo que se le atribuían muchos juicios de valor frente al merecimiento de tener o no una enfermedad que para la época era mortal, por la falta de conocimiento y tratamientos; de esta forma, el vivir con VIH implicaba enfrentarse al juicio social cargado de moralidad, miedo y desconocimiento. La naturaleza de estos juicios es de tal magnitud, que tienden a perpetuarse en el tiempo.

En este orden de ideas, es relevante señalar que las representaciones sociales en forma de estigma y discriminación se reconocen como una de las principales barreras que reduce la búsqueda de apoyo social y acceso a los servicios de salud por parte de la PVVIH; las experiencias previas que dicha población vivenciaron en otros contextos sociales, pueden ser un condicionante para estos pacientes, de tal manera que, al momento de acudir a los centros de atención sanitarios, la percepción va a estar relacionada a estos sucesos desagradables, de rechazo, aislamiento social y fortalecimiento de pensamientos desadaptativos como lo son la baja autoestima, el merecimiento de la enfermedad y el no merecimiento de tratamiento antirretroviral. Por otra parte, las representaciones sociales que poseen algunos del personal sanitario pueden obstaculizar, limitar e influir de manera negativa en la vida de las PVVIH, lo que comprende tanto su salud física como psicológica, relaciones interpersonales y la negociación del sexo seguro.

De las dinámicas que se han venido comentando, surge el interés por adentrarse en la forma en la que estos fenómenos se dan en contextos médicos frente a la atención a las PVVIH, particularmente a los hombres homosexuales, por lo cual se titula la investigación como *representaciones sociales y su influencia en la atención del personal sanitario a hombres homosexuales seropositivos al VIH: Un estado del arte*, la cual tiene el propósito de realizar una revisión documental sobre la influencia de las representaciones sociales del personal médico en la calidad de atención y adherencia al tratamiento en hombres homosexuales seropositivos al VIH en artículos científicos de 2011 a 2021, además se pretende identificar los principales estudios sobre la calidad y adherencia al tratamiento en hombres homosexuales seropositivos al VIH y SIDA, permitiendo a su vez, conocer y clasificar las principales representaciones sociales frente al fenómeno, identificar los principales abordajes teóricos, perspectivas, enfoques, criterios y hallazgos frente a la atención, homosexualidad y seropositividad y, finalmente, identificar la conexidad entre calidad de atención, adherencia y salud mental de hombres seropositivos al VIH y SIDA.

1 Planteamiento del problema

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) “infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmune” (Organización Mundial de la salud [OMS], 2017), produciendo así la inmunodeficiencia que lo caracteriza; ahora, “se considera que el sistema inmunitario es deficiente cuando deja de poder cumplir su función de lucha contra las infecciones y enfermedades” (OMS, 2017). El VIH no se puede confundir con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), el cual es la etapa más avanzada del VIH y suele llegar por la ausencia de alguno de los diferentes tipos de TAR (tratamiento antirretroviral) y que “se define por la aparición de alguna de más de veinte infecciones oportunistas o cánceres vinculados con el VIH” (OMS, 2017).

Debe indicarse que en muchos países el VIH se considera una epidemia concentrada o baja, es decir “que está confinada principalmente a individuos que adoptan comportamientos de alto riesgo” (Unicef, 2008). El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA [ONUSIDA] (2011) hace las siguientes consideraciones:

En una epidemia concentrada, el VIH se ha propagado rápidamente por una o más poblaciones, pero aún no se ha extendido entre la población general. Típicamente, su prevalencia es superior al 5% en las subpoblaciones e inferior al 1% en la población general, estos parámetros deben interpretarse con la máxima cautela. En una epidemia concentrada del VIH, aún hay posibilidad de focalizar los esfuerzos de prevención, tratamiento, atención y apoyo en las subpoblaciones más afectadas por el VIH, a la vez que se reconoce que ninguna subpoblación es totalmente aislada.

Colombia es uno de los países donde la infección por el VIH se ha definido como una epidemia concentrada, en la cual poblaciones como hombres que tienen relaciones con hombres, trabajadoras/es sexuales, personas transexuales, personas que se inyectan drogas, habitantes de calle, resultan como las más propensas a el contagio (Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud], 2010). En referencia a estas poblaciones, el Fondo de Población de las Naciones Unidas [UNFPA], MinSalud & Profamilia, (2014) reportan que:

En un estudio realizado en el año 2010, en hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH) se hayaron prevalencias que varían entre el 5% y el 24%, en las diferentes ciudades se encontraron los siguientes porcentajes: “**Cali:** 24.1%; **Bogotá:** 15.0%; **Barranquilla:** 13.6%; **Cúcuta:** 10.9%; **Cartagena:** 10.0%; **Medellín:** 9.1%; y **Pereira** 5.6%”. Los estudios en el grupo de mujeres trabajadoras sexuales (MTS) realizados entre 2003 y 2011 por MSPS y UNFPA en diferentes ciudades del país, mostraron prevalencias entre 0.6 y 4,5 %; en la población de Usuarios de Drogas Intravenosas (UDI) se realizó un estudio el año 2010 en Pereira y Medellín encontrando prevalencias de 1.9 y 3.8% respectivamente y el estudio sobre comportamiento sexual y prevalencia de infección por VIH en Mujeres Transgénero en cuatro ciudades de Colombia, realizado en 2012 por el Proyecto VIH del Fondo Mundial, muestra prevalencias por encima del 10% en todas las ciudades: 17,1% en Bogotá, 10% en Medellín; 18,8% en Cali y 13.1% en Barranquilla. (p. 35)

El hecho de que el VIH sea un virus cuya incidencia y prevalencia es mayor en ciertos grupos sociales, a los que se les atribuye algunas actividades específicas como las prácticas homosexuales, el consumo de drogas y la promiscuidad, ha influido históricamente en la representación actual del virus y los portadores, debido a la carga moral que socialmente se le ha atribuido ya que se asocia generalmente a conductas sexuales tipificadas como riesgosas, perversas, anormales y promiscuas, presentándose también como comportamientos que amenazan a instituciones socialmente enaltecidas como el matrimonio y la familia, asimismo, la religión también añade significados que ponen peso a esa carga moral, por ejemplo, la visión religiosa de que el VIH es un castigo de Dios por una falla moral (promiscuidad, homosexualidad, etc.) (Rodríguez, 2011).

A través de la historia, diversos eventos que convergieron en la construcción de la representación social del VIH y sus portadores moldearon estigmas alrededor de estos. En la década de 1980, se describe por primera vez el SIDA (sin tener un nombre oficial); los primeros casos estaban relacionados exclusivamente con prácticas homosexuales, reportados por hospitales en California y Nueva York. De acuerdo con los reportes, estos casos se caracterizaban por un sistema inmunológico debilitado sin explicación y por la aparición de sarcomas de Kaposi y neumocistosis (ahora reconocidos como unas de las principales enfermedades oportunistas que

caracteriza al SIDA) en jóvenes homosexuales (Miranda y Nápoles, 2009). Miranda y Nápoles (2009) añaden que el hecho de que hubieran sido hombres homosexuales los primeros casos reportados de la enfermedad (aunque ya se habían detectado algunos casos en personas heterosexuales, incluidos niños) llevó a pensar que las prácticas homosexuales se relacionaban directamente con la enfermedad. Por ello las primeras denominaciones que se le da a esta es «Cáncer Gay», o «síndrome Gay»; también se le llamó (en gran parte popularizado por la prensa) «Peste Rosa», «Peste Gay». Posteriormente, el centro para el control y prevención de enfermedades de Estados Unidos (CDC) registró los primeros casos con la denominación inmunodeficiencia relacionada con los gays (GRID «gay-related immune deficiency») (Rodríguez, 2011). Esto último le daba cierta legitimidad a la idea que se estaba esparciendo socialmente, reafirmando la idea que el VIH estaba directamente relacionado a prácticas homosexuales. Horton y Aggleton (Citado en Rodríguez, 2011) afirman que esta vinculación inicial entre VIH, homosexualidad y transmisión sexual, tuvo una influencia decisiva en la posterior representación social de la enfermedad y de los afectados, convirtiéndose así en una afección propia de un grupo minoritario y marginado, como consecuencia de las denominadas conductas sexuales “anormales”, “promiscuas” “aberrantes” y “perversas” de un conjunto social.

A parte de la marginación proveniente de los sucesos descritos, hay que señalar que socialmente ya habían asociaciones sobre la promiscuidad de los hombres, incluyendo por supuesto a hombres homosexuales, como sugiere Posada, I., Yepes, C., y Patiño, L. (2020):

Directrices morales e históricas vinculan la noción de ser hombre con las prácticas sexuales frecuentes y con numerosas parejas, y de eso no se escapan los HSH, pues desde pequeños están sometidos a estos preceptos y a un entorno cultural que marca el significado de ser hombre. Tal vez esto pueda explicar la persistencia de conductas de promiscuidad, que, además, son punto de partida para el señalamiento como culpables en la historia del Sida.
(p. 4)

Estos acontecimientos descritos, junto con el aumento en el reporte de los casos, y el miedo que causó en la población la ausencia específica de información sobre las formas de transmisión, y las formas en las que no se transmitía, exacerbó la marginación de los sujetos portadores, en especial cuando se trataba de sujetos que eran públicamente homosexuales. Todo esto contribuyó

a las representaciones que aun hoy en día están presentes en la sociedad, tal como se puede observar en diversos estudios como el de Flores y Almanza, (2013) en el que plantean que hay estigma y discriminación hacia personas que viven con VIH en nuestro contexto sociocultural y que este gira alrededor de significados alrededor de la muerte, el miedo al contagio y una vinculación con la desviación moral. Además, se indica que, “cuando una persona contrae la infección se suele asociar a grupos considerados de “riesgo”, que en el imaginario incluye a trabajadoras sexuales, usuarios de drogas inyectables y hombres que tienen sexo con hombres, grupos históricamente marginados” Aggleton, Parker y Maluwa (Citados en Flores & Almanza, 2013, p. 2).

Ahora, la percepción que sobre personas con VIH pueden entenderse como representación social de un fenómeno. Frente a su naturaleza, Pallí y Martínez, (2004) indican que las representaciones son concebidas como el filtro desde el cual se entiende el objeto, es decir que las personas no se relacionan con el objeto, sino con la representación que tienen de él. Estas representaciones, que suelen tener una orientación actitudinal, ya sea positiva o negativa, facilitando o desfavoreciendo la relación de estas personas con el contexto social. Radusky y Mikuliv (2019), indican que dichas representaciones generalmente pueden disminuir la motivación de las personas pertenecientes a las poblaciones de riesgo a realizar las diversas actividades que **implican** ser seropositivo (adherencia al tratamiento, seguimiento del progreso del virus, revelación del diagnóstico en sus redes de apoyo...), para evitar exponerse a situaciones donde posiblemente se vean discriminados, pueden tener efectos psicológicos negativos en los sujetos como una baja estima, sensaciones de culpabilidad exacerbadas, sentirse inmoral, sucio, pecador, sentimientos de inferioridad, mayor malestar emocional, negociación del sexo seguro por el miedo a revelar el diagnóstico a la pareja sexual.

Por su parte, diversos autores han documentado que los comportamientos y actitudes del personal médico están más cercanos a mitos, creencias, emociones y pautas culturales y sociales que al conocimiento científico existente (Infante et al., 2006). Según Varas-Díaz, Serrano-García y Toro-Alfonso, (2004), las implicaciones de estas actitudes estigmatizantes son aún más preocupantes cuando vienen de parte del personal médico, debido a que esto se traduce en un empobrecimiento de la atención a los pacientes, incluso en profesionales que se niegan a prestar los servicios. De la investigación realizada por Varas-Díaz et al. (2004), varios participantes mencionaron haber experimentado situaciones estigmatizantes al visitar salas de emergencias,

encontrando experiencias de aislamiento y enfrentamiento a personal que no los/as quería atender. Además, Varas-Díaz et al., (2004) indican que las experiencias estigmatizantes en escenarios de salud podrían condicionar la disposición de los portadores para visitar dichos servicios, convirtiendo la idea de necesitar atención médica en algo aversivo que se tratará de evitar si no es completamente necesario, trayendo ello efectos negativos en la adherencia al tratamiento en personas diagnosticadas y, por tanto, afectación a la salud y calidad de vida del portador, aceleración el progreso de la infección, aumento en la frecuencia y severidad de los síntomas, etc. (Radusky & Mikulic, 2019).

Por otro parte, Hatzenbuehler, O’Cleirigh, Mayer, Mimiaga y Safren (2011), indican que estos fenómenos estigmatizantes hacia los hombres homosexuales portadores del VIH están relacionados con consecuencias negativas en la salud mental de los portadores, específicamente en el desarrollo de síntomas depresivos, pánico y ansiedad generalizada. De igual modo, se señala que este fenómeno aumenta la posibilidad de que los portadores tengan relaciones coito genitales sin protección debido a que dificulta la negociación del sexo protegido. Además, se ha documentó que el estigma es un fenómeno que afecta tanto la iniciación como la adherencia al tratamiento y, a su vez, provoca aislamiento y la falta de búsqueda de apoyo social (Zafra & Ticona, 2016).

Como se expresó anteriormente, las representaciones sociales sobre hombres homosexuales seropositivos al VIH tienen unas implicaciones importantes sobre su condición y disposición para el tratamiento; a su vez, la literatura referencia que es posible que el personal médico pueda tener representaciones sociales sobre las personas seropositivas al VIH totalmente ajenas a su quehacer profesional, expresando así prejuicios de otra índole sobre los mismos. Es por esta razón que se plantea una investigación documental que permita establecer si en las publicaciones científicas recientes hay material que permita comprender la naturaleza e interrelación de estos dos fenómenos y su impacto en la calidad de la atención y adherencia al tratamiento. En ese orden de ideas se plantea la siguiente pregunta: En la literatura científica publicada entre 2011 y 2021, ¿se ha pensado la relación entre las representaciones sociales, la calidad en la atención brinda el personal médico a hombres homosexuales seropositivos al VIH y su influencia sobre la adherencia al tratamiento?

2 Justificación

En el marco de la investigación científica, la construcción del saber requiere de ejercicios preliminares que permitan comprender en qué estado se encuentra el conocimiento sobre el fenómeno a investigar, además de que este marco de referencia permite proyectar el ejercicio de construcción de nuevo saber. Puede que el estado del arte por sí mismo no represente nuevo saber, pero si permite analizar qué, cómo, cuando, donde, quienes, para qué y por qué se ha investigado sobre el tema, lo cual proporciona un panorama de los posibles caminos, de las formas, de lo que fue acertado y lo que no, de lo que falta por investigar, de lo que, si bien se ha investigado, no se ha hecho desde todos los enfoques, o no se ha hecho en un contexto determinado, etc. Es así, que este ejercicio investigativo permitirá proyectar la formulación de futuras investigaciones teniendo en cuenta lo que ya se ha hecho.

Para tal fin, un estado del arte representa el punto de inicio necesario para permitir el surgimiento de nuevos caminos investigativos, posibilitando la reflexión y discusión sobre el impacto de un fenómeno, en este caso, las representaciones sociales del personal médico, la calidad de la atención y adherencia al tratamiento en hombres homosexuales seropositivos al VIH. De igual modo, este tipo de investigaciones permite generar un cuerpo importante de conocimiento alrededor del tema para convertirse en fuentes preliminares y válidas de consulta para la creación de programas orientados a la sensibilización y estructuración de programas de atención a la población objeto de estudio.

Un estado del arte no consiste solo en la recolección, clasificación y síntesis de investigaciones alrededor del tema, pues este implica también un proceso de análisis que lleve a la comprensión del fenómeno, en el cual, según Londoño, Calderon y Maldonado, (2016):

se debe asumir una postura crítica frente a lo que se ha hecho y lo que falta por hacer en torno a una temática o problemática concreta, para evitar duplicar esfuerzos o repetir lo que ya se ha dicho y, además, para localizar errores que ya fueron superados. No puede considerarse como un producto terminado, sino como una contribución científica que genera nuevos problemas o nuevas hipótesis de investigación y representa el primer y más importante insumo para dar comienzo a cualquier investigación. (p. 11)

La recopilación de textos especializados que, de manera directa o indirectamente, describan y analicen el tema a investigar, permitirá estructurar una concepción e interpretación de la realidad a través de la articulación de ejes que no parecen presentar respuestas inmediatas frente al fenómeno que se desea conocer. Es así como el estado del arte brinda opciones de respuesta y dirección a la hora comprender cómo se presenta el fenómeno y, a futuro, delimitar tanto líneas de investigación como sus respectivos parámetros.

3 Objetivos

3.1 Objetivo general

- Realizar un estado del arte sobre la influencia de las representaciones sociales del personal médico en la calidad de atención y adherencia al tratamiento en hombres homosexuales seropositivos al VIH en textos científicos de 2011 a 2021.

3.2 Objetivos específicos

- Identificar principales estudios sobre la calidad y adherencia al tratamiento en hombres homosexuales seropositivos al VIH y SIDA.
- Clasificar las principales representaciones sociales frente a hombres homosexuales seropositivos al VIH y SIDA.
- Identificar los principales abordajes teóricos, perspectivas, enfoques, criterios y hallazgos frente a la atención, homosexualidad y seropositividad al VIH y SIDA.
- Identificar conexidad entre calidad atención, adherencia y salud mental de hombres seropositivos al VIH y SIDA.

4 Marco teórico

4.1 Estado del arte

Un estado del arte es una investigación documental que tiene por objetivo alcanzar un conocimiento exhaustivo sobre el nivel de comprensión que hay de un fenómeno, con el fin de que surjan hipótesis interpretativas, y además de proyectar nuevos caminos para futuros ejercicios investigativos. Este proceso es visto como el primer ejercicio que debe desarrollar cualquier investigación y a través de este se podrá dar cuenta de las investigaciones realizadas sobre un tema específico (Londoño et al., 2016). Según la propuesta de Londoño et al., (2016) un estado del arte implica seguir las huellas de un proceso, hasta identificar el desarrollo que ha alcanzado. Este ejercicio investigativo debe resultar en la obtención de un conocimiento sobre las formas en como diferentes investigadores han abordado el tema, desde la búsqueda, hasta donde se llegó, las tendencias metodológicas, la problemática y los productos o resultados de estas investigaciones.

Continuando con los planteamientos de Londoño et al., (2016), en un estado del arte se identifican dos procesos generales, primero, la búsqueda, selección, categorización y disposición de las diferentes fuentes de información, que corresponde a una dimensión heurística del proceso y segundo, integración de esta información a partir de un análisis de cada uno de los documentos obtenidos, siendo este el componente hermenéutico. Un estado del arte estudia una parte substancial de la literatura, desde fuentes relevantes de información y desarrolla un proceso interpretativo que permite llevar a la comprensión y converge en una visión global e integradora del fenómeno. (p. 8)

Por otra parte, en cuanto a los alcances y límites de un estado del arte, Londoño et al., (2016) añade que en “el desarrollo de los objetivos que se plantean para construir un estado del arte permite elaborar nuevas comprensiones sobre las explicaciones e interpretaciones que los teóricos e investigadores han construido” (p. 25). Esto último haciendo referencia a la característica de análisis e interpretación del estado del arte, que permite el surgimiento de nuevos sentidos e interpretaciones de la realidad encontrada en la literatura y que, por lo tanto, contribuye a la comprensión del fenómeno rastreado. Galeano, Gomez y Jaramillo, (2015) plantean que, en referencia al alcance de un estado del arte, se pueden identificar tres tendencias, primero recuperar para describir, segundo, para comprender y tercero, para trascender reflexivamente. Se puede

hablar de un estado del arte desde el enfoque que busca recuperar para describir si el investigador “pretende lograr balances e inventarios bibliográficos para dar cuenta del estado de conocimiento actual sobre un concepto”. (Galeano et al., 2015, p. 417)

En cuanto a el enfoque que busca comprender, con este no se espera recuperar el conocimiento acumulado, es decir, el investigador si hace una búsqueda exhaustiva, pero no con el fin de inventariar y exponer, sino con el objetivo analizar y finalmente comprender el fenómeno que se esté investigando (Galeano et al., 2015). Por último, según Galeano et al., (2015) desde el enfoque que busca trascender reflexivamente también se busca la comprensión del fenómeno, pero con la diferencia de que el investigador puede permitirse cuestionar y criticar lo encontrado con el fin de construir conocimiento y dar sentido a esa información obtenida, por eso se habla de recuperar reflexivamente la información.

Por el lado de los límites que se pueden presentar al construir un estado del arte Londoño et al., (2016) destaca que en general los límites se relacionan con la temporalidad y el contexto donde se realiza la investigación, pues de esto va a depender la cantidad y la calidad de la información que se va a encontrar, ya que es posible que la información que se encuentre del fenómeno sea reducida por los criterios de la investigación, por los criterios de búsqueda o porque simplemente no se ha investigado mucho sobre el fenómeno en el contexto en el que se está enmarcando.

Por último, es de destacar que un estado del arte va más allá del marco teórico, pues según Schwarz (Citado en Garcia, 2014) un marco teórico es el conocimiento mínimo que se requiere para comprender un problema de investigación, mientras que el estado del arte, es el conocimiento necesario más actualizado que existe para resolver el problema, pues a través de este, cómo se comentó con anterioridad, se posibilita la comprensión del fenómeno, el surgimiento de nuevos sentidos a través de la interpretación y análisis, y la proyección de futuros ejercicios de investigación que puedan contribuir al conocimiento, contextualización y solución de la problemática.

4.2 Representaciones sociales

Jodelet (citada por Lessa, Oliveira, Formozo & Tosoli, 2012) concibe las representaciones sociales (RS) como una forma de conocimiento socialmente elaborada y compartida, con un objetivo práctico, y que aporta para la construcción de una realidad común a un conjunto social.

Para Jodelet, representar es hacer un equivalente del objeto, pero no en el sentido de una equivalencia fotográfica, sino que, un objeto se representa cuando está mediado por una figura. Solo en esta condición, emerge la representación y el contenido correspondiente; en otras palabras, hay una imagen interiorizada, que impide ver (o distorsiona) la realidad del objeto; en palabras de Ibáñez, Botella, Doménech, Samuel-Lajeunesse, Martínez, Pujal y Tirado, (2004) las representaciones sociales son un filtro desde el que se entiende el objeto, es decir que las personas no se relacionan con el objeto, sino con la representación social.

Las personas conocen la realidad a través de explicaciones que extraen de los procesos de comunicación y del pensamiento social, en las representaciones sociales estas explicaciones son sintetizadas y en consecuencia, las representaciones sociales hacen referencia a un tipo específico de conocimiento: el conocimiento del sentido común (Araya Umaña, 2002). El sentido común es, según Reid (citado por Araya, 2002) una forma de percibir, razonar y actuar. Este conocimiento, el del sentido común, es conocimiento social porque esta socialmente elaborado, en el cual se incluyen contenidos cognitivos, afectivos y simbólicos cuya función no solo orienta ciertas conductas de las personas, sino también en las formas de organización y comunicación que poseen, ya sea de forma interindividual, como entre los grupos sociales en los que se desarrollan. Siendo así, las representaciones sociales nos aproximan a la “visión de mundo” que las personas o grupos tienen, debido a que el conocimiento del sentido común es el que la gente utiliza para actuar o tomar posición ante los distintos objetos sociales (Araya Umaña, 2002). Araya, (2002) afirma que:

“Las RS, en definitiva, constituyen sistemas cognitivos en los que es posible reconocer la presencia de estereotipos, opiniones, creencias, valores y normas que suelen tener una orientación actitudinal positiva o negativa. Se constituyen, a su vez, como sistemas de códigos, valores, lógicas clasificatorias, principios interpretativos y orientadores de las prácticas, que definen la llamada conciencia colectiva, la cual se rige con fuerza normativa en tanto instituye los límites y las posibilidades de la forma en que las mujeres y los hombres actúan en el mundo”. (p.11)

El estudio de la representación social “permite reconocer los modos y procesos de constitución del pensamiento social, por medio del cual las personas construyen y son construidas

por la realidad social” (Araya, 2002, p.13). Por esto último, se destaca la relevancia de la noción de la realidad social y su proceso de construcción para comprender las representaciones sociales.

Ritzer afirma que la construcción social de la realidad también tiene su génesis en las conceptualizaciones de Durkheim sobre las representaciones colectivas, posteriormente Schutz “sociológiza” los aportes de la filosofía fenomenológica de Husserl y desarrolla su teoría de la importancia de los significados sociales (como se cito en Araya, 2002). A partir de lo trazado por Schutz, Peter Berger y Thomas Luckmann desarrollan el concepto, siendo estos últimos reconocidos como los que más han desarrollado la teoría de la construcción social de la realidad.

Para hablar de construcción social de la realidad, Berger y Luckmann parten del supuesto que afirma que la realidad se construye en la vida cotidiana, y la sociología debe estudiar los procesos por medio de los que se genera el conocimiento. La construcción social de la realidad es la tendencia fenomenológica a considerar los procesos subjetivos como realidades objetivas (Araya Umaña, 2002). Por otra parte “las personas aprehenden la vida cotidiana como una realidad ordenada, es decir, las personas perciben la realidad como independiente de su propia aprehensión, apareciendo ante ellas objetivada y como algo que se les impone” (Araya, 2002, p.13). Es indiscutible que cada persona tiene su opinión y una realidad interiorizada particular, sin embargo, estas opiniones y e interiorizaciones de la realidad no constituyen un proceso individual. Desde el nacimiento, con la interacción de las personas en diferentes categorías sociales se constituyen fuentes de determinación que inciden con fuerza en la elaboración individual de la realidad social, y esto es, esencialmente, lo que genera perspectivas compartidas de la realidad e interpretaciones similares de los sucesos. Por lo tanto, la realidad de la vida cotidiana es una construcción intersubjetiva, un mundo compartido. Con esto se reconocen procesos de interacción y comunicación, mediante los cuales, las personas comparten y experimentan a los otros y a las otras; en estas interacciones, las posiciones sociales e igualmente el lenguaje, juegan un papel fundamental al posibilitar la acumulación de conocimiento, un conocimiento histórico-cultural, que se trasmite (y se transforma) de generación en generación (Araya Umaña, 2002).

Según Ibáñez (citado en Araya, 2002) diversas cualidades del contexto como el lugar que ocupan en la estructura social, las costumbres del lugar, las experiencias concretas, las personas que te rodean...etc., influyen en la formación de la identidad social y la forma en la que las personas perciben la realidad social. Ese planteamiento tiene cierto consenso en una gran parte de quienes realizan investigaciones en las ciencias sociales. Otra posición es que la realidad presenta

una serie de propiedades que, aun y siendo “realmente” constitutivas de esta, no dejan de ser absolutamente subjetivas. Es decir, son cualidades que conforman la realidad objetiva, pero que se dan por las actividades cognitivas y, en general, por las actividades simbólicas desarrolladas por las personas. Esto implica que la realidad objetiva, está determinada por la realidad subjetiva, debido a que, en cierta medida, la realidad pasa a ser el resultado de la construcción intersubjetiva que hacen las personas de esta. Desde esta perspectiva, la realidad incorpora, como parte constitutiva de sí misma, unas características que provienen de la actividad desarrollada por las personas en el proceso que los lleva a formar su propia versión de la realidad.

El estudio de las representaciones sociales es en sí mismo, una forma de enforzar la construcción social de la realidad, en la cual se hace énfasis en los modos de conocimiento y los procesos simbólicos en relación con la conducta. La representación, para Moscovici (citado en Villarroel, 2007) no es solo traer una imagen a la mente o reproducirlo, es reconstituirlo, retocarlo, cambiarlo. Cuando se representa algo no solo se trae de modo simbólico lo ausente, sino que esa representación tiene sentido, tiene significado para alguien, hay cabida para una dimensión de interpretación, Jodelet afirma que, por esto, las RS poseen un carácter constructivo y autónomo, además, una naturaleza innovadora y creativa (Villarroel, 2007).

4.2.1 Formación de las representaciones sociales

Las representaciones sociales se constituyen de diferentes fuentes: El conocimiento sociocultural histórico acumulado, constituido por las creencias ampliamente compartidas, los valores concebidos como básicos y las referencias históricas que conforman la memoria colectiva y la identidad de la sociedad. También por los mecanismos de anclaje y objetivación, el primero de ellos, es la manera en que el conocimiento y las ideas acerca de determinados objetos entran a formar parte de las RS de los mencionados objetos mediante una serie de transformaciones específicas. El segundo hace referencia a como inciden las organizaciones sociales sobre la formación de las representaciones sociales, y de cómo actúan los esquemas ya formados en la elaboración de nuevas representaciones. Por último, las practicas sociales que se encuentran relacionadas con las modalidades de comunicación social, debido a que en los procesos de comunicación social es donde se origina principalmente la construcción de las RS, en este sentido, medios de comunicación como la televisión o los que se dirigen a categorías sociales específicas, como las revistas de divulgación científica, desempeñan un papel fundamental en la visión de la

realidad que tienen las personas sometidas a su influencia, o por otro lado, la “simple” comunicación interpersonal, las múltiples conversaciones en las que participa toda persona durante un día, es otra modalidad de comunicación social, cuya influencia es sumamente significativa (Araya Umaña, 2002).

4.2.1.1 La objetivación. En la teoría de las representaciones sociales, el proceso de objetivación da cuenta de la transformación de conceptos abstractos, extraños (el amor, la amistad, la educación, los sentimientos...) en experiencias o materializaciones concretas. Así, lo invisible se convierte en perceptible (Araya Umaña, 2002).

Según Jodelet (citada en Araya, 2002) este proceso tiene tres fases: En primer lugar, la construcción selectiva, es decir, la retención selectiva de elementos que después son libremente organizados. Esto se produce junto con una descontextualización del discurso organización de este según los criterios culturales. En segundo lugar, los esquemas figurativos o esquematización, donde el discurso se estructura y transforma en un esquema figurativo de pensamiento, sintetizado, resumido, simple, preciso, formado con imágenes claras, es decir, las ideas abstractas se convierten en formas icónicas. Y, por último, la naturalización, en la que estos elementos pasan a ser parte del sentido común, los conceptos simbólicos y arbitrarios se convierten en realidades, lo que separa a lo representado del objeto desaparece, y, por lo tanto, solo se percibe no es la información sobre el objeto, se percibe la representación que se formó de este.

4.2.1.2 El anclaje. En cuanto al proceso de anclaje “al igual que el proceso de objetivación, permite transformar lo que es extraño en familiar. Sin embargo, este proceso actúa en una dirección diferente al de objetivación” (Araya, 2002, p.36). El proceso de anclaje permite, antes de la formación de la representación, integrar los objetos desconocidos a un conjunto de saberes preexistentes (Araya, 2002).

El anclaje opera por medio de dos modalidades “inserción del objeto de representación en un marco de referencia conocido y preexistente” y “la instrumentalización social del objeto representado o sea la inserción de las representaciones en la dinámica social, haciéndolas instrumentos útiles de comunicación y comprensión” (Araya, 2002, p.36).

4.3 Adherencia al tratamiento

La OMS, (2004) define la adherencia al tratamiento como el cumplimiento del mismo; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo. Por otra parte, la OMS añade que, si bien siempre se habla de adherencia al tratamiento, el concepto adherencia terapéutica es más completo, pues este implica otras circunstancias más allá de tomar el medicamento prescrito. Según la OMS, (2004) la adherencia terapéutica implica:

Buscar atención médica, conseguir el medicamento recetado, tomar la medicación apropiadamente, vacunarse, cumplir con las consultas de seguimiento y ejecutar las modificaciones en los comportamientos que abordan la higiene personal, el autocuidado del asma o la diabetes, el tabaquismo, la anticoncepción, los comportamientos sexuales riesgosos, el régimen alimentario inadecuado y la actividad física escasa son todos ejemplos de comportamientos terapéuticos. (p. 17)

En el caso de los pacientes crónicos, la adherencia a las recomendaciones médicas es fundamental para alcanzar y mantener un cierto nivel de bienestar, truncado no sólo por los síntomas de la propia enfermedad, sino por el impacto del diagnóstico y el miedo ante un futuro incierto (Pozo, Alonso Morillejo & Hernández, 2005).

Por otro lado, la poca adherencia genera una dificultad de la que es preciso conocer la prevalencia real para cada enfermedad, y en esta misma medida crear estrategias que faciliten el acceso y generar una mejor calidad de vida y bienestar para el paciente. El incumplimiento del tratamiento o su limitada frecuencia obstaculizan al paciente al favorecerse del beneficio que este ofrece al paciente crónico.

Morales (2015) explica que:

La falta de adherencia constituye un problema del que es preciso conocer su prevalencia real para cada entidad o enfermedad con la finalidad, en último término, de combatirlo y mejorar

el nivel de salud del paciente. La falta de adherencia o su baja presentación priva al paciente de obtener los beneficios que proporcionan los tratamientos médicos y por eso su determinación constituye una herramienta que permite hacer un pronóstico favorable o no de los resultados a esperar. (P.119).

Desde un punto de vista psicológico, Rodríguez (2009) indica que:

[...] los pacientes han dejado de percibir la amenaza cercana de la muerte, pero han surgido otros temas de preocupación como la constante presencia de la enfermedad en la vida cotidiana, el cuidado continuo que ésta requiere, el impacto que la infección tiene en las relaciones personales de los afectados, y, muy especialmente, la sensación de incertidumbre que acompaña a todo proceso crónico. (p.3)

4.4 Hombres Homosexuales

Esta categoría hace referencia a la orientación sexual, que según la National Geographic, (2017) son los sentimientos de atracción de una persona hacia otra, y que puede ser atracción por el mismo sexo, por el sexo opuesto, por ambos sexos o no tener una preferencia por el sexo y el género. En el caso de hombre homosexuales, se habla de hombres que mantienen relaciones sexuales, que tienen una atracción emocional o romántica con los de su mismo género, y que por consiguiente se les denomina o atribuye el término gay u homosexual (América, 2013).

4.5 Seropositividad al VIH

Según la ONUSIDA, (2011) el término seropositivo al VIH, implica que en el análisis realizado a un sujeto se encontraron anticuerpos contra el VIH, es decir, ser seropositivo al VIH, es sinónimo de ser VIH positivo, se habla en estos casos de estado serológico positivo.

Ser seropositivo al VIH tiene implicaciones en varias esferas de la vida de un sujeto, pues no se trata solo un problema de salud ya que “por su carácter crónico, y por el estigma que en

algunos casos puede conllevar, afecta a muchos aspectos psicológicos, sociales y emocionales” (Ministerio de Sanidad, 2010). Cada sujeto reacciona de una forma diferente frente a la noticia de su estado serológico positivo, sin embargo, de forma general se hablan de las siguientes etapas: etapa de shock, etapa de negación, etapa de enfado, de ira, etapa de depresión y la etapa de identificación. Es de resaltar que estas etapas no son lineales, ni aparecen en todos los sujetos, pues esto depende de varios factores como las ideas, el discurso del sujeto, la educación, de sí el sujeto tiene creencias religiosas o no, y también del contexto en el que se encuentre. Ahora, al nombrarse estas condiciones como respuesta a la seropositividad, no debe entenderse que todos los sujetos reaccionen de la misma manera, en mejor medida constituyen aquellas condiciones a las que se puede enfrentar el sujeto al enterarse del diagnóstico (Ministerio de Sanidad, 2010).

Frente a las implicaciones sociales, se encuentra la representación que hay alrededor del VIH, tanto como la que hay del ser homosexual, pues en ambos casos se presentan procesos de estigmatización, y se encuentran las implicaciones de estas dos categorías en conjunto, es decir, ser homosexual y además seropositivo, pues estos sujetos se enfrentan a un doble estigma (Flores & Almanza, 2013).

Por último, el ser seropositivo implica unos cuidados específicos que no solo tienen que ver con la adherencia al tratamiento, sino a la forma de vivir en general, pues los sujetos deben llevar una vida saludable, una buena alimentación, deben fijarse tanto en lo que comen cómo la frecuencia y cantidades en las que lo hacen, se recomienda que no beban nada que contenga gas o alcohol, deben evitar el sedentarismo y adoptar hábitos de ejercicio físico, debido a que el ejercicio atenúa algunas de las reacciones metabólicas, o la pérdida de masa ósea frente a los antirretrovirales (Ministerio de Sanidad, 2010).

5 Metodología

5.1 Enfoque, diseño y tipo de investigación

Considerando las características de la investigación, esta será abordada desde el enfoque cualitativo a través de análisis de fuentes documentales. A partir de ello, se pretende analizar e interpretar lo encontrado en las fuentes consultadas. Un enfoque cualitativo permitirá describir, comprender e interpretar el fenómeno con el fin de dar paso a la construcción de interpretaciones de la realidad de este a través de la recolección de datos consignados en diversas publicaciones derivadas de la investigación científica (Hernández et al., 2010).

Se hará una construcción de un estado del arte, que es una modalidad de investigación la cual permite el estudio de conocimiento acumulado y en la que se debe inventariar, sistematizar, analizar e interpretar la producción que haya en un área de conocimiento, además permite hacer una reflexión sobre las tendencias y vacíos del área estudiada a través de la literatura disponible (Molina, 2005). Un estado del arte según Londoño (2016) tiene como objetivo recuperar y trascender el conocimiento, por otra parte posibilita la comprensión crítica sobre lo que se sabe de un fenómeno (qué se ha dicho y qué no, cómo se ha dicho, quién lo ha dicho y qué falta por decir), esto con el fin de generar nuevos conocimientos y comprensiones, lo que a su vez permite adoptar o desarrollar una perspectiva teórica a través de la revisión crítica e interpretación de la literatura existente sobre el fenómeno.

5.2 Criterios de inclusión

En cuanto a los criterios de inclusión, se optará por hacer uso de documentos digitales (ya sean libros, trabajos de grado, monografías, artículos de revista, etc.) extraídos de diversas bases de datos (como Dialnet, Scielo, EBSCO, búsquedas realizadas en Google Scholar) con contenido académico relacionado a las representaciones sociales, calidad en la atención médica y adherencia al tratamiento de hombres homosexuales seropositivos al VIH. El material a revisar es aquel que se desprenda de investigaciones científicas entre los años 2011 y 2021.

Muestra: como mínimo 50 artículos

5.3 Categorías de análisis

5.3.1 Representaciones sociales

Filtro de conocimientos y sentidos socialmente establecidos y desde el cual se entiende un objeto.

5.3.2 Homosexualidad

Atracción sexual que se siente por personas del mismo sexo.

5.3.3 VIH

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) es un Retrovirus del género Lentivirus, considerado así por su lento proceso para replicarse, ataca el sistema inmunitario y debilita las defensas ocasionando la presencia de infecciones y algunos tipos de cáncer, a medida que el virus destruye las células inmunitarias la persona infectada se va volviendo gradualmente inmunodeficiente (Cuellar, 2018).

5.3.4 SIDA

El sida es el estadio final de una enfermedad crónica trasmisible de tipo progresivo, de causa viral, en la cual se establece una relación muy diversa entre el huésped y el virus. Según progrese la inmunodeficiencia y más elevada sea la replicación viral, aparecerán entonces enfermedades oportunistas o tumores raros (Lamotte, 2014).

5.3.5 Calidad de atención

Niveles basados en normas de calidad que caracterizan a los servicios o cuidados de salud proporcionados (Granda, 2016).

5.3.6 Oportunidad

Posibilidad que tiene el usuario de obtener los servicios que requiere sin que se presenten retrasos que pongan en riesgo su vida o su salud (Minsalud,2019).

5.3.7 Buen trato

Es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas, involucra el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratados cordialmente por todo el personal –médico y no- del sistema (Sánchez, 2012).

5.3.8 Adherencia al tratamiento:

La adherencia al tratamiento como el cumplimiento de este; es decir, tomar la medicación de acuerdo con la dosificación del programa prescrito; y la persistencia, tomar la medicación a lo largo del tiempo (OMS,2004).

5.3.9 Asistencia oportuna

Prestación de los servicios de salud a tiempo y adecuados para los pacientes.

5.3.10 Prácticas de autocuidado

Manejo e higiene personal, cumplir con una dieta y protocolos indicados para el cuidado de la salud.

5.3.11 Sensación de bienestar

Sensación de buen estado de ánimo y percepción de adecuado estado físico que experimenta una persona.

5.4 Plan de recolección y análisis de datos:

Para la realización de la investigación se contará con el siguiente orden lógico, según lo propuesto por Vélez y Calvo (citados en Molina , 2005):

- **Contextualización:** En este paso se tienen en cuenta aspectos como el planteamiento del problema de estudio, los límites de este, el material documental que se utilizará en la investigación y algunos criterios para la contextualización. Desde esta fase se empieza a hacer uso de una matriz bibliográfica diseñada por PSYCONEX [Psicología, psicoanálisis y conexiones] (Anexo 1), en la cual se incluirán los aspectos más relevantes de cada unidad de análisis, tales como: palabra clave de búsqueda en la base de datos, título autor/es, resumen, año original, descriptores/palabras clave si es artículo, tipo de material, centro de documentación/base de datos, referencia en apa y país de publicación.
- **Clasificación:** Seguidamente, se debe determinar cada parámetro a considerar para la sistematización de la información, por ejemplo: la clase de documentos a estudiar, aspectos cronológicos, objetivo del estudio, líneas de investigación, disciplinas involucradas y alcance.
- **Categorización:** En esta fase se tiene en cuenta la jerarquización y generación de categorías para el tratamiento de la información, en este momento se deben clasificar las unidades de estudio de acuerdo con su importancia dentro del trabajo de investigación.
- **Resultados:** describir la presentación de los aspectos fundamentales que se han hallado sobre las categorías.
- **Análisis:** En este cuarto paso se debe comprender cuál es la esencia fundamental de la creación de saber en un área o un problema, esto es, entender las implicaciones que tiene este conocimiento compilado, interpretarlo, explicarlo e identificar como esto podría contribuir en la toma de decisiones en el campo de la investigación del fenómeno.
- **Conclusión:** presentación de aspectos fundamentales discutidos sobre el fenómeno en términos de actualidad, tendencia, logros investigativos, vacíos y limitaciones frente a la comprensión de este.

6 Consideraciones éticas

En el marco de la construcción de este trabajo se tendrán en cuenta principalmente dos cuestiones, primero el respeto por la fidelidad de la información y segundo, el respeto por derechos de autor, pues estos son dos de los fundamentos en el uso de las normas de la Asociación Americana de Psicología (APA por sus siglas en inglés) que buscan procurar la claridad, la uniformidad, precisión, el respeto del conocimiento científico y la protección de los derechos de propiedad intelectual (Coy & Valencia, 2018, p. 2). En cuanto a lo primero, se hace referencia a que no se va a amañar la información encontrada para que esta se acomode al supuesto teórico del que surge el interés por la investigación. Y, por otra parte, la segunda cuestión, el respeto por los derechos de autor, se refiere al deber como investigadores de dar crédito a todas aquellas fuentes que contribuyan a la construcción de la investigación, pues dentro de la normatividad de la APA se encuentra que existen principios de carácter legal y ético que deben ser tenidos en cuenta en cualquier tipo de investigación y/o escrito académico. Según la APA (como se citó en García, 2014), dentro de los principios anteriormente mencionados se encuentran todas las directrices de citación para hacer referencia a las diversas fuentes de información. Estas directrices, son un aspecto clave que cualquier investigador debe tener claro, pues como afirma García, (2014) “el uso de textos, ideas o información ajena, sin aplicar la normativa de citación para hacer referencia a las fuentes consultadas es considerado como plagio, lo cual a nivel académico es considerado como una falta grave” (p. 9).

7 Resultados

7.1 Categoría representaciones sociales

Como se observa en la Tabla 1, las representaciones sociales evidenciadas en el personal del sector salud se sostienen en creencias, connotaciones sociales y religiosas alrededor del VIH y otras características sociales de los portadores, como es el caso de la orientación sexual, **la cual**, en ciertos casos, es señalada como una de las situaciones de exclusión social preexistente al VIH **por la cual** los sujetos pueden enfrentar una doble estigmatización.

Tabla 1

| Categoría | Resultados |
|------------------------------|---|
| <i>Representación social</i> | <p>Las representaciones sociales que se evidencian dentro del sector salud se sostienen en creencias, connotaciones populares y religiosas erigidas alrededor del VIH/SIDA y sus portadores, explicándose en mayor medida por la orientación sexual, por ello los exámenes de detección del virus son realizados principalmente en hombres homosexuales.</p> <p>A partir de las representaciones sociales se produce una selección social (Inclusión/Exclusión) por parte del personal sanitario.</p> <p>Los sujetos pueden experimentar "situaciones" de exclusión social preexistentes al VIH, como el género, la orientación sexual, la identidad de género o el consumo de drogas, enfrentando a estos sujetos a una doble estigmatización.</p> <p>El estigma asociado a la enfermedad aparece como una de las principales dificultades que afecta a la población, condicionando su relación con el entorno laboral, redes de apoyo, relaciones afectivas, entre otras. Esto se expresa como temor al abandono.</p> <p>Cuando el médico desconoce la orientación sexual del paciente, las preguntas que se hacen durante la consulta se dirigen a conocer el tipo de práctica sexual del mismo (hetero/homo). En función de ello, determina la necesidad de realizar paraclínicos orientados a la detección del virus.</p> <p>A pesar del conocimiento científico que poseen médicos, enfermeros y personal sanitario sobre formas de contagio del virus, durante la atención a pacientes con VIH tienen prácticas de autocuidado sostenidas en creencias culturales.</p> |

7.2 Categoría calidad de atención

En la Tabla 2 se aprecia que el descuido de las necesidades psicosociales, aspectos del sistema de salud y la discriminación hacia las PVVIH son algunas de las razones por las cuales se observan unos bajos niveles en la atención con esta población. La discriminación hacia las PVVIH está mejor explicada por falta de conocimiento sobre la enfermedad y capacitación al personal sanitario, pues desde el desconocimiento de la enfermedad aparecen miedos a tratar a PVVIH que se suelen expresar en situaciones discriminatorias.

Tabla 2

| Categoría | Resultados |
|----------------------------|---|
| <i>Calidad de atención</i> | <p>La atención suele estar enfocada en el modelo biomédico, el cual descuida ciertas necesidades psicosociales de los pacientes y se centra en los procedimientos médicos y el consumo de medicamentos.</p> <p>Algunos casos de discriminación percibida por parte de PVVIH no se tratan de discriminación por la orientación sexual o identidad de género, puede hablarse de discriminación por ser VIH+.</p> <p>La discriminación hacia PVVIH estaría explicada en mejor medida por la falta de capacitación, experiencia o especialización del personal sanitario. Esto produce un miedo hacia los pacientes por su condición de salud, de allí que, en la atención no necesariamente influyen asuntos morales, ni hay intención de disminuir la calidad del servicio.</p> <p>Los bajos niveles de calidad de atención no se explican directamente por acciones discriminatorias de parte del personal sanitario, en ocasiones se explica mejor por falencias del sistema de salud (independientemente del país).</p> <p>Algunas situaciones de discriminación que reportan las PVVIH, en realidad no lo son. Esto puede explicarse por diversos fenómenos psicológicos y sociales como el autoestigma, las disonancias cognitivas, diversos sesgos, etc.</p> <p>Las situaciones de discriminación que se reportan, aun cuando no sean intencionales, influyen en la calidad de atención, derivando en la falta de adherencia al tratamiento y causando malestar en las PVVIH.</p> |

7.3 Categoría adherencia al tratamiento

La adherencia al tratamiento ha sido históricamente pensada en razón del consumo oportuno de los antirretrovirales y en la asistencia a las citas de control, sin embargo, con el transcurso del tiempo, se ha propuesto que es un fenómeno multifactorial que se ve influenciado por la estigmatización social que hay del fenómeno, además de aspectos psicológicos, sociales, familiares, económicos y biológicos de las PVVIH. La adherencia al tratamiento se ve condicionada por el sentido que el sujeto le dé a la enfermedad, pues de ello depende la motivación que tenga para la adopción de los diversos hábitos necesarios para una buena calidad de vida. Por último, se observó que diversos aspectos estructurales de los sistemas de salud desmotivan a ciertos usuarios a acudir a los servicios médicos, afectando tanto aspectos prediagnósticos como la iniciación y continuidad del tratamiento.

Tabla 3

| Categoría | Resultados |
|----------------------------------|---|
| <i>Adherencia al tratamiento</i> | <p>La adherencia al tratamiento es un fenómeno en el cual influyen múltiples factores: relaciones médico-paciente, la calidad de vida de los portadores, el sistema de salud, etc.</p> <p>Desde la perspectiva biomédica, la adherencia al tratamiento se percibe o se establece a través del consumo del TAR, no obstante, en su evaluación se descuidan aspectos psicosociales importantes para una <i>buena</i> adherencia.</p> <p>El proceso de adherencia incluye elementos de la salud en general, además de diversos factores que pueden influenciar la búsqueda de los servicios médicos de parte de las PVVIH. Entre estos se encuentran: prediagnósticos, hasta el consumo constante del TAR y el seguimiento.</p> <p>Aún se presentan situaciones discriminantes dirigidas a PVVIH en contextos médicos y que estas situaciones influyen en la adherencia terapéutica y en la salud de los portadores.</p> <p>Las representaciones sociales y calidad de atención inciden en la relación que las PVVIH tienen con el tratamiento, no solo con el TAR, sino con todos los cuidados y cambios que deben tener en su vida.</p> <p>Estas representaciones influyen en el cuidado que las PVVIH tengan con la salud propia y la de sus parejas sexuales, ya que influyen en aspectos como la motivación para la realización de exámenes diagnósticos, la asistencia a los controles, el consumo del TAR, la negociación del sexo seguro, la</p> |

autopercepción, la autoestima, las relaciones interpersonales, etc. Y a todo ello se suma el cambio en diversos hábitos que se deben efectuar para que el cuerpo este en mejores condiciones. De la representación social, la calidad de atención y de la relación que la PVVIH tenga con estos elementos, va a depender la salud y el bienestar de los portadores.

Aspectos estructurales del sistema de salud desmotivan a ciertos usuarios a acudir a los servicios médicos, por ejemplo: la burocracia en las EPS e IPS, dificultades en el acceso a los centros de atención, atrasos en las entregas de los medicamentos, entre otros, lo cual deriva en ciertos casos en la deserción del tratamiento.

8 Discusión

La literatura sugiere que la discriminación producida por la estigmatización de las PVVIH es una de las principales dificultades para esta población, pues afecta diversas dinámicas alrededor del tratamiento del virus (la atención médica, la motivación a las consultas pre y post diagnóstico, la adherencia al tratamiento, la percepción de la enfermedad y el tratamiento, etc.) y del bienestar de los portadores (La salud física y mental, las relaciones sociales, familiares, la vida sexual, etc.). Las nombradas dinámicas serán el objeto de esta discusión, teniendo en cuenta como ejes temáticos las categorías de análisis representaciones sociales, calidad de atención y adherencia al tratamiento, intentado comprender si para los hombres homosexuales, su orientación sexual se presenta como un condicionante o fenómeno que influye en la atención.

En cuanto a las representaciones sociales, es pertinente iniciar considerando la historia del VIH, pues según Miranda y Nápoles (2009), los primeros casos reportados fueran en hombres homosexuales hizo que se plantearan relaciones entre la enfermedad y la orientación sexual, esto no solo desde un punto de vista epidemiológico, sino también moral, ya que no se señalaba la práctica de alguna conducta que aumentara el riesgo o la susceptibilidad frente al virus (como el consumo de drogas inyectables, el no usar preservativo... etc.), sino que se asociaba directamente a la homosexualidad, como si hubiera una relación causa-efecto entre la homosexualidad y el VIH. Esta asociación parece explicarse por la falta de conocimiento de la enfermedad, lo cual causaba que, en una búsqueda de sentido, surgieran discursos morales y religiosos que, además de verse ampliamente difundidos por los medios de comunicación y por la construcción social que se estaba dando alrededor del tema, parecían estar respaldados por la medicina de la época, pues desde el discurso médico se llegó a asociar el VIH directamente con el ser homosexual, ya que en un punto de la historia al VIH se le conoció como “GRID”, que son las siglas para Gay Related Immune Deficiency, lo que traducido es algo como inmunodeficiencia relacionada a la homosexualidad, consolidando así ideas que surgían del desconocimiento del virus. De esta forma, se reforzaba la idea de la homosexualidad como algo patológico, pues en la época era considerada como una enfermedad mental, hasta que, en el año 1990, la OMS la retiró de su clasificación internacional de enfermedades y problemas de salud (Jiménez & Bahena, 2017).

Esta asociación no respondía del todo a la epidemiología de la enfermedad, pues ya se habían encontrado casos en mujeres y hombres heterosexuales, lo cual llevo a que se reconsiderara y se nombrara posteriormente como Acquired Immuno-Deficiency Síndrome (AIDS) lo que en español traduce como Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida (SIDA) como es conocido hoy en día, sin embargo, esta asociación prematura hace necesario poner en discusión la razón por la cual se relacionaba el VIH a la homosexualidad. Rodríguez (2011) sugiere que tanto los hombres homosexuales como los drogadictos resultaron ser los “chivos expiatorios” de la pandemia, pues la enfermedad no era asociada a unas conductas específicas que cualquier persona pudiera tener, sino a un grupo de personas que antes de la aparición del VIH ya eran señaladas por quebrantar la normalidad, la moralidad y e incurrir en conductas promiscuas y perversas y ahora se les señalaba como los causantes de una enfermedad mortal. De allí proviene la asociación tan estrecha entre VIH y homosexualidad que hoy en día sigue traduciéndose en situaciones discriminatorias hacia esta población.

Por otra parte, el hecho de que estas asociaciones sean tan estrechas hace complejo pensar las categorías por separado, pues las anteriormente referidas implican una relación del homosexual con el VIH y de la persona seropositiva con la homosexualidad, es decir, es una relación bilateral en la que casi automáticamente las PVVIH despiertan sospechas de homosexualidad y viceversa. En este orden ideas, ser hombre homosexual se representa como un indicador clínico a la hora de considerar ordenar exámenes de detección del virus. Aunque podría pensarse que estos fenómenos se relacionan directamente y que ninguno se sobrepone sobre el otro, en la literatura encontrada, la condición que sobresale o que prima entre VIH-Homosexualidad es la de VIH, es decir, no habría una asociación significativa entre el VIH y la homosexualidad, no obstante, con la llegada del VIH se afianzaron diversas ideas alrededor de la homosexualidad, ya que desde el discurso religioso se atribuyó el VIH como un castigo divino por la perversión de la homosexualidad y la transgresión de la moralidad, además hay que considerar el papel de los medios de comunicación y el discurso médico de la época que ayudó a consolidar las ideas estigmatizantes de la religión, que incluso hoy en día se sigue pensando en la homosexualidad como una vulnerabilidad frente al VIH (Jiménez & Bahena, 2017).

Por otra parte, el VIH por sí solo tiene muchos fenómenos que lo rodean, por lo que resulta complejo abordarlos todos a la vez, por ello, se pueden encontrar investigaciones que hablan de la

discriminación de las personas seropositivas al VIH sin tener como categoría principal la homosexualidad o sin siquiera mencionarla, lo que hace ver al VIH como la categoría que más peso tiene cuando se habla de discriminación a hombres homosexuales portadores del virus (Garbin et al., 2018; Koerting et al., 2019; Lessa et al., 2012; Nhamba et al., 2012; Villaamil & Jociles, 2013)

En este orden de ideas, es necesario considerar que la estigmatización social construida históricamente alrededor de estos fenómenos intercepta al personal sanitario, que como parte de la sociedad no se escapan de los discursos estigmatizantes y de la interiorización de estos, por lo que es relevante tener en cuenta la influencia de la formación tanto académica como personal de los profesionales, pues si bien el discurso médico de hoy en día se ha alejado de la representación social, la literatura revisada deja entrever que, en ciertos casos, este discurso no es del todo coherente con las acciones de algunos profesionales, que parecieran estar más apegadas a la representación social que al conocimiento científico, y evidentemente esto está ligado a las creencias y percepciones que se han interiorizado a lo largo de la vida de cada individuo. Además, es importante considerar que los sujetos seropositivos al VIH y homosexuales también hacen parte de la sociedad, por lo que no es extraño que también tengan interiorizadas estas ideas estigmatizantes y que generan pensamientos de culpabilidad y justificación de la discriminación, auto atribuyéndose los mitos que hay alrededor del virus y la homosexualidad que, de acuerdo con las normas sociales y de conducta, se atribuyen como indecentes e inaceptables para el contacto con otras personas. Esto en términos de representación social es relevante, porque se sabe que la representación social se reproduce de forma automática, inconsciente, por lo cual se pueden presentar fenómenos como el auto estigma o estigma interiorizado.

Para las personas seropositivas, el autoestigma implica tener internalizados los significados de prejuicio, discriminación y desacreditación a los que se enfrentan las personas que viven con el virus, presentando un autoconcepto negativo, baja autoestima, vergüenza, sentimientos de culpa, merecimiento de tener el virus, justificación de las situaciones discriminatorias y subestimación al percibir de manera real o imaginaria prejuicios negativos hacia ellas por tener el virus (Radusky & Mikulic, 2019). Estos fenómenos influyen en la percepción que los sujetos tienen de su vida con VIH y de la forma en la que se relacionan con los demás, incluyendo el personal médico. Por esta razón, es posible indicar que, en ocasiones, no hay acciones discriminantes, sino que las PVVIH

encuentran discriminantes algunas situaciones que no lo son, ya que llegan predispuestos, incluso, podría explicarse como resultado de disonancias cognitivas y sesgos de confirmación (Radusky & Mikulic, 2019), pues los sujetos se pueden enfrentar a situaciones que contradicen tanto sus creencias, llevándoles a interpretar las cosas de una forma tal, que solo confirme las expectativas e ideales propios, ignorando parte de la información o cambiándole el sentido.

Si bien el objetivo está orientado a estudiar las representaciones sociales y su influencia sobre la discriminación hacia los hombres homosexuales que viven con VIH, la literatura presenta la autoestigma como un fenómeno que influye notablemente en la percepción que una PVVIH tiene sobre la atención que brinda el personal sanitario. Ahora bien, esto no desestima las experiencias de discriminación que surgen en estos contextos, en tanto se expone que aún se presentan situaciones discriminantes dirigidas a PVVIH en contextos médicos y que estas situaciones inciden en la adherencia terapéutica, sin embargo, los hallazgos dan cuenta de que la influencia del autoestigma, la predisposición y las expectativas que una PVVIH tiene un impacto similar al generado por la discriminación que pueden recibir en el contexto médico. Por ello es importante resaltar el fenómeno del autoestigma, también llamado estigma internalizado, que responde a la incorporación de representaciones sociales alrededor del VIH, razón por la cual es natural que el proceso de estigmatización no solo se dé desde el exterior, sino también en el interior. Este fenómeno obligaría a comprender que la atención no se debe desligar del factor humano, es decir, de una afectación que no responde exclusivamente a la afección física, sino que compromete todo el sistema de creencias del paciente, de allí que el desmejoramiento en la salud y calidad de vida está articulado a procesos psicológicos que influyen significativamente en la disposición del paciente frente a su enfermedad y el tratamiento.

Por otra parte, en cuanto a la calidad de atención, se resalta la influencia de las representaciones sociales del personal sanitario en la atención a las PVVIH ya que, desde el sentido común, o desde el conocimiento construido socialmente, se ha venido observando que hay una gran estigmatización hacia las personas que viven con el VIH y que, además, son hombres homosexuales. Esos procesos de estigmatización aparecen como una de las principales dificultades en esta población, pues condiciona de diversas formas el diario vivir de quienes portan el virus. Este fenómeno influye directamente en el sentido que le otorgan las personas a la enfermedad, al tratamiento, a las consultas médicas, hasta su autopercepción, sus relaciones sociales, familiares,

laborales y sexoafectivas. (Da Costa et al.,2012). Una atención de parte del personal sanitario favorable o desfavorable tendrá un impacto positivo o negativo en la evolución del tratamiento, la calidad de vida del portador, el acercamiento del paciente a los centros de salud y la relación que se puede establecer entre médico-paciente.

En relación a lo señalado anteriormente, es pertinente puntualizar que se parte de unas expectativas hacia el personal sanitario, es decir, se asume que el personal sanitario conoce lo necesario sobre el VIH y las implicaciones de su quehacer en todas las dinámicas que se vienen comentando, sin embargo, teniendo en cuenta las dificultades que se han venido observando en relación con la atención de las PVVIH, es conveniente hacerse una pregunta, ¿realmente el personal sanitario conoce lo necesario sobre la enfermedad y las necesidades de las PVVIH? Los hallazgos apuntan a que no es así, razón por la cual Muñoz (2014) señala la necesidad de capacitar a los médicos en cuestiones de género, diversidad sexual y discriminación.

De acuerdo con los resultados, los fenómenos señalados hasta ahora influyen sobre la calidad de atención y la percepción que las PVVIH tienen de la misma. Aquí se reconoce, en primer lugar, que el personal sanitario suele centrar el tratamiento en un modelo biomédico, descuidando así ciertas necesidades psicosociales de los pacientes y priorizando los procedimientos médicos y el consumo de medicamentos, realizando así una atención desde un modelo que deja por fuera muchos aspectos que influyen en la calidad de vida de las PVVIH, entre estos se encuentran necesidades materiales, de salud, de apoyo, espirituales y psicológicas (Chong, 2020). Estas necesidades tienen un carácter individual, social y contextual, ya que algunos pacientes tendrán unos entornos, recursos sociales, económicos y psicológicos más o menos favorables que otros, los cuales modificarán drásticamente la forma en la que cada uno pueda afrontar el vivir con el VIH. Por otra parte, en el personal sanitario también puede imperar un discurso discriminante hacia las PVVIH, lo cual, anudado a una falta de una formación frente a las necesidades de esta población, redundará en situaciones donde los profesionales se relacionan con los pacientes a través de un discurso discriminador, dejando de lado el conocimiento médico y científico. Además de lo anterior, el desconocimiento sobre el VIH también se expresa en situaciones de discriminación causadas por un miedo al contagio de parte del personal sanitario, el cual resulta injustificado de acuerdo con lo que indica la evidencia científica. En este sentido, Egas (2019) señala que las creencias, nivel de educación recibida, grado de experiencia y exposición al tratar con esta

población influyen en la calidad de atención que se les brinda a los pacientes, impactando a su vez la evolución del virus como epidemia, dado que deriva en deserción del tratamiento.

Hechas las consideraciones anteriores, es preciso señalar que no se trata de endilgar completamente esta responsabilidad al sistema de salud ni al personal sanitario, ya que esta problemática no se produce exclusivamente por la atención efectuada por el profesional de la salud. Parte de la experiencia que se tiene al acudir a cualquier servicio médico no es exclusivamente el trato con el clínico. Esta también se ve soportada en la relación que tiene el usuario con otros funcionarios del sistema, donde cualquier interacción que se perciba discriminatoria podría influir en la motivación de continuar su tratamiento en el establecimiento médico. Es este punto se destacan las relaciones que se establece, por ejemplo, las interacciones con las recepcionistas, el personal de seguridad, el personal del aseo que laboran en estos contextos clínicos y en la sociedad en general, como en contextos educativos, laborales, familiares, etc. De acuerdo con Guevara y Hoyos (2017), Muñoz (2014), Radusky y Mikulic (2019), aunque puede operar el fenómeno de autoestigma en el marco de la relación sistema de salud-paciente, el mismo debería orientarse a reconocer cómo dicho sistema, directa o indirectamente, podría representar otra barrera en la adherencia terapéutica para las PVVIH; este aspecto da oportunidad al abordaje de fenómenos que resultan tangenciales a la prestación del servicio médico y permite operar sobre otras variables o necesidades que deterioran la percepción que tiene el paciente sobre el procedimiento y, por ende, la influencia del mismo en su calidad de vida.

Con base a lo planteado hasta el momento, una persona puede ser discriminada solo por ser VIH positivo, pero esta condición trae consigo asociaciones con la homosexualidad, aun cuando la PVVIH no lo sea. Ahora, en los casos en los cuales la persona portadora en efecto es homosexual, se ven reforzados los estigmas de la representación social, es allí donde se presenta el doble estigma documentado por Flores y Almanza (2013). Aunque se reconoce que el sistema de salud estaría limitado para intervenir otros factores de orden social que sostienen tales representaciones discriminatorias, cabe agregar que hay aspectos en los que el sistema de salud sí puede operar ya que, en ocasiones, las falencias o dificultades encontradas en los resultados responden a las particularidades de este, tales como la frecuencia con la cual se puede acceder a las consultas psicológicas (sí las hay), la puntualidad con la que se entrega la medicación, la burocracia para el acceso a los servicios de salud, incluidas las consultas con médico general,

consultas con especialistas, las autorizaciones para entregas de medicamentos, las autorizaciones para exámenes médicos, etc.

La misma normativa del sistema de salud, en ocasiones, impide u obstaculiza el acceso o continuidad del tratamiento, en el caso de Colombia según Pinilla y Martínez (2015) las EPS están de intermediarias entre el usuario y los servicios de salud ofrecidos por las IPS, haciendo evidente que el sistema no está diseñado para brindarle la mejor atención posible a la gente, sino para generar ingresos, ya que las EPS son empresas que administran los recursos y cómo empresas buscan ahorrar gastos (o generar ganancias, lo que en términos prácticos, es lo mismo) y por ello, cuando hacen la contratación con las IPS, naturalmente seleccionarán a la institución que ofrezca los servicios menos costosos. A su vez, Pinilla y Martínez (2015) expresan que las IPS también buscan generar ingresos por lo que se pueden inferir que a partir de las particularidades de las EPS e IPS surjan barreras para acceder a los servicios donde las personas que los necesitan resultan invisibilizadas debido a que se ignoran las necesidades que tienen y se priorizan los intereses institucionales.

En este sentido, el sistema de salud podría centrar su atención en mejorar los servicios que ya brindan, de tal forma que se eliminen las barreras que tienen un origen más administrativo que médico, o que por lo menos se reduzca el impacto que tienen en la calidad de vida de las PVVIH. Como se planteó, si bien el sistema de salud no puede hacerse cargo de la eliminación del estigma en la sociedad, el cual, cómo manifiesta Koerting et al., (2019) tiene un impacto negativo en aspectos como el acceso a servicios de prevención, diagnóstico, tratamiento y calidad de vida, si puede influir en la experiencia que las PVVIH tienen en su diario vivir, incluyendo el tratamiento directo con el personal sanitario, la interpretación, el sentido y la forma de afrontar el vivir con VIH.

Si bien resulta complejo considerar que la eliminación de la estigmatización hacia personas homosexuales seropositivas al VIH dependerá del sistema de salud, es necesario desarrollar procesos orientados al fortalecimiento y empoderamiento de los pacientes, de modo que puedan desarrollar diversas estrategias de afrontamiento y a la vez resignificar las ideas que tienen alrededor del VIH y lo que es vivir con este, contribuyendo así en el desarrollo de competencias para enfrentar diversos fenómenos estructurales de la cultura y el sistema de salud. Por ello, estructurar procesos de atención complementarios que operen sobre otros componentes de la

enfermedad, permitiría la resignificación de esta y condicionaría la experiencia de vivir con el virus, la adherencia al tratamiento y el malestar causado por los fenómenos sociales que se dan alrededor del VIH y el SIDA.

9 Conclusiones

De acuerdo con la revisión documental y análisis de información, los avances en la medicina han posibilitado cierto progreso en la comprensión y tratamiento del VIH, lo cual ha permitido sentar las bases que facilitan un abordaje más sensible al fenómeno, sin embargo, la representación social persiste en forma de estigmatización y discriminación hacia las PVVIH. Esta estigmatización y discriminación ocurre de forma general en las PVVIH, independientemente de su orientación sexual, no obstante, la homosexualidad es una condición que amplifica estas representaciones sociales, pues el VIH observado desde la representación social está estrechamente asociado a la homosexualidad y en los casos donde la PVVIH en efecto es un hombre homosexual, se ven reforzadas muchas de las ideas encontradas en la representación social.

En cuanto a la discriminación que se desprende del personal sanitario hacia hombres que viven con VIH, se pudo corroborar el supuesto teórico que motivo esta investigación; según lo hallado, el estigma en contextos sanitarios dirigido hacia los hombres homosexuales que viven con VIH está directamente relacionado con consecuencias negativas en la salud de las PVVIH, específicamente siendo relacionado con síntomas depresivos, pánico y ansiedad generalizada, además, de que es un fenómeno que afecta tanto la iniciación como la adherencia al tratamiento y provoca aislamiento, falta de búsqueda de apoyo social y un aumento en la posibilidad de que las PVVIH tengan relaciones coito genitales sin protección debido a que dificulta la negociación del sexo seguro (Radusky y Mikulic, 2019; Zafra & Ticona, 2016). No obstante, también se halló que, en algunos casos por efectos de la internalización del estigma, se pueden presentar situaciones entre los trabajadores del sector sanitario y las PVVIH que son interpretadas como discriminantes por los segundos, pero que no necesariamente tienen un componente discriminatorio. Con relación a los casos donde sí se produce algún tipo de discriminación, se pudo observar que suele estar relacionada a una falta de preparación de parte del personal sanitario, por lo que una de las principales barreras es la falta de capacitación o especialización del personal que se relaciona con esta población, de modo que se hace necesario llevar a cabo procesos de educación e información científica actualizada para todos los profesionales de la salud con o sin contacto directo con las

personas seropositivas, lo cual se espera que favorezca entornos de atención clínica libres de representaciones sociales que facilitan la adherencia y calidad de atención de los pacientes.

Con relación al sistema de salud, las falencias en este no son focalizadas o exclusivas en las PVVIH, son generalizadas y estructurales y, además, generan una serie de barreras que inciden la calidad de vida y adherencia terapéutica de las PVVIH. Si bien los fenómenos relacionados al estigma y discriminación son la principal dificultad encontrada, no se puede endilgar al sistema de salud la responsabilidad de erradicar el estigma social, sin embargo, el sistema de salud sí se puede reorientar la forma en la que presta sus servicios, de manera que se reduzca el impacto de las barreras mencionadas. Por otra parte, también es recomendable reforzar la oferta de servicios psicológicos que permitan que las PVVIH tengan acceso según lo requieran y puedan resignificar su experiencia de vivir con VIH en una sociedad discriminante.

Recomendación: Los resultados de este ejercicio investigativo permite observar que, a pesar de los avances científicos y el mayor conocimiento del VIH, las situaciones de estigmatización y discriminación son fenómenos vigentes que afectan a las PVVIH. Dado que las representaciones sociales están determinadas en muchos casos por factores idiosincráticos, resulta necesario realizar investigaciones que den cuenta de las características del fenómeno en el contexto de la regional del Urabá antioqueño. A través de esto, se podrán explorar alternativas para abordar una problemática que parece transversalizar las culturas y comprender los nuevos significados que se pueden dar en torno a la enfermedad por parte de las PVVIH y las actitudes de las personas alrededor del fenómeno, incluyendo el personal sanitario, además de conocer cómo este impacta la calidad de atención. Los datos que se puedan obtener a través de estos estudios, sin duda permitirían pensar en acciones concretas para la intervención del fenómeno en la región.

Referencias

- Araya, S. (2002). *Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión* (Octubre 20). Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO).
- Chong Villarreal, F. (2020). El VIH y la opresión de los hombres seropositivos con identidades no heteronormativas en Chiapas, México. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 36, 74–94. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.36.04.a>
- Coy Beltrán, H. V., & Valencia Quecano, L. I. (2018). *Manual de normas APA*.
- Egas Tapia, R. M. (2019). Actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el paciente con VIH/SIDA en el hospital General San Francisco de Quito en el año 2019. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 54. [http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17077/Disertacion Rose Egas T..pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://repositorio.puce.edu.ec/bitstream/handle/22000/17077/Disertacion%20Rose%20Egas%20T..pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Flores, F., & Almanza, M. (2013). *Un estudio exploratorio de las consecuencias psicosociales del estigma en varones que viven con VIH en México*. 6(1), 51–59.
- Galeano, C., Gomez, M., & Jaramillo, D. A. (2015). EL ESTADO DEL ARTE: UNA METODOLOGÍA DE INVESTIGACIÓN. *Revista Colombiana de Ciencias Sociales*, 6, 423–442.
- Garbin, C. A. S., Wakayama, B., Saliba, T. A., Saliba, O., & Garbin, A. J. I. (2018). Discrimination and Prejudice. The Influence of hiv/aids and Hepatitis b in the Attitude of Dentistry Academics. *Revista Ciencias de La Salud*, 16(2), 279–293. <https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6770>
- García, A. H. (2014). *El arte de elaborar el estado del arte en una investigación*. Centro de investigación en administración, economía y gestión tecnológica (CIADEG-TEC).
- Guevara, Y., & Hoyos, P. A. (2017). Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH. *PSICOGENTE*, 21(39). <https://doi.org/10.17081/psico.21.39.2827>
- Hernández, R., Fernández, C., & Baptista, M. (2010). *Metodología de la investigación: Quinta*

edición. In *Metodología de la investigación*.

[https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia de la investigación 5ta Edición.pdf](https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigacion%205ta%20Edicion.pdf)

- Ibáñez, T., Botella, M., Doménech, M., Samuel-Lajeunesse, J., Martínez, L., Pujal, M., & Tirado, F. (2004). Naturaleza de las actitudes. In T. Ibañez Gracia (Ed.), *Introducción a la psicología social* (p. 198). <http://books.google.cl/books?id=-n33QfqZa9YC>
- Infante, C., Zarco, A., Cuadra, S. M., Morrison, K., Caballero, M., Bronfman, M., & Magis, C. (2006). El estigma asociado al VIH/SIDA: El caso de los prestadores de servicios de salud en México. *Salud Pública de México*, 48(2), 141–150. <https://doi.org/10.1590/s0036-36342006000200007>
- Jiménez, J. D., & Bahena Uriostegui, M. (2017). Entre la ciencia y la cultura: La conformación de discursos médicos sobre la homosexualidad en el contexto del surgimiento del VIH/SIDA en Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 43, 419. <https://doi.org/10.15517/aeca.v1i1.28906>
- Koerting, A., Polo, R., Vázquez, M., & del Amo, J. (2019). *Desarrollo del pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al vih*. 93, 18–20.
- Lessa, T., Oliveira, D. C. De, Formozo, G. A., & Tosoli, G. (2012). *Personas con HIV / SIDA en las representaciones sociales de enfermeros : análisis de los elementos centrales , contra normativos y actitudinales*. 20(6).
- Londoño, O., Calderón, L., & Maldonado, L. (2016). *Guía para construir estados del arte*. International Corporation of Network of Knowledge (ICONK).
- Ministerio de Salud y Protección Social [Minsalud]. (2010). *Boletín de prensa No 324 de 2010*. <https://www.minsalud.gov.co/Paginas/ColombiacumpleconindicadorespositivosenlaluchacontraelVIHSida.aspx>
- Ministerio de Sanidad, P. social e igualdad. (2010). *Guía para gais y hombres bisexuales con VIH* (Vol. 3, Issue 2). <http://repositorio.unan.edu.ni/2986/1/5624.pdf>
- Miranda, Gómez, O., & Nápoles Pérez, M. (2009). Historia y teorías de la aparición del virus de la inmunodeficiencia humana. *Revista Cubana de Medicina Militar*, 38(3–4), 63–72.

- Molina Montoya, N. P. (2005). ¿Qué es el estado del arte? *Ciencia & Tecnología Para La Salud Visual y Ocular*, 3(5), 73. <https://doi.org/10.19052/sv.1666>
- Muñoz Martínez, R. (2014). Atención médica, adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral y discriminación. Algunas problemáticas en la atención a personas que viven con VIH-sida, desde una perspectiva antropológica. *Pueblos y Fronteras*, 9, 95–115.
- National Geographic. (2017). Género, la revolución. *Edición Sobre El Género*.
- Nhamba, L. A., Hernández, E., Bayarre, H. D., & Gamba, M. (2012). Problemas teóricos, metodológicos e instrumentales para el estudio de la calidad de vida en personas con VIH en Angola. *Revista Cubana de Salud Publica*, 38(1), 141–149. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662012000100013>
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2017). *Preguntas y respuestas sobre el VIH/SIDA*. <https://www.who.int/features/qa/71/es/>
- ONUSIDA. (2011). *Orientaciones terminológicas de ONUSIDA*. 1–40.
- Organización Mundial de la Salud [OMS]. (2004). Adherencia a los tratamientos a largo plazo. Pruebas para la acción. *Ginebra: 2004*.
- Pinilla, M. Y., & Martínez, A. (2015). Calidad de la atención a pacientes con VIH en Bogotá. *Con-Textos*, 13, 1–11.
- Posada, I. C. Z., Yepes, C. E. D., & Patiño, L. M. O. (2020). Amor, riesgo y Sida: hombres que tienen sexo con hombres. *Revista Estudios Feministas*, 28(1), 1–13. <https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n150443>
- Radusky, P. D., & Mikulic, I. M. (2019). Experiencia y percepción de estigma relacionado con el VIH en varones con orientación homosexual. *SALUD & SOCIEDAD*, 10(2), 110–127. <https://doi.org/10.22199/issn.0718-7475-2019-02-010>
- Rodríguez, N. (2011). Procesos de resignificación a partir del diagnóstico de VIH / SIDA. In *Etnografías de la muerte* (pp. 137–212).
- UNFPA, Ministerio de Salud y Protección Social, & Profamilia. (2014). *Política Nacional de Sexualidad , Derechos Sexuales* y. 150.

[https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/libro politica sexual sept 10.pdf](https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/lists/bibliotecadigital/ride/de/libro_politica_sexual_sept_10.pdf)

Unicef. (2008). *La infancia y el VIH y SIDA*.

https://www.unicef.org/spanish/aids/index_epidemic.html

Varas-Díaz, N., Serrano-García, I., & Toro-Alfonso, J. (2004). *Estigma y diferencia social: VIH/SIDA en Puerto Rico. January 2004*, 216.

http://www.researchgate.net/publication/257139351_Estigma_y_Diferencia_Social_VIH_SIDA_en_Puerto_Rico

Villaamil, F., & Jociles, I. (2013). *La construcción de la persona con VIH: la gestión de la seropositividad y la relación médico-paciente en las consultas hospitalarias de VIH en Madrid (España)*. 107–122.

Villarroel, G. (2007). Las representaciones sociales: una nueva relación entre el individuo y la sociedad. *Fermentum. Revista Venezolana de Sociología y Antropología*, 17(49), 434–454.

Zafra-Tanaka, J. H., & Ticona-Chavez, E. (2016). Estigma relacionado a VIH/sida asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de lima, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Publica*, 33(4), 625–632.

<https://doi.org/10.17843/rpmesp.2016.334.2544>

Anexo 2. Artículos revisados que conforman la población del estudio.

- Alcantar, M., Avila, L., Huerta, M., Jiménez, V., Ruiz, M. de J., & Saucedo, G. (2018). Estigmatización a personas con VIH-sida en la atención primaria como barrera de apego al tratamiento. *RESPYN*, 17, 26–33.
- Anderson, M., Gon, K., Medina, N., Margolis, L., Hagan, B., Mckenna, K., Alonzo, K., & Arathoon, E. (2016). Obstáculos para las pruebas de VIH en Guatemala: un estudio cualitativo*. *Medicina Social*, 11(1), 23–29.
- Bermúdez, V., Bran, L., Palacios, L., & Posada, I. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud Publica de Mexico*, 57(3), 252–259. <https://doi.org/10.21149/spm.v57i3.7564>
- Betancourt, Johan. (2018). Adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes seropositivos. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 34(3), 82-93. Recuperado en 25 de abril de 2021, de <https://bit.ly/30NQWru>.
- Boivin, R. (2014). “Se podrían evitar muchas muertas” discriminación, estigma y violencia contra minorías sexuales en México. *Sexualidad, Salud y Sociedad*, 16, 100–104. <https://www.scielo.br/pdf/sexs/n16/n16a06.pdf>
- Cabrera, S., Arteta, Z., Meré, J. & Cavalleri, F. (2018). Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Revista Médica del Uruguay*, 34(1), 3-41. <https://dx.doi.org/10.29193/rmu.34.1.1>
- Campillay, M., & Monárdez, M. (2019). Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios. *Revista de Bioética y Derecho*, (47), 93-107. Epub 16 de diciembre de 2019. Recuperado en 11 de abril de 2021, de <https://bit.ly/3kYAhbv>.
- Castillo, G., Horneado, I., Gómez, P., Hernández, T., Piedra, G., & Tamayo, A. (2017). Atención de enfermería en la descentralización de la atención a pacientes con VIH/SIDA. hospital general docente “Enrique Cabrera”, la Habana, año 2015. *Revista Uruguaya de Enfermería*, 12(2). <http://rue.fenf.edu.uy/index.php/rue/article/view/231/226>
- Castillo, S. C., Navarro, J., & Franch, M. (2018). La estigmatización del VIH/SIDA: La respuesta desde el trabajo social. 7, 15–23.

- Castillo, S., Quijada, D., Feliú, D., Paz, R., Molina, O., Monsalves, M., & Otay, V. (2018). Percepción de enfermería respecto a la atención hospitalaria otorgada a personas que viven con VIH. *Enfermería: Cuidados Humanizados*, 7(2), 36-62. <https://dx.doi.org/10.22235/ech.v7i2.1643>
- Chong Villarreal, F. (2020). El VIH y la opresión de los hombres seropositivos con identidades no heteronormativas en Chiapas, México. *Sexualidad, Salud y Sociedad (Rio de Janeiro)*, 36, 74–94. <https://doi.org/10.1590/1984-6487.sess.2020.36.04.a>
- Compean, M., Pérez., D., Staines, M., & Ortiz, L. (2014). Factores sociodemográficos asociados a la satisfacción con los servicios públicos de salud entre personas con VIH/SIDA. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, 13(26), 127-143. Retrieved April 10, 2021, from <https://bit.ly/3qWmki9>.
- Da Silva, R. A. R., Torres, G. de V., da Silva, I. T. S., Nelson, A. R. C., Lucena, I. de A., & Costa, D. A. R. da S. (2015). Percepción de los usuarios y los profesionales de la salud acerca de la calidad de la atención prestada a los pacientes con AIDS TT - Percepção de usuários e profissionais de saúde sobre a qualidade dos cuidados prestados a pacientes com AIDS TT - Perce. *Enfermería Global*, 14(40), 233–243. <https://bit.ly/3DGqC0y>
- Egas Tapia, R. M. (2019). Actitudes y conocimientos de los profesionales de enfermería sobre el paciente con VIH/SIDA en el hospital General San Francisco de Quito en el año 2019. *Journal of Chemical Information and Modeling*, 53(9), 54. <https://bit.ly/3HSMzF>
- Espinel, M., Belza, M. J., Cabeza de Vaca, C., Arranz, B., Guerra, J. M., García Soltero, J., & Hoyos, J. (2017). La prueba del VIH orientada por condiciones indicadoras: oportunidades perdidas para adelantar el diagnóstico de la infección en hombres que tienen sexo con hombres. *Elsevier Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica*, 36(8), 465–471. <https://bit.ly/3HKtWdt>
- Farago, D., Triantafilo, J., Martí, M., Perry, N., Quiñones, P., & Di Silvestre, C. (2018). VIH/SIDA: definición, significados y vivencias. *Revista Chilena de Salud Pública*, 22(1), 21. <https://doi.org/10.5354/0719-5281.2018.51017>
- Frutos, C., Aquino, N., Amado, D., Ferreira, M., & Díaz Reissner, C. (2016). Calidad de Vida en

- el Paciente con VIH en el Servicio de Clínica Médica, Hospital Central instituto de Previsión Social Paraguay-2015. *Revista de Instituto de Medicina Tropical.*, 10–21. <https://doi.org/10.18004/imt/2016111110-21>
- Garbin, S., Wakayama, B, Saliba, T., Saliba, O. & Garbin, I. (2018). Discriminación y prejuicio. La influencia del VIH/SIDA y Hepatitis b en la actitud de los académicos en odontología. *Rev Cienc Salud.* 2018;16(2):279-293. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.6770>"
- García Peña, J. J., & Tobón, B. Á. (2020). El VIH: de la adherencia farmacológica a la calidad de vida. *Psicología y Salud*, 30, 83–94.
- García, U. T. (2016). Infección por VIH y sida, dos mundos que se apartan. *Rev Fac Med UNAM*, 59(1), 36–41.
- Jiménez, J. D., & Bahena Uriostegui, M. (2017). Entre la ciencia y la cultura: La conformación de discursos médicos sobre la homosexualidad en el contexto del surgimiento del VIH/SIDA en Costa Rica. *Anuario de Estudios Centroamericanos*, 43, 419. <https://doi.org/10.15517/aeca.v1i1.28906>
- Koerting, A., Polo, R., Vázquez, M., & del Amo, J. (2019). Desarrollo del pacto social por la no discriminación y la igualdad de trato asociada al vih. 93, 18–20.
- Labra, O. (2011). Relaciones entre los equipos de VIH y las Personas con VIH/SIDA. *Centro de Gestión de Instituciones de Salud (CEGIS)*, September 2012, 20–35.
- Labra, Ó., & Dumont, S. (2012). Representaciones sociales del VIH-SIDA en la Región del Maule, Chile. *Revista Trabajo Social*, 83, 35–40.
- Lessa, T., Oliveira, D. C. De, Formozo, G. A., & Tosoli, G. (2012). Personas con HIV / SIDA en las representaciones sociales de enfermeros : análisis de los elementos centrales , contra normativos y actitudinales. 20(6).
- Menchaca, S., & Rodríguez, E. (2013). Evaluación de la atención integral a las personas con VIH/sida en Cuba. *Revista Cubana de Medicina General Integral*, 29(4), 336-343. Recuperado en 26 de abril de 2021, de <https://bit.ly/32nDon2>.

- Muñoz, R. (2014). Atención médica, adherencia terapéutica al tratamiento antirretroviral y discriminación.: Algunas problemáticas en la atención a personas que viven con VIH-sida, desde una perspectiva antropológica. *Revista pueblos y fronteras digital*, 9(17), 95-115. <https://doi.org/10.22201/cimsur.18704115e.2014.17.65>
- Muñoz, R. (2018). Estigma estructural, adherencia al tratamiento antirretroviral y cultura organizacional de cuidados en la atención hospitalaria en VIH y Sida en Guayaquil, Ecuador. *Andamios*, 15(36), 311-341. <https://doi.org/10.29092/uacm.v15i36.612>
- Nhamba, L. A., Hernández, E., Bayarre, H. D., & Gamba, M. (2012). Problemas teóricos, metodológicos e instrumentales para el estudio de la calidad de vida en personas con VIH en Angola. *Revista Cubana de Salud Publica*, 38(1), 141–149. <https://doi.org/10.1590/s0864-34662012000100013>
- Orozco, E., Alcalde, J. E., Ruiz, J. A., Sucilla-Pérez, H., & García-Cerde, R. (2015). Mapeo político de la discriminación y homofobia asociadas con la epidemia de VIH en México. *Salud Pública de México*, 57(3), s190–s196. <https://bit.ly/3qXkihV>
- Paguaga, Y. V., & Parada, R. M. (2018). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH en médicos residentes del hospital escuela oscar danilo rosales argüello y médicos generales en atención primaria del departamento de león, Abril-Julio 2012. Repositorio Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua. <http://repositorio.cnu.edu.ni/Record/RepoUNANL6108>
- Passerino, L. M. (2013). Imaginarios, biomedicina y normatividad : una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Revista Ciencias de La Salud*, 11(2), 217–233.
- Pinilla, M. Y., & Martínez, A. (2015). Calidad de la atención a pacientes con VIH en bogota. *Contextos*, 13, 1–11.
- Pizarro , A., Del arco , C., De los Santos, I., Rodríguez, F., Negro, M., & Del Rey, A. (2016). Prevalencia y características de los pacientes con infección por virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) diagnosticados de novo en un servicio de urgencias. *Revista Científica de La Sociedad Española de Medicina y Urgencias*, 28(5), 313–319. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5675518>
- Posada, I., & Agudelo, É.. (2019). Significado del Riesgo de VIH/SIDA para Hombres

- Homosexuales en Medellín, Colombia. *Psyche* (Santiago), 28(2), 1-14.
<https://dx.doi.org/10.7764/psyche.28.2.1381>
- Radusky, P. D., & Mikulic, I. M. (2019). Experiencia y percepción de estigma relacionado con el vih en varones con orientación homosexual. *Salud y Sociedad*, 10(2), 110-127. doi: 10.22199/issn.0718-7475-2019-02-010
- Recoder, M. (2011). Médicos, pacientes y consultorios: Un abordaje etnográfico de las consultas médicas en la atención del VIH / Sida. *Runa*, XXXII (1), 63-82. [Fecha de Consulta 10 de Abril de 2021]. ISSN: 0325-1217. Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180819163004>
- Restrepo-pineda, J. E. (2016). Análisis comparativo de las percepciones sobre el VIH/SIDA de varones homosexuales y bisexuales colombianos, con experiencia migratoria o sin la misma. *Revista de Salud Publica*, 18, 13–25.
- Rivera, M., Varas, N., Reyes, M., Suro, B., & Coriano, D. (2014). Factores socio-estructurales y el estigma hacia el VIH/sida: experiencias de puertorriqueños/as con VIH/sida al acceder servicios de salud. *Salud y Sociedad*, 3(2), 180–192.
- Rivero, M., Layana, E., Repáraz, J., Irigoyen, C., Arraiza, M., & Úriz, J. (2014). Diagnóstico tardío de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana : oportunidades diagnósticas perdidas. *An. Sist. Sanit. Navar. An. Sist. Sanit. Navar*, 37(373), 329–338.
- Rodríguez Otero, L. M., & Lara Rodríguez, M. G. (2020, diciembre). Masculinidades, reconocimiento, discriminación y VIH perspectiva sociosanitaria en México. margen 99. <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/DD71953.pdf>
- Salvadori, M., & Hahn, G. V. (2019). Confidencialidad médica en la atención del paciente con VIH / SIDA. *Revista Bioética*, 27(1). <https://doi.org/10.1590/1983-80422019271298>
- Saucedo, G., Huerta, M.I., Alcántar, M.L., Ruiz, M.J., Jiménez, V. & Avila, L. (2018) Estigmatización a personas con VIH-SIDA en la atención primaria como barrera de apego al tratamiento. *Revista de Salud Pública y Nutrición*, 17(3), 26-33.
- Soler, R., Malfrán, M., Carbonell, I., Soler, Á., & Díaz, C. (2013). Calidad de la atención médica a las personas que viven con VIH/sida.. *MEDISAN*, 17(8), 3010-3017. Recuperado en 02 de

mayo de 2021, de <https://bit.ly/3HRye30>.

Stival, M., Name, M. J., & Margulies, S. (2012). Problematización y perspectivas en la atención de varones homosexuales y bisexuales del personal de salud de 13 hospitales públicos. *Revista Argentina de Salud Publica*, 3(12), 34–38. <https://ojsrasp.msal.gov.ar/index.php/rasp/article/view/337>

Tamayo, B., Macías, Y., Cabrera, R., Henao, J. N., & Cardona, J. A. (2015). Estigma social en la atención de personas con VIH/sida por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud, Medellín, Colombia. *Ciencias de La Salud*, 13(1), 9–23. <https://doi.org/10.12804/revsalud13.01.2015.01>

Uribe, A., & Orcasita, L. (2011). Evaluación de conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/sida en profesionales de la salud. *Avances en Enfermería*, 29(2), 271-284. Recuperado en 10 de abril de 2021, de <https://bit.ly/30HOymg>.

Villaamil, F., & Jociles, M. (2013). La construcción de la persona con VIH: la gestión de la seropositividad y la relación médico-paciente en las consultas hospitalarias de VIH en Madrid (España). *Intersecciones en antropología*, 14(1), 107-122. Recuperado en 10 de abril de 2021, de <https://bit.ly/3qYvIHl>.