

Consultoría Sistémica Asistida por Equinos y Procesos de Transformación

Vincular en Personas con VIH: Un Estudio de Casos Múltiples

Autor:

Julio César Vergel Garnica

Director:

Jeison Velásquez León

Maestría en Psicología Clínica y de la Familia

Universidad Santo Tomás, Colombia

Email: juliocvergelg@hotmail.com

Resumen

Objetivo: Explorar las transformaciones narrativas y vinculares en dos personas viviendo con VIH que participaron en Consultoría Sistémica Asistida por Equinos (CSAE), con foco en la adherencia al tratamiento antirretroviral.

Método: Estudio de casos múltiples con diseño mixto y alcance exploratorio-descriptivo, desde el paradigma sistémico-constructivista. El componente cualitativo empleó análisis categorial del

discurso con dos consultantes adultos con VIH, en dos categorías: adherencia al TAR y construcción vincular de vivir con VIH. El análisis vincular se operacionalizó desde Miermont en cuatro dominios: episteme, creencias, mitos y rituales. El componente cuantitativo incluyó marcadores biológicos (CD4+, carga viral), adherencia autorreportada (CEAT-VIH) y sintomatología emocional, triangulados con las narrativas.

Resultados: Se identificaron narrativas problemáticas en los dominios epistémico (adherencia reduccionista, VIH como obstáculo), de creencias (estoicismo culpabilizante, redes limitadas por no revelación), mítico (resignación religiosa, mito del pecado y castigo) y ritual (parentalización, prácticas discriminatorias naturalizadas). La CSAE facilitó metáforas corporeizadas del autocuidado mediante el acicalamiento equino, incorporó la incertidumbre como elemento terapéutico y rompió polaridades semánticas rígidas. Emergieron transformaciones hacia el autocuidado como amor propio, ampliación de redes de apoyo y transición de "estar enfermo" a "condición de salud en disfrute de la vida". Los datos cuantitativos mostraron trayectorias virológicas favorables y reducción de sintomatología emocional a niveles no clínicos.

Conclusiones: Este estudio exploratorio sugiere que la CSAE puede facilitar transformaciones narrativas y vinculares en personas con VIH. Los hallazgos indican que la adherencia involucra dominios relacionales no capturables exclusivamente mediante marcadores biomédicos, y que las metáforas corporeizadas constituyen un mecanismo terapéutico específico de este enfoque.

Palabras clave: adherencia a la medicación; VIH/SIDA; terapia asistida por animales; investigación cualitativa; relaciones interpersonales; consultoría sistémica

Abstract

Objective: To explore narrative and relational transformations in two people living with HIV who participated in Equine-Assisted Systemic Counseling (EASC), focusing on adherence to antiretroviral treatment.

Method: Multiple case study with mixed-methods design and exploratory-descriptive scope, within a systemic-constructivist paradigm. The qualitative component employed categorical

discourse analysis with two adult consultants living with HIV, across two categories: ART adherence and relational construction of living with HIV. Relational analysis was operationalized following Miermont across four domains: episteme, beliefs, myths, and rituals. The quantitative component included biological markers (CD4+, viral load), self-reported adherence (CEAT-VIH), and emotional symptomatology, triangulated with the narratives.

Results: Problematic narratives were identified in the epistemic domain (reductionist adherence, HIV as obstacle), beliefs domain (guilt-laden stoicism, networks limited by non-disclosure), mythic domain (religious resignation, myth of sin and punishment), and ritual domain (parentification, naturalized discriminatory practices). EASC facilitated embodied metaphors of self-care through equine grooming, incorporated uncertainty as a therapeutic element, and disrupted rigid semantic polarities. Transformations emerged toward self-care as self-love, expanded support networks, and a transition from "being sick" to "a health condition enjoyed in life." Quantitative data showed favorable virological trajectories and reduction of emotional symptomatology to non-clinical levels.

Conclusions: This exploratory study suggests that EASC may facilitate narrative and relational transformations in people living with HIV. Findings indicate that adherence involves relational domains not exclusively captured by biomedical markers, and that embodied metaphors constitute a therapeutic mechanism specific to this approach.

Keywords: medication adherence; HIV/AIDS; animal assisted therapy; qualitative research; interpersonal relations; systemic consulting

Resumo

Objetivo: Explorar as transformações narrativas e vinculares em duas pessoas vivendo com HIV que participaram de Consultoria Sistêmica Assistida por Equinos (CSAE), com foco na adesão ao tratamento antirretroviral.

Método: Estudo de casos múltiplos com desenho misto e alcance exploratório-descritivo, a partir do paradigma sistêmico-construtivista. O componente qualitativo empregou análise categorial do discurso com dois consultantes adultos com HIV, em duas categorias: adesão ao TAR e construção vincular de viver com HIV. A análise vincular foi operacionalizada a partir de Miermont em quatro domínios: episteme, crenças, mitos e rituais. O componente quantitativo incluiu marcadores biológicos (CD4+, carga viral), adesão autorrelatada (CEAT-VIH) e sintomatologia emocional, triangulados com as narrativas.

Resultados: Foram identificadas narrativas problemáticas nos domínios epistêmico (adesão reducionista, HIV como obstáculo), de crenças (estoicismo culpabilizante, redes limitadas pela não revelação), mítico (resignação religiosa, mito do pecado e castigo) e ritual (parentalização, práticas discriminatórias naturalizadas). A CSAE facilitou metáforas corporificadas do autocuidado mediante a escovação equina, incorporou a incerteza como elemento terapêutico e rompeu polaridades semânticas rígidas. Emergiram transformações em direção ao autocuidado como amor próprio, ampliação das redes de apoio e transição de "estar doente" para "condição de saúde em usufruto da vida". Os dados quantitativos mostraram trajetórias virológicas favoráveis e redução da sintomatologia emocional a níveis não clínicos.

Conclusões: Este estudo exploratório sugere que a CSAE pode facilitar transformações narrativas e vinculares em pessoas com HIV. Os achados indicam que a adesão envolve domínios relacionais não capturáveis exclusivamente por marcadores biomédicos, e que as metáforas corporificadas constituem um mecanismo terapêutico específico desta abordagem.

Palavras-chave: aderência à medicação; HIV/AIDS; terapia assistida por animais; pesquisa qualitativa; relações interpessoais; consultoria sistêmica

Introducción

Las enfermedades de alto costo representan un desafío sanitario global debido a su impacto en poblaciones específicas que incrementan significativamente el consumo de servicios de salud (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). La infección por Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) constituye un paradigma de estas condiciones, habiendo evolucionado de una infección aguda altamente mortal a una enfermedad crónica transmisible. En Colombia, el Boletín de la Cuenta de Alto Costo (2023) reporta 166.496 personas viviendo con VIH en 2023, con una tasa de prevalencia del 0.59% en la población general y un incremento en la incidencia de 23.49 a 33.55 casos por 100.000 habitantes entre 2020 y 2022 (Serna-Trejos & Bermudez-Moyano, 2023).

El éxito del Tratamiento Antirretroviral (TAR) depende fundamentalmente de la adherencia terapéutica, definida como el seguimiento exacto del régimen prescrito en términos de dosis, horarios y controles médicos. Los antirretrovirales poseen un estrecho margen terapéutico, donde pequeñas variaciones pueden causar ineficacia o desarrollo de resistencias que limitan opciones futuras de tratamiento. Estudios recientes evidencian tasas variables de no adherencia. Arrieta-Martínez et al. (2022) reportaron 10% de pacientes no adherentes en un estudio multicéntrico colombiano, mientras que Robles Arguedas (2024) identificó en Lima una asociación significativa pero débil entre autoestima y adherencia ($r_s = 0.214$, $p < .001$) en 333 pacientes adultos con VIH.

La adherencia se asocia con factores psicosociales complejos derivados del diagnóstico. El estigma y la discriminación hacia personas viviendo con VIH generan alteraciones familiares, laborales y sociales, con afectaciones psíquicas relacionadas con percepciones de abandono y rechazo (Celeste-Villalvir et al., 2023). Estrada-Carmona et al. (2021) demostraron una relación estadísticamente significativa entre resiliencia y adherencia al tratamiento, donde la adaptabilidad

y las redes de apoyo predicen en un 43.3% la resiliencia. El estigma social y autoestigma dificultan la revelación del diagnóstico, limitando la construcción de redes sociales de apoyo fundamentales para sostener la adherencia a largo plazo. Sheehan et al. (2021) documentaron, en una muestra de hombres latinos con VIH, que la negación del diagnóstico, la interrupción de rutinas y el estigma operan como factores situacionales que fluctúan a lo largo del tiempo, afectando la adherencia de manera dinámica más que estable. De manera coherente, Zahra et al. (2024) identificaron, mediante un estudio cualitativo con personas viviendo con VIH, que la resiliencia en la adherencia se construye a través de estrategias vinculares como la búsqueda de propósito desde la fe, el fortalecimiento de redes de apoyo y la resignificación de la medicación como práctica de autocuidado cotidiano.

Las estrategias convencionales de adherencia en VIH se centran predominantemente en educación al paciente sobre el régimen farmacológico y apoyo psicosocial para abordar factores emocionales asociados al cumplimiento terapéutico. Si bien estas intervenciones han demostrado utilidad en el corto plazo, persisten limitaciones importantes en la sostenibilidad de los cambios logrados, con evidencia de retorno a niveles basales de adherencia tras la finalización de las intervenciones. Fleischer y Avery (2020), en un estudio cualitativo con personas viviendo con VIH, encontraron que la motivación interna, la aceptación del diagnóstico y las creencias espirituales diferencian a quienes mantienen adherencia sostenida de quienes presentan adherencia inconsistente, evidenciando dimensiones subjetivas y relacionales que las estrategias educativas convencionales no abordan. El diseño epistemológico de estos abordajes tiende a privilegiar la transmisión de información y el manejo sintomático individual, sin atender suficientemente las dimensiones vinculares y relacionales que subyacen a los procesos de adherencia. El problema que emerge es doble: la persistencia de dificultades en la adherencia a pesar de intervenciones educativas y

psicológicas convencionales, y la ausencia de propuestas interventivas que integren de manera sistemática el abordaje de las transformaciones vinculares como facilitadoras de procesos de adherencia sostenidos.

El diagnóstico de VIH constituye una disrupción biográfica que implica la reevaluación de la vida cotidiana, horizontes temporales y relaciones interpersonales, requiriendo un trabajo de reconstrucción identitaria continuo ante las interpretaciones públicas y privadas de la condición (Wells et al., 2023). Estas transformaciones demandan espacios terapéuticos capaces de movilizar cambios en estas dimensiones relacionales.

Ante esta problemática, emergen propuestas alternativas que buscan trascender los límites de las intervenciones convencionales. La consultoría sistémica emerge como alternativa interventiva que, según Estupiñán et al. (2017), convoca multiplicidad de voces para generar procesos reflexivos desde la diversidad de experiencias en contextos interaccionales que facilitan transformaciones relacionales. Paralelamente, la Terapia Asistida con Equinos (TAE) ha mostrado evidencia creciente de efectividad en diversos contextos de salud mental. Ward et al. (2022) realizaron una revisión sistemática que documenta beneficios significativos en salud mental mediante terapias equinas montadas, mientras que Souilm (2023) demostró en un ensayo clínico controlado la efectividad de TAE para mejorar regulación emocional, autoeficacia y autoestima en pacientes con trastornos por uso de sustancias. Li y Sánchez-García (2023), en una revisión sistemática de estudios de los últimos cinco años, documentaron el impacto positivo de las intervenciones asistidas con équidos en múltiples dimensiones psicológicas de poblaciones con experiencias traumáticas, identificando entre sus mecanismos la autorregulación emocional y la construcción de vínculos de confianza. Estudios cualitativos recientes como el de Rosing et al. (2022) revelan que la TAE facilita procesos de autorregulación, vinculación y esperanza en

veteranos con Trastorno de Estrés Postraumático, donde el equino actúa como co-terapeuta facilitando expresión de aspectos no verbalizados mediante interacciones que trascienden el lenguaje convencional.

Desde el paradigma sistémico-constructivista, los procesos de adherencia se comprenden como construcciones de significado que emergen en contextos relacionales específicos. La realidad se entiende como construcción del observador en interacción con su contexto (Maturana, 2009), donde el conocimiento se construye colectivamente a través de prácticas discursivas socioculturales (Gergen, 2015, Pavez Correa, 2021). Este enfoque facilita la comprensión de las transformaciones vinculares como emergencias narrativas co-creadas en espacios terapéuticos, donde los procesos de cambio resultan de interacciones dialógicas entre consultantes, terapeutas y, en el caso de la TAE, los equinos como mediadores de cambio. Los vínculos se conceptualizan como construcciones dinámicas susceptibles de transformación a través de nuevas experiencias relacionales y resignificaciones narrativas que pueden facilitar procesos de adherencia sostenidos.

Aunque la literatura reporta beneficios de la TAE en diversos contextos clínicos y de la consultoría sistémica en problemáticas familiares complejas, existe un vacío significativo en el conocimiento sobre cómo la integración de ambos enfoques puede facilitar transformaciones vinculares específicas en personas viviendo con VIH y su relación con la adherencia al TAR. Específicamente, se desconoce qué procesos de transformación vincular emergen durante la Consultoría Sistémica Asistida por Equinos (CSAE), cómo estos procesos se manifiestan narrativamente en los consultantes, y de qué manera se relacionan con cambios en la adherencia terapéutica. Las intervenciones que abordan dimensiones relacionales y fortalecen redes de apoyo familiar han demostrado efectos positivos en salud mental y adherencia entre personas viviendo con VIH (Nawfal et al., 2024), sugiriendo que el abordaje de dimensiones vinculares puede generar

cambios más sostenidos que las estrategias puramente educativas. Sin embargo, se desconoce cómo estos procesos operan específicamente cuando se integran la consultoría sistémica y la mediación equina en el contexto del VIH.

Por tanto, el presente estudio parte de dos hipótesis complementarias. En términos comprensivos, se postula que las narrativas de adherencia al TAR en personas viviendo con VIH están configuradas por construcciones vinculares en dominios epistémicos, de creencias, mitos y rituales que operan como obstaculizadores o facilitadores del autocuidado sostenido. En términos interventivos, se plantea que la CSAE, al introducir mediaciones corporeizadas a través del equino, genera condiciones para la emergencia de nuevas narrativas vinculares que transforman la relación del consultante con su condición de salud y con sus redes de apoyo, facilitando procesos de adherencia más sostenidos. Desde estas hipótesis, el presente estudio se propone comprender, mediante el análisis en profundidad de dos casos, los procesos de transformación vincular que emergen en personas viviendo con VIH durante la CSAE.

Método

Tipo de estudio

Investigación de orientación cualitativa con alcance exploratorio-descriptivo, fundamentada en el paradigma sistémico-constructivista, que concibe la realidad como construcción del observador en interacción con su contexto relacional (Maturana, 2009) y el conocimiento como producción colectiva emergente de prácticas discursivas situadas (Gergen, 2015). El estudio se inscribe en la modalidad de investigación-intervención (Estupiñán et al., 2017), en tanto el proceso investigativo y el proceso interventivo se desarrollaron de manera simultánea e interdependiente, siendo la CSAE tanto el objeto de indagación como el espacio de producción de datos. El análisis de la

construcción vincular se fundamentó en la perspectiva relacional de Jacques Miermont desde la epistemología ecológica y la teoría del vínculo, que comprende el vínculo humano como una estructura compleja articulada a través de tres operadores témporo-espaciales fundamentales: mito (narrativas fundacionales que otorgan sentido a la experiencia), rito (prácticas relacionales que actualizan y materializan el vínculo) y episteme (conocimientos y saberes compartidos que organizan la comprensión de la realidad vincular) (Miermont, 1993; Estupiñán Mojica et al., 2017). Para el presente estudio se incorporó una cuarta dimensión analítica, creencias, dado su rol central en la adherencia terapéutica y en la construcción de significados sobre salud-enfermedad en el contexto del VIH, capturando sistemas de significación individual y cultural que operan con especificidad en relación con representaciones sobre la medicación, el autocuidado y la identidad como persona viviendo con VIH. El reporte siguió los Standards for Reporting Qualitative Research (SRQR; Dossett et al., 2021) integrados con elementos de las guías CARE (CAsE REport; Gagnier et al., 2013) para casos clínicos con datos longitudinales.

Diseño

Estudio de casos múltiples de orientación fenomenológico-interpretativa (Creswell & Poth, 2018; Flick, 2018), que examina en profundidad los procesos de transformación vincular en dos participantes durante la CSAE. Este diseño permite examinar fenómenos complejos en su contexto natural, buscando generalización analítica a proposiciones teóricas sin pretensión de generalización estadística (Yin, 2018; Creswell & Poth, 2018). La selección de un diseño de casos múltiples responde a la posibilidad de identificar patrones convergentes y divergentes entre casos que enriquecen la comprensión del fenómeno. El componente cualitativo se complementó con datos cuantitativos, marcadores biológicos, adherencia autorreportada y sintomatología emocional, utilizados como información ilustrativa de las trayectorias individuales, sin pretensión

de establecer relaciones causales. El diseño siguió las orientaciones de Packer (2018) sobre la constitución de realidades en contextos relacionales y de Estupiñán Mojica et al. (2017) sobre el carácter reflexivo y situado de la indagación social.

Participantes

Dos personas adultas viviendo con VIH en estadio 3 (SIDA) con problemas documentados de adherencia al TAR, atendidas en una Institución Prestadora de Servicios de Salud (IPS) especializada en atención integral a personas con VIH en Bogotá, Colombia, durante 2019. El análisis vincular incluyó también a las personas acompañantes de cada consultante, quienes participaron en sesiones específicas del proceso de CSAE.

Tipo de muestreo

Se utilizó muestreo intencional por criterio (Patton, 2015). Los criterios de inclusión fueron: diagnóstico confirmado de VIH estadio 3, baja adherencia al TAR documentada por el comité interdisciplinario institucional (puntuación CEAT-VIH <73 durante más de seis meses), acceso garantizado al tratamiento con afiliación al sistema de salud, TAR adecuado según genotipificación viral, carga viral superior a 50 copias/ml pese a estar al menos seis meses en tratamiento, y disponibilidad para participar en CSAE. Los criterios de exclusión fueron: discapacidad cognitiva, abuso activo de sustancias psicoactivas y equinofobia.

Procedimiento

Los casos fueron identificados por el comité interdisciplinario de adherencia de la IPS. Se realizó una presentación del proyecto a los pacientes que cumplían criterios, explicando objetivos, procedimientos y alcances, y se distribuyeron volantes informativos con datos de contacto. Dos

participantes manifestaron interés, completaron el proceso de inscripción voluntaria y firmaron consentimiento informado.

Cada participante recibió un proceso de CSAE compuesto por cuatro sesiones. La primera fue individual en consultorio, dedicada a la aplicación de pruebas iniciales. La segunda y tercera fueron grupales con equinos, realizadas en un centro ecuestre cercano a Bogotá: la segunda con participación exclusiva de los consultantes, y la tercera con la inclusión de sus acompañantes. La cuarta sesión fue individual en consultorio, para la aplicación del re-test. Todas las sesiones fueron conducidas por un terapeuta sistémico con formación en terapia asistida con equinos (TAE) y un especialista ecuestre certificado. El protocolo de intervención integró técnicas de consultoría sistémica, preguntas circulares, reflexión de equipo, externalización narrativa, con actividades de interacción en tierra con los equinos, incluyendo acicalamiento, manejo en mano y observación de respuestas del caballo como fuente de retroalimentación relacional. Las sesiones fueron videograbadas con autorización de los participantes. Se realizaron mediciones pre y post intervención de marcadores biológicos (CD4+ y carga viral), adherencia autorreportada mediante el CEAT-VIH, y sintomatología emocional mediante instrumentos estandarizados de depresión, ansiedad y estrés percibido.

Técnicas de recolección de información

Se emplearon las siguientes fuentes de datos: (1) Grabaciones en audio de las sesiones de CSAE, transcritas verbatim para el análisis del discurso, incluyendo turnos conversacionales de consultantes, terapeuta y acompañantes; (2) Registros de observación elaborados por el terapeuta al finalizar cada sesión, documentando interacciones relevantes entre participante y equino; (3) Cuestionario de redes sociales y apoyo, instrumento diseñado específicamente para el estudio,

compuesto por tres secciones: configuración familiar y dinámica de convivencia; proceso de revelación del diagnóstico de VIH y personas conocedoras del estatus serológico; y percepción cualitativa del apoyo social recibido de diferentes subsistemas (familiar, laboral, sanitario). Se aplicó en formato de entrevista semiestructurada de 30-40 minutos antes del inicio de las intervenciones con equinos y al finalizar las sesiones. Para la recolección sistemática de datos se diseñó una planilla ad hoc que registraba para cada integrante de la red: edad, sexo, conocimiento del diagnóstico, composición del hogar y tipo de relación vincular (fusión, cercana, distante, conflictiva, indiferente). A partir de las respuestas, la información fue graficada mediante genogramas para su interpretación y análisis relacional; (4) Cuestionario de Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH; Remor, 2002), instrumento de 20 ítems que evalúa adherencia al TAR en población con VIH mediante escala Likert de 5 puntos, con rango total de 17 a 89 puntos y tres puntos de corte: adherencia inadecuada (<77), insuficiente (77-85) y adecuada (>85). Dado que ambos consultantes obtuvieron puntuaciones en el rango de adherencia adecuada en el momento de la evaluación inicial (C1: 90 puntos; C2: 88 puntos), este instrumento no se reaplicó en la evaluación posttest y se utilizó exclusivamente como variable de caracterización poblacional; (5) Escalas de sintomatología emocional, aplicadas antes y después de la intervención: (a) Escala de Depresión de Hamilton (HDRS), instrumento de 17 ítems con rangos desde "no depresión" (0-7 puntos) hasta "depresión muy severa" (>23 puntos); (b) Inventario de Ansiedad de Beck (BAI), cuestionario de 21 ítems con rangos de "ansiedad muy baja" (0-21 puntos) a "ansiedad severa" (36-63 puntos); y (c) Escala de Estrés Percibido de Cohen (PSS-14), versión de 14 ítems con rangos de "sin estrés" (0-13 puntos) a "estrés elevado" (22-40 puntos); (6) Marcadores biológicos obtenidos de las historias clínicas: recuento de linfocitos CD4+ (células/mm³) y carga viral del VIH-1 (copias/ml), como indicadores objetivos de control

viroológico e inmunológico. Se obtuvieron los resultados más cercanos temporalmente a las evaluaciones basal y posttest (a los 6 meses de finalizar las sesiones), determinados mediante procedimientos estandarizados en laboratorio clínico certificado de la IPS.

Técnicas de análisis

El estudio empleó análisis mixto integrando componentes cuantitativos descriptivos y análisis cualitativo en profundidad. Para las variables cuantitativas, se calcularon estadísticos descriptivos y se analizaron cambios individuales pre-post para cada caso. No se realizaron análisis inferenciales, evaluándose la magnitud del cambio clínico considerando rangos normativos y relevancia terapéutica individual.

El componente cualitativo constituyó el núcleo analítico. Se realizó análisis categorial del discurso (Van Dijk, 2016) sobre las transcripciones de las sesiones de CSAE, organizado en dos categorías predefinidas: (1) adherencia al TAR y (2) construcción vincular de la experiencia de vivir con VIH. El análisis vincular se operacionalizó en los cuatro dominios relacionales de Miermont (1993): episteme, creencias, mitos y rituales. El proceso analítico siguió tres fases: (1) inmersión y lectura profunda del material discursivo; (2) codificación línea por línea realizada independientemente por dos investigadores; (3) categorización teórica en las dos categorías investigativas. Los hallazgos se presentan diferenciando narrativas que operaban como obstáculos (narrativas problemáticas) y aquellas que emergieron como posibilitadoras de transformación (narrativas emergentes de cambio). Los datos cuantitativos se triangularon con las narrativas cualitativas como ilustración de las trayectorias individuales, siguiendo criterios de complementariedad (Flick, 2018).

Consideraciones éticas

El estudio fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación Asistencia Científica de Alta Complejidad bajo el código CEI-049-18. Todos los participantes firmaron consentimiento informado antes de iniciar su participación, garantizándose la voluntariedad, la posibilidad de retiro sin consecuencias para su atención en salud, y la confidencialidad de la información. Los datos fueron anonimizados mediante códigos alfanuméricos. Dado que el estudio implicó un proceso interventivo simultáneo a la recolección de datos, se garantizó la continuidad de la atención médica convencional para todos los participantes durante el desarrollo del estudio.

Criterios de calidad

La calidad del estudio se evaluó conforme a los criterios de Lincoln y Guba (1985) para investigación cualitativa complementados con indicadores actuales de rigor metodológico (Johnson et al., 2020). La credibilidad se aseguró mediante triangulación de fuentes, transcripciones, registros de observación, datos cuantitativos y genogramas, y revisión de los análisis por un investigador externo al proceso interventivo. La transferibilidad se garantizó mediante descripción densa de los casos y los contextos de producción de datos, permitiendo al lector valorar la aplicabilidad de los hallazgos a otros contextos similares. La consistencia se sostuvo a través de un protocolo de análisis explícito y documentado. La confirmabilidad se apoyó en la reflexividad del investigador, quien documentó sistemáticamente sus posiciones epistémicas y su rol dual como interventor e investigador a lo largo del proceso.

Participantes del estudio

Las características demográficas, clínicas y contextuales de ambos participantes se resumen en la Tabla 1. Si bien ambos casos compartían el criterio de estadio clínico 3 y problemas documentados de adherencia al TAR, presentaban perfiles diferenciados en cuanto a tiempo de evolución de la

infección, trayectoria de adherencia, configuración de redes de apoyo y presencia de comorbilidades, lo que permitió explorar distintas expresiones del fenómeno de adherencia en contextos relacionales diversos.

Variables	Consultante 1 (C1)	Consultante 2 (C2)
DEMOGRÁFICAS		
Edad (años)	54	47
Estado civil	Soltero	Soltero
Nivel educativo	Secundaria completa	Primaria incompleta
Ocupación	Empleado informal	Empleado informal
Ingresos mensuales (COP)	800,000	500,000
Régimen de salud	Subsidiado	Subsidiado
CLÍNICAS		
Tiempo diagnóstico VIH (años)	18	7
Estadio CDC*	C3	C3
Infecciones oportunistas previas	Ninguna	Tuberculosis pulmonar
Hospitalizaciones por VIH	Ninguna	1 (diagnóstico)
Esquema TAR actual**	TDF/FTC + LPV/r	ABC/3TC + ATV/r
Cambios esquema TAR	1 (fallo virológico)	Múltiples (resistencias)
Comorbilidades	Ninguna	HTA, dislipidemia, lipodistrofia
ADHERENCIA BASAL		
CEAT-VIH (puntos)***	90 (adherencia adecuada)	88 (adherencia adecuada)
Problema adherencia documentado	Dispensación irregular	Interrupciones múltiples
CD4 basal (cél/mm ³)	191	252
Carga viral basal (copias/ml)	26	288
CONTEXTO RELACIONAL		
Convivencia	Familia extensa	Hermana y sobrino
Personas conocen diagnóstico	Familia completa	Solo hermana y sobrino
Apoyo familiar percibido	Total	Fragilidad e indiferencia
Apoyo equipo salud	Buena relación	Alto nivel satisfacción
Red apoyo laboral	Cohesionada	Cohesionada

*CDC = Centers for Disease Control and Prevention (Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades)

**TDF = Tenofovir Disoproxil Fumarato FTC = Emtricitabina LPV/r = Lopinavir/ritonavir

**ABC = Abacavir 3TC = Lamivudina ATV/r = Atazanavir/ritonavir

***CEAT-VIH = Cuestionario para la Evaluación de la Adherencia al Tratamiento Antirretroviral en personas con VIH

Tabla 1. Características demográficas y clínicas de los consultantes (elaboración propia).

Adicionalmente, cada consultante participó acompañado de una persona significativa de su red de apoyo en una de las tres sesiones interventivas. Estos acompañantes participaron como observadores del proceso terapéutico y formaron parte del análisis relacional del sistema significativo de cada consultante.

La configuración de las redes de apoyo y las dinámicas familiares de ambos consultantes, se representan visualmente en la Figura 1 y 2.

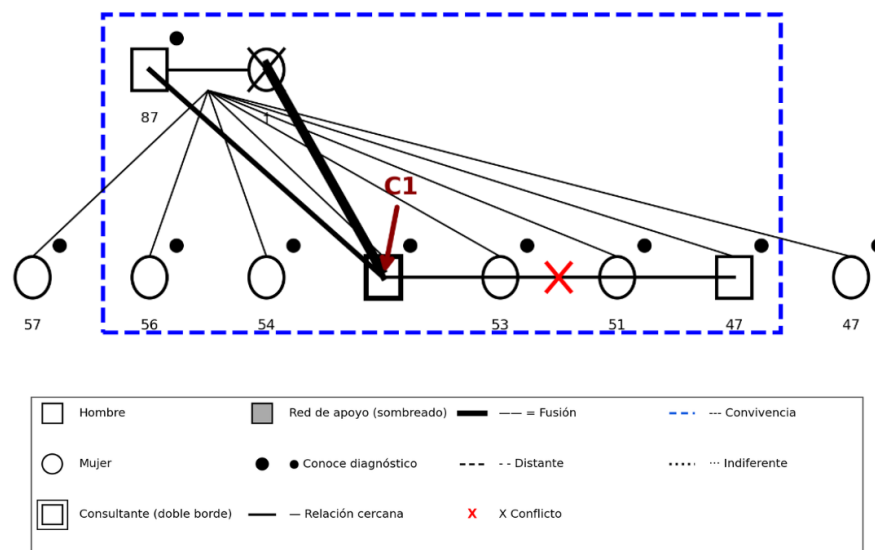


Figura 1. Red de apoyo del Caso 1 (elaboración propia).

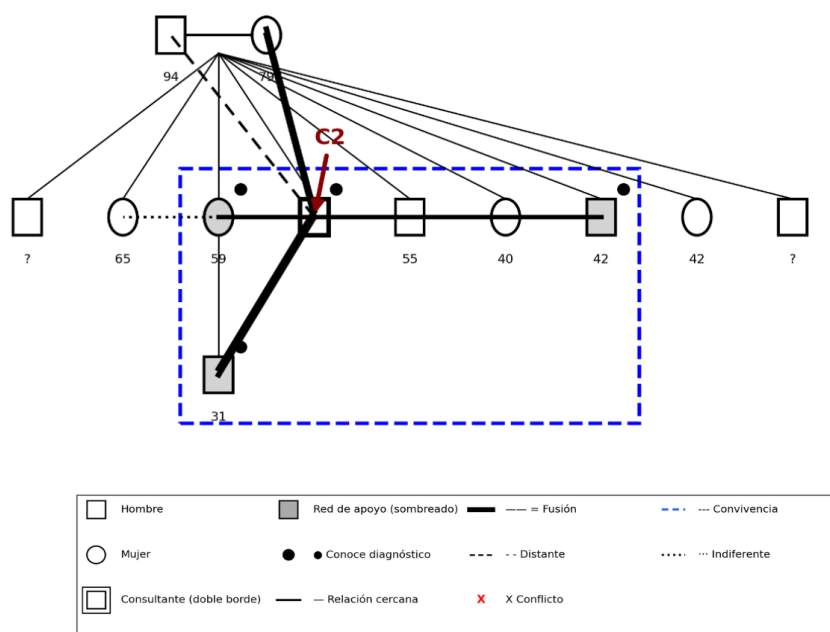


Figura 2. Red de apoyo del Caso 2 (elaboración propia).

A continuación, se presenta una descripción narrativa complementaria de cada caso.

Consultante 1 (C1)

La historia de C1 con el VIH inició en un contexto que él mismo identificó como de "promiscuidad" y consumo de alcohol, lo cual generaba sentimientos de culpa asociados al diagnóstico. A pesar de haber experimentado un cambio de esquema terapéutico por fallo virológico, presentó una trayectoria relativamente estable sin antecedentes de infecciones ni hospitalizaciones relacionadas con el VIH. En cuanto a su contexto relacional, C1 manifestaba percibir apoyo total del sistema familiar y mantenía una relación cohesionada con su sistema laboral. Reportaba practicar atletismo buscando mantenerse saludable y mantenía buena relación con el equipo de salud tratante. Refería hacer uso consistente de preservativo.

C1 asistió a una de las sesiones acompañado por su hermana, identificada como cuidadora principal y figura significativa en su red de apoyo inmediato, quien ejercía funciones de recordatorio de la toma de medicamentos y acompañamiento en procesos de salud.

Consultante 2 (C2)

El caso de C2 se caracteriza por una mayor complejidad médica y una trayectoria de adherencia marcadamente problemática. El diagnóstico se produjo en el contexto de una tuberculosis pulmonar que requirió hospitalización, y su historia posterior incluyó múltiples comorbilidades que reflejan un estado de salud que requería manejo integral.

El aspecto más crítico de su caso fue la historia de interrupciones constantes del tratamiento que habían generado resistencias a esquemas previos, llevándolo a estar en su "última posibilidad terapéutica" según el equipo médico. Había requerido previamente ingreso a un programa de terapia hipervigilada debido a estas interrupciones frecuentes. Reportaba fragilidad en el relacionamiento familiar e indiferencia del sistema familiar en general. Su red de apoyo reportada se limitaba exclusivamente a la hermana y el sobrino con quienes convivía, ambos conocedores del diagnóstico y con quienes mantenía vínculos cercanos. Sin embargo, mantenía una relación cohesionada con su sistema laboral con apoyo de la totalidad de sus miembros y reportaba alto nivel de satisfacción con la relación con el equipo de salud tratante.

Adicionalmente, manifestaba dificultades económicas que ocasionalmente afectaban su puntualidad en horarios de alimentación. Hábito sedentario. Refería hacer uso consistente de preservativo.

C2 asistió a una de las sesiones acompañado por una persona de su red de apoyo extrafamiliar.

Resultados

Marcadores biológicos y sintomatología emocional. Los marcadores inmunológicos y virológicos mostraron estabilidad o mejoría en ambos casos. C1 mantuvo un conteo de linfocitos CD4+ elevado (988 a 1154 cel/ μ L) con carga viral indetectable durante todo el proceso. C2 presentó incremento sostenido en CD4+ (de 395 a 626 cel/ μ L) y logró indetectabilidad viral al finalizar la intervención, partiendo de 9,739 copias/mL. En sintomatología emocional, C1 presentó reducción en síntomas depresivos según la Escala de Hamilton (línea base = 10; post-intervención = 4), ansiedad según el Inventario de Beck (línea base = 22; post-intervención = 8) y estrés percibido según la Escala de Cohen (línea base = 23; post-intervención = 14), transitando de rangos clínicamente significativos a niveles mínimos o ausentes. C2 evidenció disminución en sintomatología depresiva (Hamilton: línea base = 14; post-intervención = 6), ansiosa (Beck: línea base = 28; post-intervención = 9) y estrés percibido (Cohen: línea base = 26; post-intervención = 15), alcanzando niveles no clínicos en las tres dimensiones evaluadas.

Adherencia al tratamiento antirretroviral

Dimensión epistémica

En el plano del conocimiento compartido sobre la adherencia y el VIH, se identificaron narrativas problemáticas caracterizadas por una comprensión reduccionista de la adherencia, limitándola exclusivamente a la toma puntual de los medicamentos sin considerar otras dimensiones del autocuidado. Se evidenció además la construcción de la experiencia de vivir con VIH como un obstáculo frente a la vida, descrito como dinámico y creciente con el tiempo, lo que dificultaba la emergencia de novedades adaptativas y mantenía una visión de la enfermedad como impedimento más que como condición de salud manejable.

En contraste, se identificaron transformaciones epistemológicas fundamentales durante el proceso terapéutico. Se identificó el tránsito de 'estar enfermo' a comprenderse desde una “condición de salud en posición de disfrute de la vida y de las relaciones”, formulación emergente del propio discurso de los consultantes, recuperada mediante el análisis categorial como categoría de transformación epistémica. Esta resignificación epistemológica favoreció procesos de cambio al permitir que los consultantes, se reconocieran no desde la enfermedad sino desde posibilidades vitales y relacionales. Emergió además una comprensión del autocuidado como acto de amor hacia sí mismo, donde cada acción de cuidado se resignificó como expresión de afecto propio, integrando el autocuidado técnico con una dimensión afectiva y vincular: "uno tiene que saber acariciar, tiene que saberle dar amor [...] Cuando usted se cuida a sí mismo ¿Cómo lo hace?" (C1).

Dimensión de creencias

En el sistema de creencias individuales y culturales sobre salud-enfermedad, se identificaron narrativas problemáticas caracterizadas por estoicismo culpabilizante, expresado en "yo me lo gané, yo lo resuelvo" (C2), asociado al sentido de culpa vinculado al diagnóstico de VIH. Esta creencia promovía el aislamiento y la necesidad de transitar la enfermedad en soledad, diferenciándola de otras condiciones de salud donde el acompañamiento familiar es naturalizado. Los consultantes, consideraban además que no se podía concebir una red de apoyo configurada bajo la condición de vivir con VIH mientras no se definiera la revelación del diagnóstico, limitando las posibilidades de sostén vincular.

Durante el proceso terapéutico emergieron creencias transformadoras. Los consultantes, construyeron la comprensión de que la adherencia requiere una relación tranquila consigo mismo, rompiendo polaridades semánticas previas que asociaban la experiencia con ansiedad y obligación:

"Pues hay que tenerla porque si uno no tiene paciencia con uno mismo [...] yo siempre soy muy calmado en ese sentido" (C1). Se reconfiguró además la creencia sobre el autocuidado como proceso que se facilita en contextos comunitarios más que individuales, reconociendo las redes de apoyo como espacios legítimos de corresponsabilidad: "No solamente los medicamentos sino ustedes que son los que nos dan fortaleza a nosotros. Nos dan paz, nos dan amor" (C1). Emergió también la comprensión de que las redes de apoyo trascienden los vínculos consanguíneos: "...la familia de pronto no lo es todo, hay otras personas que, que te están esperando y están interesados en su situación y su enfermedad" (C2).

Dimensión de mitos

En el plano de las narrativas fundacionales que otorgan sentido a la experiencia, se identificó el mito de la resignación religiosa como narrativa dominante que dificultaba procesos de adherencia. Los consultantes, manifestaron creencias en las que Dios es concebido como creador y controlador absoluto de la vida, generando renuncia a la capacidad de autonomía en conductas de autocuidado: "...mi Dios es el único que decide cuándo se va o cuando, mi Dios nos tiene vivos porque, ósea, yo he llevado todo, así como los médicos me lo recomiendan yo, lo he hecho" (C1).

Emergió un complejo mítico religioso interconectado donde los modos de transmisión relacionados con prácticas sexuales y consumo de sustancias eran catalogados como "errores" que, desde una perspectiva religiosa, se ligaban al mito del pecado. Este se correlacionaba con el mito de la muerte como paga del pecado, en el cual el VIH/SIDA era comprendido como enfermedad mortal y castigo divino. Frente a esto, los consultantes, se allegaban al mito de la salvación y redención a través de la normalización y ritualización del comportamiento virtuoso como deber ser, donde cobraba importancia el milagro como acción redentora. Este patrón mítico generaba

dinámicas de disautonomización que quitaban empoderamiento a los consultantes, en sus acciones de autocuidado.

Se identificó además el mito del "amor sufriente" que todo lo soporta, configurando procesos de normalización del estigma y la discriminación. Al pagar lealtades familiares, los consultantes, soportaban esta naturalización entendiendo el disfrute de derechos solamente desde la perspectiva de los demás y alienándose a las disposiciones de otros, activando acciones de estigma y discriminación en su contra.

Dimensión de rituales

En las prácticas relacionales que actualizan y materializan el vínculo, se observaron ritualizaciones complementarias rígidas en las relaciones familiares, particularmente patrones de parentalización en los que adultos con VIH eran posicionados en roles de dependencia similar a la filiación, dificultando procesos de autonomía e individuación. Estas pautas relacionales perpetuaban dinámicas asimétricas que naturalizaban prácticas discriminatorias, incluso cuando existía información sobre los modos de transmisión del VIH.

Los consultantes, hicieron referencia a cambios en la ritualización generados por la revelación del diagnóstico, particularmente en aspectos relacionados con la sexualidad y el consumo de alcohol, apareciendo patrones de autocuidado y de cuidado del otro únicamente hasta el momento de la revelación, lo que podría estar relacionado con la creencia de "invulnerabilidad ante prácticas de riesgo" previa al diagnóstico.

En contraste, la ritualización terapéutica con los equinos facilitó transformaciones significativas. El cambio obligado de caballo debido al comportamiento del animal invitaba al sistema terapéutico

y al consultante, a reflexionar sobre la apertura a nuevas posibilidades en una postura más generativa, permitiendo ver "un tercer camino" en la polaridad semántica de lo correcto e incorrecto.

Construcción vincular de la experiencia de vivir con VIH

Transformaciones vinculares mediadas por la CSAE

La presencia de los equinos incorporó la incertidumbre como operador vincular, toda vez que el comportamiento del animal en relación con el consultante operaba como un tercero impredecible en la relación terapéutica. Esta característica obligaba al consultante a generar nuevas posibilidades relacionales en tiempo real, situándose en la frontera del caos característica de los sistemas complejos. Se fortaleció además la creencia sobre la ampliación de redes de apoyo más allá de vínculos consanguíneos, permitiendo que los consultantes tuvieran apertura al "recibir apoyo" y comprendiendo que no siempre el apoyo se recibe de aquellos con quienes se comparte consanguinidad.

En la dimensión ritual, se observó un proceso de rompimiento de polaridades semánticas facilitado por la interacción con los caballos. Inicialmente, los consultantes manifestaban rigidización en sus comprensiones de mundo, evidenciada en la selección del caballo donde únicamente se consideraban opciones polares (blanco o negro). Emergió una metáfora corporeizada del autocuidado mediada por el ritual de acicalamiento del caballo: el animal se mostraba inquieto al inicio del trabajo, pero cobraba sentido para el consultante la forma en que se confortaba cuando lo acicalaban. La comparación entre la parte del caballo cuidada y la que se encontraba sin cuidar permitió que el consultante identificara beneficios relacionados con el autoconcepto y la imagen que, de fortalecerse, mejoraban la adherencia al tratamiento.

El ritual de acercamiento para enlazar al caballo permitió la emergencia de comprensiones sobre la forma en que el consultante se relacionaba consigo mismo. El consultante señaló que el modo en que se aproximaba al caballo reflejaba su propio proceso de aceptación de vivir con VIH, reconociendo que una relación tranquila consigo mismo hacía innecesario un tránsito punitivo por la experiencia de la enfermedad.

Patrones relacionales con acompañantes significativos

El análisis de las sesiones con acompañantes significativos permitió identificar patrones relacionales que contextualizan las trayectorias de adherencia. La relación entre C1 y su hermana (AC1), identificada como cuidadora principal y figura de apoyo en la adherencia, evidenció una pauta relacional complementaria rígida caracterizada por parentalización. AC1 asumía un rol materno hacia C1, quien a su vez se posicionaba en lugar de dependencia filial, refiriéndose a ella como "segunda madre" y aceptando sus mandatos bajo la máxima "a la madre siempre se le obedece, tenga o no tenga la razón". Esta configuración relacional, si bien proporcionaba apoyo instrumental para la adherencia, simultáneamente dificultaba procesos de autonomía e individuación.

Un hallazgo problemático fue la persistencia de prácticas discriminatorias ritualizadas por parte de AC1 a pesar de haber recibido educación sobre los modos de transmisión del VIH. C1 naturalizaba estas acciones de estigma, perpetuando la dinámica de complementariedad asimétrica que caracterizaba el vínculo, conectándose con las narrativas del mito del "amor sufriente" donde C1 soportaba la discriminación familiar en nombre de la lealtad.

C2 asistió acompañado por una persona de su red de apoyo extrafamiliar, coherente con su configuración relacional caracterizada por fragilidad en el relacionamiento familiar. Durante las

sesiones, C2 expresó narrativas de soledad vinculadas a la indiferencia familiar, señalando que su familia no lo acompañaba durante sus hospitalizaciones desde la revelación del diagnóstico. Sin embargo, en el proceso terapéutico C2 elaboró una transformación en sus creencias sobre las redes de apoyo, reconociendo que los vínculos significativos no se restringen necesariamente a los lazos consanguíneos y que existen personas fuera del núcleo familiar dispuestas a acompañarlo en su experiencia de vivir con VIH, resignificando así el papel de las redes no familiares como fuentes legítimas de sostén vincular.

Discusión

Este estudio exploratorio examinó transformaciones narrativas y vinculares en dos personas con VIH que participaron en Consultoría Sistémica Asistida por Equinos (CSAE). Los hallazgos sugieren tres ejes de reflexión: la adherencia como fenómeno que trasciende los marcadores biomédicos, las posibles aportaciones específicas de la mediación ecuestre, y las implicaciones para la comprensión sistémica de la adherencia considerando las dimensiones míticas, rituales y los sistemas de significación que organizan la experiencia de vivir con VIH.

Adherencia más allá de los biomarcadores

La coexistencia de trayectorias virológicas favorables con narrativas problemáticas profundas sugiere que los indicadores biomédicos tradicionales, aunque fundamentales para el monitoreo clínico, podrían no capturar dimensiones críticas de la adherencia sostenible a largo plazo. Esta observación cobra particular relevancia considerando que estudios como el de Arrieta-Martínez et al. (2022) reportan tasas de no adherencia basadas predominantemente en mediciones de cumplimiento farmacológico inmediato, sin considerar las estructuras de significado que subyacen al comportamiento adherente. El análisis desde los operadores vinculares permitió identificar que

la adherencia sostenida no depende únicamente del conocimiento técnico sobre el tratamiento, sino de transformaciones más profundas en las dimensiones míticas, rituales y en los sistemas de significación, incluyendo creencias sobre autocuidado, culpa e identidad, que organizan la experiencia de vivir con VIH. Esto complementa los hallazgos de Estrada-Carmona et al. (2021), quienes demostraron que las redes de apoyo predicen significativamente la adherencia, sugiriendo que estas redes operan no solo como facilitadores instrumentales sino como contextos relacionales donde se co-construyen nuevos significados sobre el autocuidado, coherente con la perspectiva constructivista social propuesta por Gergen (2015). Las reducciones en sintomatología emocional observadas en ambos consultantes podrían estar vinculadas a las transformaciones narrativas identificadas, particularmente el tránsito de "estar enfermo" a comprenderse desde una "condición de salud en posición de disfrute de la vida", resonando con la comprensión del VIH como disrupción biográfica descrita por Wells et al. (2023). Esta formulación, emergente del discurso de los propios consultantes, ilustra cómo el análisis categorial permite recuperar transformaciones epistémicas desde la voz de los participantes. El diseño exploratorio no permite, sin embargo, establecer relaciones causales entre estos procesos.

Posibles aportaciones de la modalidad ecuestre

La incorporación de equinos en el proceso terapéutico introdujo mecanismos distintivos de transformación vincular no explorados previamente en el contexto del VIH. Coherente con los hallazgos de Rosing et al. (2022) en veteranos con TEPT, el equino pareció actuar como co-terapeuta que movilizó tres procesos específicos: incorporación de incertidumbre como elemento terapéutico, apertura a posibilidades más allá de polaridades semánticas rígidas, y generación de metáforas corporeizadas del autocuidado. Particularmente significativo fue el ritual de acicalamiento del caballo, que emergió como metáfora vivencial del autocuidado. A diferencia de

las aproximaciones puramente conversacionales características de intervenciones convencionales de adherencia, esta experiencia sensorial-afectiva permitió que los consultantes experimentaran corporalmente antes que comprendieran cognitivamente el concepto de cuidado. Los hallazgos de Pandey et al. (2024), Ward et al. (2022) y Souilm (2023) sobre efectividad de TAE en salud mental y regulación emocional se enriquecen aquí al evidenciar cómo estos efectos podrían operar específicamente sobre las dimensiones rituales del vínculo con la enfermedad. La ritualización terapéutica facilitada por la interacción ecuestre contrasta además con las ritualizaciones complementarias rígidas identificadas en las relaciones familiares de los consultantes, sugiriendo que la mediación animal puede introducir flexibilidad en patrones relacionales cristalizados que perpetúan dinámicas de dependencia y estigma.

Dimensiones míticas, sistemas de significación y adherencia

El análisis reveló un complejo entramado de narrativas míticas y sistemas de significación que operaban obstaculizando la adherencia: el mito del pecado vinculado a modos de transmisión, el mito de la muerte como castigo divino, el mito del amor sufriente, y creencias de estoicismo culpabilizante que promovían el aislamiento. Siguiendo a Estupiñán Mojica et al., (2017), estos sistemas de significación, entendidos como construcciones relacionales que organizan la comprensión de la realidad vincular, operan en niveles afectivo-relacionales no modificables mediante información biomédica exclusivamente, lo que ayuda a explicar la persistencia de prácticas discriminatorias en acompañantes significativos a pesar de haber recibido educación técnica sobre modos de transmisión, confirmando lo planteado por Celeste-Villalvir et al. (2023) sobre el impacto del estigma en las redes familiares y sociales. La identificación del mito del amor sufriente como narrativa que naturalizaba simultáneamente el apoyo instrumental y la discriminación familiar complejiza la comprensión del apoyo social como predictor de adherencia

documentado por Estrada-Carmona et al. (2021) y Nawfal et al. (2024), evidenciando que las redes de apoyo pueden ser facilitadoras y obstaculizadoras según las estructuras narrativas que las organizan.

Limitaciones y proyecciones

El tamaño muestral de dos casos, inherente al diseño exploratorio, restringe las conclusiones a proposiciones analíticas sin posibilidad de generalización estadística. La modalidad de investigación-intervención, coherente con el paradigma sistémico-constructivista, implica un rol dual del investigador que puede introducir sesgos en la producción e interpretación de los datos. La ausencia de grupo de comparación impide atribuir los cambios observados exclusivamente a la CSAE, y la evaluación posttest a seis meses de finalizada la intervención no permite trazar la trayectoria específica de cambio durante el proceso. Investigaciones futuras deberían explorar la CSAE con muestras más amplias, indagar en los mecanismos específicos mediante los cuales la mediación ecuestre facilita transformaciones en sistemas de significación vinculados a la adherencia, y examinar la sostenibilidad de los cambios narrativos y vinculares en seguimientos a largo plazo.

Conclusión

El análisis categorial del discurso permitió identificar transformaciones narrativas en los cuatro dominios vinculares examinados. En el dominio epistémico, ambos consultantes transitaron desde comprensiones reduccionistas de la adherencia hacia una resignificación del autocuidado como práctica relacional vinculada al amor propio. En las creencias y sistemas de significación, se observó el tránsito desde el estoicismo culpabilizante y el aislamiento hacia la legitimación de redes de apoyo no consanguíneas como fuentes válidas de sostén vincular. En la dimensión mítica,

las narrativas de resignación religiosa y castigo divino coexistieron con la emergencia de comprensiones que posicionan la vida con VIH como condición compatible con el disfrute. En el dominio ritual, la mediación ecuestre, particularmente el acicalamiento, ofreció una vía corporeizada para transformar ritualizaciones complementarias rígidas hacia prácticas de autocuidado más flexibles y autónomas.

La triangulación con indicadores cuantitativos mostró coherencia con estas transformaciones narrativas: ambos consultantes evidenciaron trayectorias virológicas favorables y reducciones en sintomatología emocional hacia niveles no clínicos, aunque el diseño exploratorio no permite establecer relaciones causales entre los procesos vinculares y los cambios biomédicos.

En conjunto, los hallazgos sugieren que la adherencia al TAR involucra dimensiones relacionales y narrativas que los marcadores biomédicos no capturan por sí solos, y que la CSAE podría constituir una modalidad complementaria para abordar estas dimensiones en personas viviendo con VIH. La naturaleza exploratoria del estudio invita a continuar indagando estos procesos con diseños que permitan mayor profundidad comparativa y seguimiento longitudinal.

Financiamiento

Esta investigación no recibió financiamiento específico de agencias públicas, comerciales o sin fines de lucro.

Conflicto de intereses

El autor declara no tener conflictos de interés en relación con la investigación, autoría y/o publicación de este artículo.

Agradecimientos

El autor agradece a los participantes del estudio por compartir sus experiencias, al personal de la IPS por facilitar el reclutamiento, así como los co-terapeutas equinos: Luna, Princesa, Suprema, Estrella, Encanto y Aleph.

Referencias

Arrieta-Martínez, J. A., Estrada-Acevedo, J. I., Gómez, C. A., Madrigal-Cadavid, J., Serna, J. A., Giraldo, P. A., & Quirós-Gómez, Ó. (2022). Factores relacionados con la no adherencia a la terapia antirretroviral en pacientes con VIH/sida. *Farmacia Hospitalaria*, 46(6), 319–326.

<https://doi.org/10.7399/fh.11793>

Celeste-Villalvir, A., Payan, D. D., Armenta, G., Palar, K., Then-Paulino, A., Acevedo, R., Baez, J., Ford, C. L., & Golin, C. E. (2023). Exploring gender differences in HIV-related stigma and social support in a low-resource setting: A qualitative study in the Dominican Republic. *PLOS ONE*, 18(8), e0290228. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0290228>

Cuenta de Alto Costo. (2023). *Situación del VIH en Colombia 2023*. Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. <https://cuentadealtocosto.org/publicaciones/situacion-de-vih-en-colombia-2023/>

Estrada-Carmona, S., Hoil Fuentes, D. B., Apolinar Moreno, E., & Pérez Aranda, G. I. (2021). Resiliencia y adherencia al tratamiento en personas que viven con VIH/SIDA. *Apuntes de Psicología*, 39(1), 3–7. <https://www.apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/829>

Estupiñán Mojica, J., Hernández Córdoba, Á., & Serna Dimas, A. (2017). *Transformación de la subjetividad en la psicoterapia sistémica*. Ediciones USTA.

<https://ediciones.usta.edu.co/index.php/publicaciones/titulos-disponibles/transformación-de-la-subjetividad-en-la-psicoterapia-sistémica-detail>

Fleischer, L., & Avery, A. (2020). Adhering to antiretroviral therapy: A qualitative analysis of motivations for and obstacles to consistent use of antiretroviral therapy in people living with HIV. *SAGE Open Medicine*, 8, 2050312120915405. <https://doi.org/10.1177/2050312120915405>

Flick, U. (2018). *An introduction to qualitative research* (6a ed.). Sage.

Gagnier, J. J., Kienle, G., Altman, D. G., Moher, D., Sox, H., Riley, D., & CARE Group. (2013). The CARE guidelines: Consensus-based clinical case reporting guideline development. *Journal of Medical Case Reports*, 7, 223. <https://doi.org/10.1186/1752-1947-7-223>

Gergen, K. J. (2015). *An invitation to social construction* (3a ed.). Sage.

Johnson, J. L., Adkins, D., & Chauvin, S. (2020). A review of the quality indicators of rigor in qualitative research. *American Journal of Pharmaceutical Education*, 84(1), 7120. <https://doi.org/10.5688/ajpe7120>

Li, J., & Sánchez-García, R. (2023). Equine-assisted interventions for veterans with posttraumatic stress disorder: A systematic review. *Frontiers in Psychiatry*, 14, 1277338. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1277338>

Lincoln, Y. S., & Guba, E. G. (1985). *Naturalistic inquiry*. Sage.

Maturana, H. (2009). *La realidad: ¿objetiva o construida?* (Vol. 1). Anthropos.

Miermont, J. (1993). *Écologie des liens*. ESF éditeur.

Ministerio de Salud y Protección Social, Empresa Nacional Promotora del Desarrollo Territorial, & Instituto de Evaluación Tecnológica en Salud. (2021). *Guía de Práctica Clínica basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes*. <https://www.minsalud.gov.co>

Nawfal, E. S., Gray, A., Sheehan, D. M., Ibañez, G. E., & Trepka, M. J. (2024). A systematic review of the impact of HIV-related stigma and serostatus disclosure on retention in care and antiretroviral therapy adherence among women with HIV in the United States/Canada. *AIDS Patient Care and STDs*, 38(1), 23–49. <https://doi.org/10.1089/apc.2023.0178>

Dossett, L. A., Kaji, A. H., & Cochran, A. (2021). SRQR and COREQ reporting guidelines for qualitative studies. *JAMA Surgery*, 156, 875–876. <https://doi.org/10.1001/jamasurg.2021.0525>

Packer, M. J. (2018). *La ciencia de la investigación cualitativa*. Ediciones Uniandes.

Pandey, R., Himanshu, Gunjan, Mukherjee, R., & Chang, C. (2024). The role of animal-assisted therapy in enhancing patients' well-being: Systematic study of the qualitative and quantitative evidence. *JMIRx Med*, 5, e51787. <https://doi.org/10.2196/51787>

Patton, M. Q. (2015). *Qualitative research & evaluation methods: Integrating theory and practice* (4a ed.). Sage.

Pavez Correa, F. (2021). El supuesto declive del construccionismo social en la psicología social crítica. *LÍMITE Revista Interdisciplinaria de Filosofía y Psicología*, 16. <https://doi.org/10.4067/s0718-50652021000100206>

Remor, E. (2002). Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Psicothema*, 14(2), 262–267.

Robles Arguedas, G. M. (2024). *La influencia de la autoestima en la adherencia al tratamiento en pacientes adultos con VIH de un hospital de Lima en el año 2024* [Tesis de licenciatura, Universidad Peruana Cayetano Heredia]. Repositorio Institucional UPCH. <https://hdl.handle.net/20.500.12866/16465>

Rosing, T., Malka, M., Brafman, D., & Fisher, P. W. (2022). A qualitative study of equine-assisted therapy for Israeli military and police veterans with PTSD, Impact on self-regulation, bonding and hope. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e5074–e5082. <https://doi.org/10.1111/hsc.13922>

Serna-Trejos, J. S., & Bermudez-Moyano, S. G. (2023). Panorama epidemiológico de VIH/SIDA en Colombia, 2022. *Metro Ciencia*, 31(3), 90–93. <https://doi.org/10.47464/MetroCiencia/vol31/2/2023/90-93>

Sheehan, D. M., De La Cruz, Y., & Ramírez-Ortiz, D. (2021). A qualitative study of antiretroviral therapy adherence interruptions among young Latino men who have sex with men with HIV: Project D.A.I.L.Y. *AIDS Care*, 33(7), 962–969. <https://doi.org/10.1080/09540121.2021.1874277>

Souilm, N. (2023). Equine-assisted therapy effectiveness in improving emotion regulation, self-efficacy, and perceived self-esteem of patients suffering from substance use disorders. *BMC Complementary Medicine and Therapies*, 23, 363. <https://doi.org/10.1186/s12906-023-04191-6>

Creswell, J. W., & Poth, C. N. (2018). *Qualitative inquiry and research design: Choosing among five approaches* (4a ed.). Sage.

Van Dijk, T. A. (2016). Estudios críticos del discurso: Un enfoque sociocognitivo. *Discurso & Sociedad*, 10(1), 137–172.

Ward, J., Hovey, A., & Brownlee, K. (2022). Mental health benefits of mounted equine-assisted therapies: A scoping review. *Health & Social Care in the Community*, 30(6), e4920–e4935. <https://doi.org/10.1111/hsc.13904>

Wells, N., Murphy, D., Ellard, J., Philpot, S. P., & Prestage, G. (2023). HIV diagnosis as both biographical disruption and biographical reinforcement: Experiences of HIV diagnoses among recently diagnosed people living with HIV. *Qualitative Health Research*, 33(3), 165–175. <https://doi.org/10.1177/10497323221146467>

Yin, R. K. (2018). *Case study research and applications: Design and methods* (6a ed.). Sage.

Zahra, A. N., Waluyo, A., Yona, S., & Pakasi, T. A. (2024). Resilience in relation to adherence to antiretroviral therapy in people living with HIV: A qualitative study. *Global Qualitative Nursing Research*, 11, 23333936241233449. <https://doi.org/10.1177/23333936241233449>