

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS ALREDEDOR DE LAS RELACIONES DE PAREJA
EN TRES PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL VIH EN VILLAVICENCIO.



CARLOS ALBERTO ALBARRACÍN CORTES
YUDY ALEJANDRA ARIZA BEDOYA
ESMERALDA ESPINOSA MONTENEGRO



UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VILLAVICENCIO

2020

CONSTRUCCIÓN DE NARRATIVAS ALREDEDOR DE LAS RELACIONES DE PAREJA
EN TRES PERSONAS QUE CONVIVEN CON EL VIH EN VILLAVICENCIO.

CARLOS ALBERTO ALBARRACÍN CORTES
YUDY ALEJANDRA ARIZA BEDOYA
ESMERALDA ESPINOSA MONTENEGRO

Trabajo de grado para optar por el título de Psicólogo

Asesor:
JULIE ALEJANDRA ROJAS SILVA
Master en Intervención Social

UNIVERSIDAD SANTO TOMÁS
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
VILLAVICENCIO

2020

Autoridades académicas

P. JOSE GABRIEL MESA ANGULO, O.P.

Rector General

P. EDUARDO GONZALES GIL, O.P.

Vicerrector Académico General

P. JOSE ANTONIO BALAGUERA CERPADA, O.P.

Rector Sede Villavicencio

P. RODRIGO GARCIA JARA, O.P.

Vicerrector Académico Sede Villavicencio

MG. JULIETH ANDREA SIERRA TOBÓN

Secretaria de División Sede Villavicencio

MG. ANDREA CAROLINA CAÑÓN SÁNCHEZ

Decana de Facultad de Psicología

Nota De Aceptación

Mg. ANDREA CAROLINA CAÑÓN SÁNCHEZ

Decana de Facultad de Psicología

Master. JULIE ALEJANDRA ROJAS SILVA

Directora Trabajo de Grado

Mg. LAURA MARCELA MUÑOZ PRADO

Jurado

Villavicencio, Febrero de 2020

Para aquellas personas que han sufrido discriminación y rechazo

Agradecimientos

Agradezco a Dios por permitirme llegar a cumplir mis sueños y anhelos más significativos, a mis padres Ignacio Espinosa Y Lucrecia Montenegro, a mi hermana María Alejandra Espinosa por el apoyo, la entrega y el interés que me brindaron durante todo mi proceso académico.

Esmeralda Espinosa Montenegro

Fueron muchas las experiencias, lágrimas, aprendizajes y esfuerzos no solo míos sino también de los que me acompañaron en este hermoso proceso, por esta razón quiero agradecerle primero que todo a Dios por proveer los recursos para poder dar este nuevo paso, así mismo, le agradezco a mis padres Luz Stella Bedoya y Guillermo Ariza, por su dedicación, entrega incondicional y amor, lo cual fue vital en este proceso, igualmente a mis hermanos Luz Elena Ariza y Jhon Wilmer Ariza por su apoyo y esfuerzo para así poder lograr este objetivo. Soy muy afortunada de tenerlos como familia, gracias, los amo.

Yudy Alejandra Ariza Bedoya

Transitar por este proceso académico ha sido una de las mejores experiencias en mi vida, doy gracias a Dios porque sin él todo resulta más complicado. A mi familia que ha sido un sostén importante durante este ejercicio, a mis profesoras Jenny Andrea Romero y Marcela Velásquez Herrera quienes me enseñaron lo que es la ética, el profesionalismo y lo genial que es la investigación y la Psicología; agradezco también al profesor Fernando Aquiles López quien fue un gran apoyo en un momento importante de mi historia. Este proceso se lo dedico a mi papá Carlos Enrique Albarracín, quien hasta en su último aliento siempre me apoyó con mis estudios.

Carlos Alberto Albarracín Cortes

Igualmente le agradecemos a las docentes Julie Alejandra Rojas y Paola Andrea León, por su apoyo y entrega en este proceso y a los participantes de la investigación por su participación voluntaria.

Tabla de contenido

	Pág.
Resumen	11
Abstrac	12
Problematización	13
Planteamiento del Problema	13
Justificación	16
Objetivos	19
Objetivo general.....	19
Objetivos específicos	19
Marcos de referencia	20
Marco epistemológico / paradigmático.....	20
Marco Disciplinar	22
Narrativas.	22
Relaciones de Pareja.	23
Vínculos amorosos.	24
Rol.	25
Diagnóstico del VIH.	25
Narrativas.	26
Relaciones de Pareja.	27
Marco Legal	27
Antecedentes Investigativos.....	28
Metodología	34
Participantes.....	34
Estrategias	35
Procedimiento	36
Consideraciones éticas	39
Resultados	40

Discusión de Resultados	48
Conclusiones	62
Aportes, Limitaciones y Sugerencias.....	63
Aportes.....	63
Limitaciones.....	64
Sugerencias	64
Referencias.....	65

Lista de tablas

Pá

g.

Tabla 1. Transcripción escena 1	40
Tabla 2. Matriz de análisis categorial previa	41
Tabla 3. Matriz de análisis categorial de la escena 1.....	42
Tabla 4. Matriz de análisis categorial de la escena 2.....	43
Tabla 5. Matriz de análisis categorial de la escena 3.....	45
Tabla 6. Matriz de análisis categorial de la escena 4.....	46

Lista de figuras

Figura 1. Inmersión en la experiencia: Evocar- explorar,	36
Figura 2. Deconstruir lo construido: Comprender y Deconstruir,	37
Figura 3. Reescribiendo la Experiencia: Co- construcción,	37
Figura 4. Lo que me llevo: Espacio Reflexivo,	38

Resumen

Esta investigación tiene como objetivo comprender las narrativas construidas alrededor de las relaciones de pareja en personas que conviven con el VIH en Villavicencio; para el desarrollo de esta investigación se cuenta con la participación de tres personas diagnosticadas con el VIH. Este estudio es de corte cualitativo, empleando como método un diseño narrativo, haciendo uso de escenarios conversacionales como estrategia de recolección de información, el cual favorece un espacio para el reconocimiento y deconstrucción de narrativas dominantes y la emergencia de narrativas alternas. Así mismo, se hizo uso de la matriz de análisis categorial para la interpretación de la información recibida. Se identifica la importancia de nuevas formas de conocer el fenómeno a partir de una perspectiva que permita dar cuenta de las formas de relación que existen entre las personas que conviven con este diagnóstico y los demás sistemas en interacción. Así mismo, se visibiliza la falta de humanismo por parte del profesional de psicología y su rol en la educación y acompañamiento de la persona desde el primer momento de conocer su estado serológico y durante todo el proceso que sea necesario. Es decir, se encontraron narrativas dominantes configurados en un lenguaje de dolor, pérdida y miedo al establecimiento de nuevas parejas, así mismo, el escenario conversacional posibilitó la deconstrucción de estos relatos favoreciendo la emergencia de narrativas alternas generando de este modo nuevas comprensiones de cómo se estaba entiendo el diagnóstico y la posibilidad de conformar relaciones seropositivas, por otro lado, los participantes manifestaron sentirse aliviados y esperanzados al compartir sus historias con otras personas.

Palabras claves: Narrativas, , VIH, Relaciones de Pareja.

Abstrac

This research aims to understand the narratives built around relationships in people living with HIV in Villavicencio; For the development of this research, three people diagnosed with HIV are involved. This study is of qualitative nature, using as a method a narrative design, making use of conversational scenarios as a strategy for collecting information, which favors a space for the recognition and deconstruction of dominant narratives and the emergence of alternate narratives. Likewise, the categorical analysis matrix was used to interpret the information received. As a finding, the importance of new ways of knowing the phenomenon is identified from a perspective that allows us to account for the forms of relationship that exist between people living with this diagnosis and the other systems in interaction. Likewise, the lack of humanism by the professional of psychology and its role in the education and accompaniment of the person from the first moment of knowing their serological status and throughout the process that is necessary is made visible. As conclusions were found dominant narratives configured in a language of pain, loss and fear of the establishment of new partners, likewise, the conversational scenario allowed the deconstruction of these stories favoring the emergence of alternate narratives thus generating new understandings of how it was I understand the diagnosis and the possibility of forming HIV-positive relationships, on the other hand, the participants expressed feeling relieved and hopeful when sharing their stories with other people.

Keywords: Narratives, HIV, Relationships.

Problematización

Planteamiento del Problema

La infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) sigue siendo un problema de salud pública a nivel mundial, ya que éste al infectar las células del sistema inmunitario, destruye o transforma su funcionamiento, provocando un deterioro progresivo en el sistema y produciendo una deficiencia inmunitaria (Organización Mundial de la Salud, 2017, párr. 13).

En el 2017, 20,9 % millones de personas estaban recibiendo terapia Antirretrovírica en todo el mundo. Sin embargo, solo el 53% de los 36,7 millones de personas que vivían con el VIH estaban recibiendo el tratamiento en 2016 a nivel mundial (OMS, 2017, párr. 3); lo que significa, que aún hace falta más desarrollo en programas de prevención de la enfermedad y alcance al tratamiento antirretrovírico para las personas que viven con la enfermedad, además, solidificación de las guías establecidas por el Ministerio de Salud frente a la regulación de la formulación de estos medicamentos.

Es importante tener en cuenta que en los últimos años se ha implementado la prueba rápida para VIH con el propósito de la detección temprana u oportuna; en un estudio realizado en Brasil para conocer la percepción de los representantes de Colectivos LGBT respecto a las estrategias de inclusión de esta prueba, se encontró que su preocupación se enfoca en las estrategias de cuidado y no en la aplicación de la prueba como tal (Rocha, Gomes, Cé, Pujol, Torres de Carvalho, Pizzinato, 2019). Esto quiere decir que la detección temprana del VIH permite tomar medidas que ayuden a las personas que contraen este virus en su redefinición y adherencia al tratamiento, ya que como refieren Muñoz, González, Domenech, y Galindo (2018), el VIH interviene no solo en la salud física, sino también en la salud mental y otros factores psicosociales que afectan constantemente la estabilidad emocional del individuo.

Uno de los factores psicosociales que se ven afectados reside en las relaciones de pareja, dado que como sugiere algunas investigaciones sobre las expresiones sexuales en personas que conviven con el VIH/SIDA, en muchas ocasiones estas deciden no tener relaciones sexuales una vez obtenido el resultado, por el miedo a ser discriminados y estigmatizados llegando incluso a evitar expresiones eróticas de cualquier tipo (Suárez y Zambrano, 2015).

Así mismo, la pareja podría tener un papel importante en el acompañamiento del diagnóstico y en la adherencia al tratamiento, puesto que como refiere un estudio realizado por Cardona, Medina, Herrera y Orozco, (2016) sobre depresión y factores asociados en personas que conviven con VIH/Sida de Quindío, Colombia, se encontró que hay estados emocionales que puedan favorecer u obstaculizar el proceso de vivir con VIH y cómo el tener una relación de pareja tendría un rol favorable respecto a la depresión, dado que el permanente apoyo emocional por parte de la pareja ayuda en la aceptación del diagnóstico y la posterior adherencia al tratamiento.

Sin embargo, lo anterior no sucede siempre, Aguiar y Camargo (2014), refieren que el amor y las relaciones estables aumentan la vulnerabilidad en la transmisión del VIH, dado que se tiene la idea que la confianza justifica la práctica de relaciones sexuales sin protección. Del mismo modo, Arévalo (2018) refiere que en algunos casos los compañeros masculinos reaccionan violentamente al enterarse del diagnóstico positivo de su compañera, llegando incluso a impedirles el acceso al tratamiento antirretroviral (TAR), también prohibiéndoles el acceso a las consultas e incluso llegan a destruir la medicación antirretroviral de su pareja. Esto es muy importante a tener en cuenta puesto que como lo sugiere Hernández (2002) citado por Ramírez (2018):

La enfermedad en uno de los miembros del sistema familiar puede afectar los procesos de autonomía y de vinculación de todos y cada uno de los miembros de la familia en especial de la persona sintomática dado que los escenarios de vida, las formas de relación, las jerarquías, las funciones familiares se organizan en sentido contrario, al desarrollo y la autonomía de la persona (p.26).

En este sentido, Ramírez (2018) explica que el reconocimiento de uno de los integrantes del sistema con el diagnóstico favorece que los relatos dominantes acerca de la infección pierdan fuerza, permitiendo que los vínculos afectivos que se forman alrededor de la persona con el diagnóstico redefinan la enfermedad.

Así mismo, Sontag (2003) citado por Guevara y Hoyos (2018), refiere que muchas veces las personas que conviven con el VIH tienden a aislarse para que nadie conozca su diagnóstico, absteniéndose en muchas ocasiones de tener relaciones sexuales, sociales o de pareja, generando baja adherencia al tratamiento y muchas veces la presencia de mayores niveles de ansiedad, depresión y estrés.

Actualmente son muy pocas las investigaciones realizadas por la psicología alrededor del VIH en el Departamento del Meta, sin embargo, en una investigación realizada por González,

Rincón y Salamanca (2016) sobre afrontamiento y calidad de vida del paciente con VIH/SIDA de la IPS Salud Llanos en Villavicencio, en la dimensión calidad de vida en salud se encontró que la función física, dolor corporal y salud general eran estables, pero había un deterioro en las dimensiones de rol físico, vitalidad, función social, rol emocional y salud mental; ante esto, el Ministerio de Salud (2002), refiere que las personas diagnosticadas con el VIH suelen estar sometidas a una tensión emocional mayor a la que pueden sufrir la mayoría de las personas en situaciones cotidianas de la vida, dado que pueden llegar a sentirse sorprendidas, enojadas, deprimidas, confundidas, temerosas, culpables o incluso manifestar una mezcla de emociones que muchas veces no se sabe explicar además de experimentar una gran variedad de sentimientos.

Por otro lado, por medio de la revisión de antecedentes se encontró que existe bastante información sobre el VIH en cuanto a datos estadísticos, epidemiológicos, representaciones sociales, estigmas, las expresiones sexuales, etc., pero desde la psicología se encontró poca información con respecto a las relaciones de pareja y las narrativas que emergen en torno a este proceso en personas que conviven con el VIH, además, en el caso del Departamento del Meta son aún más reducidas las investigaciones desde la apuesta psicológica, razón por la cual nace el propósito de esta investigación.

El presente estudio se relaciona con la línea de investigación **Psicología, realidades cotidianas y transformaciones sociales de la Facultad de Psicología de la Universidad Santo Tomás**, la cual tiene como objetivo plantear interrogantes articulados con las posibles formas de transformación social, vista desde la explicación/compreensión/abordaje de las complejas interacciones que existen entre las subjetividades humanas -biología, cognición, emoción, sus diversos escenarios sociales -sí mismo, familia, comunidad, instituciones, sociedad, y los sistemas de creencias/sistemas de significados y sentidos/narrativas que circulan en esta interacción; de igual forma, con esta investigación abordaremos la construcción de narrativas alrededor de las relaciones de pareja, dando voz activa a los protagonistas, permitiendo la deconstrucción de relatos dominantes en relación al diagnóstico y la emergencia de relatos alternos, puesto que como refiere Payne (2000), “esta deconstrucción permite que el relato alternativo se fortalezca en lugar de disolverse y le permite a la persona contemplar su experiencia con mayor perspectiva, escribe una historia más rica y sienta las bases del cambio futuro” (p.30).

En este sentido, esta investigación asume la narrativa conversacional como un dominio explicativo-comprensivo, con el fin de conceptualizar, explicar y comprender -en este caso el VIH en

las relaciones de pareja- los fenómenos y los procesos relacionales de los sistemas humanos (Estupiñán y González, 2015). De modo que la narrativa, como un “proceso dinámico incluye tanto la forma en que organizamos los sucesos y experiencias de nuestra vida para explicarlos, como la forma en que participamos para crear aquello que explicamos, incluidos nosotros mismos” (Anderson, 1997, p.267).

Retomando lo que dice Anderson, como investigadores al participar en aquello que se busca explicar, favoreció el proceso autorreferencial, siendo éste fundamental para el planteamiento del problema, teniendo en cuenta que al reconocer los sentimientos que se generaban respecto al fenómeno de estudio posibilitó la emergencia de cuestionamientos frente al éste, comprendiendo la importancia de interrogarse sobre el proceso por el cual emerge el observador en el sistema que describe Elkaïm (1998).

Por lo anterior, surge la pregunta de investigación: *¿Cómo se construyen las narrativas de tres personas que conviven con el VIH alrededor de las relaciones de pareja en la Ciudad de Villavicencio?*

Justificación

El VIH es un tema bastante explorado en investigación dado su carácter epidemiológico, en esto, la psicología también ha hecho sus aportes respecto la dimensión emocional y relacional entre la persona que convive con esta condición y los demás sistemas con quien se relaciona. Como refiere Cardona, Medina, Herrera y Orozco (2016), el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) constituye una “condición que afecta la salud de millones de personas en el mundo y que demanda esfuerzos intersectoriales para ser abordada”.

En Colombia, en el año 2017 se reportaron 13.310 casos nuevos, confirmados por laboratorio, el 79,9 % de los casos de VIH/SIDA se registraron en el sexo masculino (Instituto Nacional de Salud, 2017). De la misma forma para el 2016 en el META, “se notificaron 206 casos nuevos de VIH en el departamento, de los cuales el 72,8% corresponden a hombres y 27,2% a mujeres; la edad promedio, es de 32,4 años, con un rango de 15 a 75 años” (El Espectador, 2016). En Villavicencio según la Secretaria Local de Salud (2018) “el acumulado por este evento llega a 33 casos, 9 registran con condición final muerto, p. 36). De esta manera, se visibiliza de que esta enfermedad demanda atención intersectorial, siendo un problema de salud pública a nivel mundial.

Además, la OMS (2017) refiere que “a mediados de 2017, 2009 millones de personas estaban recibiendo terapia antirretrovírica en todo el mundo. Sin embargo, solo el 53% de los 36,7 millones de personas que vivían con el VIH estaba recibiendo el tratamiento antirretroviral en 2016 a nivel mundial”. Desde el ámbito psicológico, InfoSida (2019) refiere que las personas con el VIH corren un mayor riesgo de padecer enfermedades de salud mental que las personas que no tienen el virus.

Así mismo, según una investigación sobre los aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas con enfermedades crónicas, realizada por Vinaccia y Orozco (2005), se encontró que entre en los factores importantes para propender por la calidad de vida de las personas con enfermedades crónicas se encuentran el bienestar físico, psicológico, espiritual y social, entre este factor (social) encontramos el trabajo, el afecto, la intimidad, las relaciones, entre otras.

De la misma forma, según González y Piña (2011) quien es citado por Mosqueda, Reyes, Montuy, Cruz y Arcos (2017), la presencia o ausencia del apoyo social afecta la salud de los individuos sobre todo en las personas que viven con VIH, debido a que los individuos con relaciones de apoyo (familia, amigos, pareja, etc.), con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones; de esta forma podemos resaltar la importancia del apoyo social para las personas que tienen esta enfermedad.

Así mismo, en cuanto a las relaciones de pareja se logra encontrar que según un estudio sobre depresión en personas con VIH en dos municipios de Angola se encontró que “la relación de pareja para un portador de VIH podría funcionar como un soporte social para el afrontamiento a la enfermedad”(p. 284); de igual manera, esta investigación afirma que hay más prevalencia a la depresión en las mujeres que no cuentan con un acompañante sentimental, arrojando que en las mujeres solteras hubo depresión moderada y leve, en tanto que para las casadas sólo reflejo leve y entre las viudas la depresión se distribuyó de manera equitativa entre las categorías leve y grave (Nhamba, Hernández y Bayarre, 2014).

De igual manera, según García (2014), la dimensión psicológica que se manifiesta en la infección por VIH tiene que ver con la significación que cada persona le da al diagnóstico, el contexto, las redes de apoyo con las que cuenta, los recursos personales y sociales, el acceso a los recursos sanitarios, etc., son factores que inciden en la aparición de alteraciones psicológicas; de

esta manera podemos encontrar que las personas con VIH pueden comprender las relaciones de pareja como algo positivo o por el contrario negativo.

A través de estas comprensiones se logra encontrar relatos dominantes o alternos, tal como lo expresa Guevara y Hoyos (2018) en su investigación en la cual se resaltan relatos como “yo quiero salir adelante, pero siempre hay algo que uno recuerda que lo hace a uno decaer; a mí me da duro que mis parejas me abandonen porque no sienten que conmigo tengan un futuro”. (p. 133)

Esto se relaciona con la investigación de Suárez y Zambrano (2015) en el cual afirman que “de acuerdo con las investigaciones revisadas el 13.9% de las personas con VIH/SIDA deciden no tener relaciones sexuales después del diagnóstico por el miedo ser discriminado y estigmatizado”.

De acuerdo a lo anterior, se reconoce la importancia de abordar este fenómeno y de brindar a las personas que conviven con el VIH un espacio de co- construcción que permita la emergencia de relatos alternos y posibilitadores de nuevas formas de comprender las relaciones de pareja en relación con el diagnóstico.

Objetivos

Objetivo general

Comprender las narrativas construidas alrededor de las relaciones de pareja en tres personas que conviven con el VIH en Villavicencio.

Objetivos específicos

Reconocer los relatos contruidos por los participantes con relación a sus experiencias frente al diagnóstico del VIH.

Identificar las narrativas dominantes y alternas construidas por los participantes acerca de las relaciones de pareja en el contexto del diagnóstico VIH+.

Describir las nuevas construcciones narrativas de los participantes sobre las relaciones de pareja en personas con VIH.

Marcos de referencia

Marco epistemológico / paradigmático

Teniendo en cuenta los objetivos de esta investigación, se tomará como referencia el paradigma cualitativo- interpretativo, puesto que según Ricoy (2005a) en Ricoy (2006), éste permite “profundizar en la investigación, planteando diseños abiertos y emergentes desde la globalidad y contextualización” (p.17), de este modo, se sustituyen cualquier intento de explicación teórica, predicción y control por nuevas formas de comprensión, significado y acción (Bautista, 2011. p. 15).

Por lo anterior, esta investigación, no pretende predecir, medir o cuantificar, sino interpretar y reconocer los relatos dominantes y alternos de los participantes desde sus propias vivencias, dado que como refiere Bautista (2011), en el paradigma cualitativo- interpretativo la “finalidad no es buscar explicaciones causales o funcionales de la vida social y humana, sino profundizar nuestro conocimiento y comprensión de por qué la vida social se percibe y experimenta tal como ocurre” (p.14).

De esta forma el paradigma cualitativo- interpretativo permite comprender las narraciones desde la voz de los propios participantes y por lo tanto darle espacio a nuevas co- construcciones del relato.

Esta investigación toma como referencia el socio-constructivismo, puesto que esta epistemología considera al lenguaje una pieza fuerte de la dialogicidad en las conversaciones que se establecen continuamente (Shotter, 1996 quien es citado por Pakman, 1996). De esta manera, para Shotter el Sí mismo es importante dado que la psiquis y el hecho de ser seres individuales, permite que no solo construyamos con el otro, sino que en ese proceso nos reconstruyamos nosotros mismos, ampliando de este modo el concepto de realidad, puesto que al estar mediado por el lenguaje y en la medida en que se establecen las conversaciones, se va construyendo una realidad. De este modo, las personas que están involucradas en esta relación conversacional se sienten obligadas moralmente a proceder conforme a lo que existe entre ellos y, en consecuencia, todos los que participamos, podemos ser los actores no solamente de nuestra realidad sino también de nuestro propio yo (Shotter, 2001).

No se trata de un proceso lineal, entre alguien que envía un mensaje y otro que la recibe, sino que, por el contrario; es circular, se retroalimenta, va y viene (Garfinkel, 1967 como se citó en Shotter, 2001). Por lo tanto, esta nueva forma de ver y comprender la realidad, no solo representa nuevas alternativas al proceso de conocer la verdad, sino que también significa una fuerte crítica al método científico al contemplar al observador como sujeto activo, parte del sistema que observa, es decir, que en el proceso de investigación cada persona que investiga una situación en determinado sistema debe hacerlo consciente de que hace parte de dicho sistema y que el conocimiento adquirido es construido (Arango y Bedoya, 2012).

La cibernética de segundo orden. Para Pakman (1994) la cibernética tuvo como logro central el encontrar una manera de hablar del lenguaje, así como de otras formas de comunicación en sistemas biológicos, sociales y artificiales, como una continuidad. Desde esta perspectiva, se sostiene que la realidad no es “externa” sino que se construye; con la primera revolución cibernética (es decir, de primer orden) se creó un lenguaje interdisciplinario que originó una nueva disciplina de la mente, esta transición permitió el paso de los sistemas observados (que sitúa al observador en el exterior del sistema observado) al de los sistemas observadores (que incluye al observador en el sistema observado), es decir, el paso de la cibernética de primer orden a una de segundo orden (Brunet y Morell, 2001).

En la cibernética de segundo orden se cuestiona la distinción entre objetividad y subjetividad afirmando que la ciencia más que fundarse en el presupuesto de objetividad, se funda en el presupuesto de reflexividad, es decir, el objeto solo se define en relación con un sujeto, esto significa que cualquier sistema está necesariamente conformado por dos elementos: un sujeto y la realidad que ese sujeto intenta objetivar (Brunet y Morell, 2001). De esta manera, el investigador se entiende así mismo como participante en los sistemas que pretende explicar, entender o construir, el investigador pasa entonces a de una comunicación unidireccional a una bidireccional en el cual se da un ejercicio de observación del observador donde por medio del lenguaje se construye realidades; a partir de esto, el socio-constructivismo, cuyas raíces están más en la crítica literaria, la psicología, la antropología, las ciencias sociales, en general, se centró en la exploración de la construcción de realidades a partir de la noción de narrativas permitiendo entender la interacción social como objeto de estudio, Pakman (1994).

Marco Disciplinar

Narrativas.

Para Estupiñan, González y Serna (2006) narrar historiza la experiencia vivida, provee una concreción relativa permitiendo su aprehensión, apropiación reflexiva personal y de manera comunitaria; por lo tanto, cuando se narra se busca de manera intencional y activa hacer significativo nuestro mundo y por ende a nosotros mismos de manera que nos permita responder a éste de ciertas formas que nos demandadas, es decir, “narrar es un medio y un fin en sí mismo” (p.51).

Echeverría (2005), refiere que usualmente se piensa que solo escuchamos palabras como si fuéramos receptores pasivos de lo que se está diciendo, sin embargo, ocurre todo lo contrario, somos activos productores de historias y es por esto que nuestra capacidad de organizar oraciones nos permite escuchar relatos, narrativas, historias. De esta manera, según Estupiñan, González y Serna (2006), la narrativa es entendida como “un proceso que permite comprender los fenómenos propios de los sistemas humanos (experiencias, historias de vida, acontecimientos, sentimientos, entre otros) como emergencia en el lenguaje” (p.61). De modo que según Arias y Alvarado (2015),

El narrar implica poner lo vivido en palabras, en tanto ideas y emociones; resignificar las experiencias, llenar de sentido la propia historia al renombrar y recrear una serie de acontecimientos, que más que responder a un orden cronológico y objetivo, responden a un entramado lógico y subjetivo, que da cuenta de la configuración particular y compleja frente a los hechos vividos (p.172).

Cuando se narra una historia se crea la posibilidad de construir y reconstruir una interpretación de la misma, por lo tanto, en la narrativa conversacional se busca comprender y transformar los fenómenos ya que éstos se conciben como procesos emergentes de la conexión entre las voces evocadas y el acto mismo de narrar (Estupiñan, González y Serna, 2006).

Usualmente cuando las personas narran su historia, estas están cargadas de dolor, para White (2007) quien es citado por Macario (2013), estas narrativas o relatos dominantes, son aquellas historias inscritas en el fracaso, el miedo, la pérdida, el rechazo y todas aquellas que tienen un carácter inhabilitante y de algún modo opresivo que genera malestar o tensión en el individuo.

Es importante señalar que según Domínguez y Herrera (2013), desde el momento en que una persona decide narrar ciertas experiencias, acontecimientos y vivencias, se abre la posibilidad

de transformar aquellos relatos dominantes en relatos alternos, que de alguna u otra manera generan satisfacción, esperanza y recuperación a cada persona, así mismo, estos relatos alternos permiten representar nuevas concepciones de manera que la persona, tenga la capacidad de abordar diferentes formas de pensar sobre el sí mismo y sobre la realidad.

Las narrativas alternas al ser contrarias a las dominantes, emergen de las mismas, convirtiéndose en historias potenciales de la vida, positivas que permiten a la persona dar una mirada distinta de las situaciones; a medida que las personas se alejan de las historias totalizantes o dominantes, se les hace posible orientarse más hacia aspectos de su experiencia que contradicen estos conocimientos, de modo que estas nuevas narrativas suministran una puerta de entrada a los territorios alternativos de la vida de una persona, permite explorar otras ideas preferidas sobre ellas mismas y otros conceptos preferidos que podrían incorporar en su vida (White, 2004).

Payne (2002) como se citó en Beltrán y Villa (2017), señalan que la narrativa alterna, permite a cada persona traer en consideración elementos que anteriormente no eran tenidos en cuenta, buscando así que cada individuo deje de centrar su relato dominante en el problema, a partir de la creación de relatos alternos, y descubrir las ventajas que trae para la persona el vivir la historia de forma distinta, ofreciendo así la posibilidad de identificar y generar nuevas formas de comprensión, analizar valores, creencias y esperanzas que sean vitales y generadoras para la solución de problemas (p.7).

Hay que tener en cuenta que como sujetos sociales que somos estamos permeados por factores sociales, políticos y culturales que afectan nuestras vidas y examinar estas paradojas puede ayudar a los actores participantes de esta investigación a enfrentarse a los estigmas, prejuicios e incluso a liberarse de la culpa por su estatus serológico. En este sentido, como refiere Payne (2000), una vez se deconstruyen los relatos dominantes, el relato alterno se fortalece permitiendo a la persona tener una mayor perspectiva de su experiencia, reescribiendo así su historia, haciéndola más rica y sentando unas bases más firmes para el cambio futuro (p.30).

Relaciones de Pareja.

Según Campo y Linares (2002), la pareja es dos personas procedentes de distintas familias, generalmente de diferente género, que deciden vincularse afectivamente para compartir un proyecto común, lo que incluye apoyarse y ofrecerse cosas importantes mutuamente, en un espacio

propio que excluye a otros pero que se interactúa con el entorno social (p.11). De igual forma, “la pareja es una de las relaciones más intensas que se pueden establecer, constituyendo la única comunidad de máxima significación fuera de la familia de origen” (p.13). Por otro lado, se debe tener en cuenta que según Campo y Linares (2002) en las parejas

Es importante tener en cuenta el género puesto que desde el punto de vista estadístico y demográfico, la mayor parte de parejas son de género heterosexual la cual es la condición necesaria para la reproducción, por otra parte se conoce que existen diversas parejas homosexuales que en la actualidad es muy común hablar frente a ello, y que con el transcurso del tiempo ha aumentado drásticamente en donde al igual que los heterosexuales se presentan igualdades, diferencias, complementariedad, amor y desamor, pasiones, etc.” (p.12).

Vínculos amorosos.

Para Campo y Linares (2002), el amor y el sexo son elementos que se asocian con la relación conyugal, sin embargo, sin cierto vínculo amoroso y atracción sexual difícilmente se podría concebir una pareja; es importante tener en cuenta que el principio de reciprocidad debe guiar la relación dado que éste preside la dinámica de la pareja desde el primer momento de su conformación y por lo tanto para el enamoramiento se requieren ingredientes tanto de diferencia como de semejanza, puesto que se busca alguien diferente, pero a su vez parecido a nosotros.

Por otro lado, según Campo y Linares (2000), desde un punto de vista más pragmático del amor, el deseo es el motor principal puesto que es el que provoca el acercamiento al otro, así mismo, el sexo puede considerarse como una de las prácticas específicas de la pareja; no obstante, el sexo tiene que ver con un comportamiento más complejo y relacional que se asocia con el placer obtenido y en este orden, la forma pragmática “hacer el amor” responde al deseo, el objetivo de la atracción. Para Miermont (1993) como se citó en Hernández y Bravo (2004),

Un vínculo es aquello que une, conecta a una persona con otras, consigo misma o con cosas. Los vínculos, se cristalizan a través de diversos modos de comunicación tales como: el amor, el odio, la amistad, el sexo, la agresión, la rivalidad, el juego, la manipulación, que crean eventos que pueden llamarse vínculos reales; esos vínculos se traducen igualmente en la puesta en escena de representaciones y de afectos que dan cuenta de la naturaleza de la relación frente a los vínculos (p.122).

Rol.

En las parejas se presentan diferentes eventos vitales que en algún momento de la vida pueden llegar a afectar la relación, en este caso Campo y Linares (2002), señalan que la enfermedad es uno de los factores que siempre van a interferir durante el tiempo que convivan, dado que durante este proceso la pareja obtendrá nuevos aprendizajes frente a los roles que se presenten ya sea de enfermo o cuidador, y es ahí donde la relación trascenderá en la manera de cómo afronten la enfermedad cuando esta afecte a alguno de ellos.

Uno de los hechos importantes en el aprendizaje familiar, se presenta en la sobrevaloración de las molestias físicas que son manifestadas en forma de quejas ya sean de un malestar psicológico o de una necesidad de atención en donde conlleva una demanda de contacto corporal o gestos cariñosos de consuelo, que son igualmente legítimos y por lo tanto no entran en las patologías somatizadoras; cuando estas situaciones se presentan, el rol de cuidador y enfermo debe ser ejercibles por la pareja en igualdad ya que en algunos casos los hombres no asumen los cuidados pertinentes de su compañera sentimental, es aquí la importancia de que haya flexibilidad de cada uno de los roles (Campo y Linares, 2002).Marco multidisciplinar

Diagnóstico del VIH.

Para la OMS (2017), el virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) “infecta las células del sistema inmunitario y las destruye o trastorna su funcionamiento, lo que acarrea el deterioro progresivo de dicho sistema y acaba produciendo una deficiencia inmunitaria” (párr.13); siendo “el sistema inmunitario la defensa natural de nuestro cuerpo frente a los microorganismos infecciosos, como las bacterias, virus y hongos capaces de invadir nuestro organismo” (Infosida, 2017, p.1).

Así mismo, el VIH se concibe como “proceso fisiopatológico, sintomático o no, que ocurre desde el momento en que una persona tiene contacto con sangre o fluidos corporales infectados con VIH, hasta el desarrollo del sida” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, S.f., p.1). De esta manera, según Codina, Martin y Ibarra (2001) quienes son citados por la Secretaria Distrital de Salud de Bogotá (2010) “la característica más importante es la destrucción del sistema inmune” (p.87). Por lo anterior, a partir de la medicina se puede observar que fisiológicamente esta enfermedad es un problema de salud pública, de ahí la importancia de generar nuevas comprensiones acerca del diagnóstico y la deconstrucción de imágenes socialmente negativas que se tienen del VIH. Por otro lado, desde del derecho podemos encontrar que según Maglio (S. f.),

Una de las prioridades para la acción eficaz sobre el VIH/sida, es la promoción de los derechos humanos como medios de acción, ya que las personas son más vulnerables a la infección cuando sus derechos civiles, políticos, económicos, sociales o culturales no son respetados y en consecuencia son víctimas de exclusión (p. 27).

De modo que esta disciplina resalta la importancia de la promoción de los derechos humanos para las personas que contraen esta enfermedad, dado que las consecuencias de la misma es un problema que afecta al individuo en todas sus dimensiones, y de aquí la necesidad del cumplimiento de cada uno de los derechos humanos para las personas que conviven con VIH.

Narrativas.

Según el derecho la mayoría de los acontecimientos de la realidad en el marco de un proceso judicial, requieren de la narración para que pasen del nivel de los hechos ocurridos a los hechos jurídicos (Carretero, 2015, p.65). Igualmente,

la narración tiene una función principal, el relato de hechos con trascendencia jurídica. Estos hechos que pueden no tener que trascender en modo alguno más allá de sus propios contenidos, cuando pasan al ámbito jurídico se encuentran en el marco de un proceso; la narración puede hallarse desde un primer momento procesal hasta el final del mismo proceso (Carretero, 2015, p.67).

De esta manera, el derecho aporta de manera significativa a esta investigación, permitiendo la posibilidad de comprender las narrativas como un proceso que le favorece a las personas lograr una comprensión profunda y clara de los hechos y realidades a las que se enfrentan.

Para la filosofía, la narrativa es entendida como una experiencia del tiempo, la cual tiene como expresión a nivel de lenguaje una alta variedad de relatos que son expresados de forma narrativa, ya se trate de mitos o leyendas en los que se expresa detalladamente como es el comienzo de grandes epopeyas, por medio de estas narraciones se alimenta cada una de las historias que día a día evolucionan y que le dan un peso a las historias que tienen pretensiones científicas (Baptiste 1952 como se citó en Díez, 2018), en otras palabras,

todas estas modalidades de género narrativo demuestran que el hombre sólo toma conciencia de esto que nosotros llamamos precisamente las propiedades temporales o las potencialidades del desarrollo natural, interpretándolas por vía narrativa (p.307).

Relaciones de Pareja.

Para la sociología, la pareja es un espacio de particular interés en el estudio de las transformaciones dadas por las relaciones de género entre hombres y mujeres, donde al ser un escenario social, se construyen vínculos que atraviesan sentimientos permitiendo observar la subjetividad y la racionalidad de las personas; de este modo, las relaciones de pareja permiten analizar la vida íntima de las personas en las que sobresalen el afecto, las aspiraciones personales y las metas que se construyen a lo largo de la vida (Piedra, 2011).

A partir de lo anterior, se reconoce que las relaciones de pareja favorecen la construcción de vínculos que son cruciales en el afrontamiento de las diferentes crisis por las que atraviesa una persona como en el contexto del VIH.

Por otro lado, la antropología refiere que el ser humano ha buscado la seguridad en sus relaciones personales desde los primeros momentos de la historia humana por medio de la compañía congenial, lo cual no solo lo determinan factores fisiológicos, sino que tendría el objetivo de satisfacer ciertas necesidades psicológicas (Linton, 1972 quien es citado por Verdú, 2014). Así mismo, según Verdú (2014) el amor de pareja es visto como un elemento que favoreció el éxito evolutivo y aseguró la supervivencia de la descendencia. Mientras que el enamoramiento, tendría como finalidad producir una relación entre los sexos exclusiva que permitiría reducir las rivalidades sexuales y facilitar la fidelidad, aspecto que a su vez converge con un desarrollo de la paternidad (reconocimiento y cuidado por parte del hombre de sus hijos biológicos) como tendencia específicamente humana (Morris, 1972 quien es citado por Verdú, 2014. p.2).

Otro de los aspectos mencionados por Verdú (2014) es que “la expresión del amor entre mujer y hombre está afectada por las condiciones sociales específicas que regulan las relaciones posibles entre los sexos” (p.3).

Marco Legal

Se tendrán en cuenta las leyes, artículos y decretos relacionados con el sistema de información en VIH/SIDA como lo refiere el Ministerio de Salud y Protección Social en la ley 715 de 2001, artículo 42,6: “definir, diseñar, reglamentar, implantar y administrar el sistema integral de información en salud y el sistema de vigilancia en salud pública, con la participación de las entidades territoriales”.

En este orden se encuentra el CONPES 91 de 2005-CONPES 140 2011 en el que se establece las metas y estrategias de Colombia para el logro de los objetivos de desarrollo del Milenio - 2015. Objetivo 6: Combatir el VIH/Sida, dengue y malaria. El Decreto 1543 de 1997 que reglamenta el manejo de la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), Síndrome de la Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y otras Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS). Define la notificación obligatoria de casos de VIH/Sida y ETS dentro de un sistema de información epidemiológica a cargo de todos los actores sin importar su naturaleza jurídica de carácter público o privada dentro del SGSSS, con el propósito de detectar tempranamente casos, evitar progreso de la enfermedad y mortalidad, medir prevalencia de la epidemia en el país.

Así mismo, la Resolución 3442 de septiembre de 2006. Por la cual se adoptan las Guías de Práctica Clínica basadas en evidencia para la prevención, diagnóstico y tratamiento de pacientes con VIH/SIDA y Enfermedad Renal Crónica y las recomendaciones de los Modelos de Gestión Programática en VIH/SIDA y de Prevención y Control de la Enfermedad Renal Crónica. La Resolución 4725 de octubre de 2011 en donde se define la periodicidad, forma y contenido de la información reportada por Entidades Promotoras de Salud EPS y demás entidades obligadas a compensar a la Cuenta de Alto Costo relacionada con la infección por VIH y SIDA.

De igual forma se inscribe la Resolución 783 2010 YERROS VIH: Por la cual se define la periodicidad, la forma y el contenido de la información que deben reportar las Entidades Promotoras de Salud y las demás Entidades Obligadas a Compensar, a la Cuenta de Alto Costo relacionada con la infección por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y el Síndrome de Inmuno-deficiencia Adquirida (SIDA). Y, por último, la Circular 016 del 20 de abril del 2012 del Ministerio de salud y protección social donde se establecen los lineamientos para el funcionamiento de la estrategia de eliminación de la transmisión materno-infantil del VIH y de la sífilis gestacional.

Antecedentes Investigativos

En este apartado se revisaron diferentes investigaciones tanto de repositorios universitarios, revistas científicas y bases de datos que alimentaron la construcción de esta investigación y le dieron sentido a la misma. Respecto a las relaciones de pareja en el contexto del VIH, se encontró

un estudio descriptivo de corte transversal donde participaron 496 mujeres chilenas con el fin de evaluar la comunicación en pareja alrededor del VIH utilizando la escala “Health protective sexual communication scale (HPC)” (0–10 puntos). Entre los resultados se encontró que las mujeres de la muestra tienen dificultad para hablar con su pareja sobre el uso del preservativo o de conocer la condición serológica antes de tener relaciones sexuales; concluyendo que las mujeres que tienen menores niveles de comunicación con su pareja tienen mayor riesgo de contraer el virus (Lara, Cianelli, Ferrer, Bernal y Villegas, 2008), lo cual aporta a esta investigación en la medida que permite el acercamiento al funcionamiento de las relaciones de pareja y la manera como se comunican respecto al rol de cuidado y protección del otro.

Así mismo, un estudio exploratorio de diseño cualitativo destaca la importancia del apoyo social en las parejas serodiscordantes del VIH, observando que, en medio del desafío presentado por la adhesión al tratamiento antirretroviral, las parejas juegan un papel importante como fuente de apoyo en el seguimiento y recordatorio de toma de la medicina. Las historias de los participantes sobre el apoyo emocional se centraron en mejorar la autoestima de sus parejas, hacer cumplidos, aconsejarles que tengan una mejor actitud hacia el VIH (Rivera, Rodríguez, Varas y Pacheco, 2013). Esto permite dar cuenta acerca de narrativas respecto a la experiencia con el diagnóstico y la manera en cómo los vínculos construidos en la relación de pareja, permite la adherencia al tratamiento y en la estabilidad emocional de la persona.

Respecto a la etiología del VH, Berbesi y Segura (2014), afirman que hay muchos interrogantes alrededor de la etiología del VIH y por lo tanto esto genera que haya una distorsión acerca de la imagen que tienen las personas de la enfermedad y por lo tanto de sí mismas debido a que históricamente se ha identificado socialmente a ese grupo desde lo “negativo” razón por la cual, las personas que tienen el VIH se aíslan para que nadie conozca su condición serológica evitando así mismo acceder a los servicios de salud y por ende a los Antirretrovirales. También se encontró que en el momento de recibir el diagnóstico las personas suelen tener una ruptura en la autopercepción que conlleva a la auto discriminación y al estigma mismo, esto permite conocer la manera como el desconocimiento del diagnóstico mantiene relatos dominantes inscritos en el rechazo, lo negativo que en muchas ocasiones impiden la adherencia al tratamiento antirretroviral y el establecimiento de nuevas relaciones de pareja.

De igual manera, una investigación realizada en un grupo de mujeres seropositivas afirma que la infección fue vista como un castigo por llevar una sexualidad “desviada”, las mujeres que

tuvieron una sola relación sexual expresaron haber sentido ira y sentimientos de no merecimiento de la enfermedad y las mujeres que tuvieron más de dos parejas sexuales expresaron sentir culpa al momento de enterarse del diagnóstico (Romero y Palacios, 2014).

Por otra parte, se encontró una investigación de tipo cualitativo exploratorio donde el objetivo fue caracterizar los roles y desafíos que enfrentan las mujeres jefas de hogar con diagnóstico del VIH y afirma que entre los principales roles se encuentran el sostenimiento del hogar, el cuidado de los hijos y todo lo relacionado con los procesos administrativos al acceso a la salud. Entre los desafíos encontrados están los relacionados a la crianza de los hijos, ser modelo de autocuidado y la adherencia al tratamiento de quienes tienen menores con el VIH positivo. Además, se encontró que la pérdida de las relaciones afectivas las puede hacer psicológicamente más vulnerables a los estados emocionales y a las enfermedades oportunistas (Hoyos y Duarte, 2015).

En la investigación encontrada por Hallal, Raxach, Barcellos y Maksud (2015), se encontró que los métodos de prevención más utilizados por las parejas serodiscordantes es el uso de condones porque ofrece una alta eficacia en la prevención de la transmisión del VIH y otras enfermedades de transmisión sexual, igualmente esta investigación afirma que el riesgo anual de transmisión del VIH se puede reducir del 20% al 25% con el uso constante de condones masculinos, sin embargo, la revisión de la literatura también muestra que las dificultades del uso del condón están relacionadas con el género, las relaciones de poder, placer disminuido, es decir, que los condones no se usan porque se cree que evitan el placer máximo; recurriendo a la práctica del sexo oral como una forma de "menor riesgo" de transmisión.

Así mismo, en un estudio fenomenológico que incluyó la participación de 7 parejas que recibieron profilaxis contra la transmisión vertical del VIH, se encontró que, debido a la probabilidad de infección y la posibilidad de tener un hijo, las parejas decidieron continuar juntas enfrentando el estado serológico y aprendieron a ser una familia que genera autocuidado y apoyo emocional. También se descubrió que la experiencia del VIH los acercó como familia porque entendieron que su estado no significaba que el fin del mundo los llevara a aprender a cuidar a los demás, incluidos los prejuicios (Ferreira, Maris, Cardoso, Oliveira y Moura, 2015), lo cual aporta a esta investigación dado que permite identificar narrativas alternas que distan de las concepciones sociales que se tienen sobre las relaciones de pareja serodiscordantes y cómo el apoyo de la familia permite el fortalecimiento de las relaciones afectivas.

Otro estudio a tener en cuenta es el realizado en Brasil el cual tuvo como objetivo describir las percepciones de las personas con VIH / SIDA en relación con la prevención de la transmisión sexual del VIH en el contexto de la Serodiscordancia. Los resultados muestran que un tercio de los participantes no tienen conocimiento sobre la profilaxis posterior a la exposición que asocia la prevención con el tratamiento antirretroviral, la carga viral indetectable y la reducción del riesgo de transmisión (Said y Seidl, 2015).

Una investigación de tipo cualitativo en personas trans y su adherencia a la terapia antirretroviral para el VIH/SIDA, reveló que en la percepción de apoyo social recibido los participantes del estudio refirieron no tener ningún tipo de apoyo social o afectivo que le ayude a cumplir su tratamiento para el VIH/SIDA. Solo cinco participantes de las 8 personas expresaron haberles dicho a sus familiares de su condición, tres de los participantes expresaron no compartir este tipo de información y solo una persona de la muestra refirió no tener ningún tipo de ayuda de alguien. Permitiendo de este modo mostrar la diferencia significativa entre las personas trans adherentes y no adherentes. Como conclusión se señala la importancia del apoyo social para las personas que conviven con el VIH/SIDA en función de un mejor sostén en su calidad de vida y adherencia al tratamiento antirretroviral (Meléndez, Rodríguez y Vélez, 2015).

En un estudio realizado por Nieto y García, (2016) se encontró que las creencias espirituales y religiosas tienen un impacto importante para los pacientes que conviven con una enfermedad crónica como VIH/SIDA, siendo estas creencias un apoyo oportuno de los procesos espirituales y religiosos en el tratamiento de enfermedades crónicas y una ayuda en el fortalecimiento personal del componente humano.

De igual forma, una investigación de los factores relacionados con la estigmatización percibida de personas que viven con VIH/SIDA en Quindío, Colombia, afirma que la revelación de la seropositividad sigue siendo una dificultad importante vivida por personas con el VIH, debido a que esta se ve marcada por el miedo a la no aceptación, a los sentimientos de culpa y vergüenza. El aumento del estigma también puede estar vinculado al temor de la ruptura de las relaciones afectivas, y a su vez a la revelación a la hora de iniciar una relación dado que el VIH está asociado a la promiscuidad, la prostitución e incluso la infidelidad lo que puede llevar al aislamiento. De este modo, se encontró que hay una asociación significativa entre la depresión y el estado civil, de modo que quienes tenían una relación de pareja presentaron más bajos síntomas y por lo tanto mejor adherencia al tratamiento (Cardona, Medina, Herrera y Orozco, 2016).

En otros estudios realizados con el fin de comprender las tres dimensiones de la vulnerabilidad: programática, social e individual, entre parejas serodiscordantes, se resalta la falta de información sobre sexualidad en la familia y en las escuelas, el conocimiento distorsionado sobre prevención y transmisión del VIH, pruebas de VIH inadecuadas y falta de comunicación de resultados (Martínez, Azevedo, Souza y Grinsztejn, 2017).

Una investigación sobre Comportamiento ante la transmisión del VIH/sida en adolescentes y jóvenes en universidades privadas de Villavicencio (Meta, Colombia), afirman que en lo relacionado con los conocimientos y algunas creencias del VIH/ sida, la mayoría de la población ha oído hablar del tema y sobre los métodos de prevención, sin embargo hay un predominio significativo de no uso de condón, a pesar de identificarlo como una forma de prevención de la infección por VIH y en cuanto a los conocimientos sobre el VIH/ Sida (Salamanca y Romero, 2017).

Por otro lado, Cardona, Paz y Joerns, (2018) encontraron que los trabajadores del área de la salud no cuentan con un conocimiento sólido en cuanto a los derechos de los pacientes, ni los deberes que tienen como profesionales relacionados al manejo del VIH/ Sida, aunque se piensa que los profesionales tienen los conocimientos, no cuenta con toda la claridad de las leyes, normas, manejo del VIH/ sida, deberes del profesional y derechos del paciente. Además, la investigación afirma que las personas que conviven con esta enfermedad experimentan altos niveles de ansiedad y depresión, por lo que presenciar actos discriminatorios aumenta la probabilidad de abandono del tratamiento e incluso manifestar ideaciones y conductas suicidas.

Así mismo, Ospina (2008) afirma que la situación seropositiva no desencadena la contraposición de roles, también que la comunicación es crucial para el fortalecimiento de la relación y el vínculo, y las prácticas de cuidado son estrategia para el mejoramiento de la calidad de vida. Para Guevara y Hoyos, (2018) en su investigación de diseño narrativo cuyo objetivo fue reconocer los significados colectivos y subjetivos que un grupo de 16 personas con VIH tiene respecto a vivir con la enfermedad, se conoció que vivir con el VIH ha generado experiencias que han influido en la manera de ver y asumir la vida, impactando la percepción de sí mismos y la manera de resolver problemas relacionados con el diagnóstico. La investigación también permitió observar que el VIH más allá de su componente biológico existe un componente social ligado a la construcción de la imagen social que se tiene de la enfermedad desde el estigma lo que lleva a que la persona con el VIH construya un auto concepto a partir de la enfermedad y no desde su

experiencia subjetiva llevando a una baja autoestima, negación de la enfermedad, falta de adherencia al tratamiento, y dificultades para establecer relaciones interpersonales

Igualmente, una investigación sobre actitudes y prácticas sexuales relacionadas con VIH/SIDA, afirma que hay una discrepancia entre la actitud hacia el VIH referida por los participantes y las prácticas de riesgo observadas en el poco uso del preservativo, podría estar relacionado con la sensación de invulnerabilidad que caracteriza a esta etapa del ciclo vital, favoreciendo la adopción de prácticas sexuales de riesgo (Fernández y Sánchez, 2018).

En la investigación realizada por Hoyos, Sanabria, Orcasita, Valenzuela, González y Osorio, (2019), refieren que existe poco conocimiento sobre aspectos generales del VIH y del Sida (etiología, tratamiento, formas de transmisión, implicaciones psicosociales, entre otras) las representaciones sociales atribuidas al VIH como una enfermedad asociada a un dictamen de desgaste y muerte; de esta manera esas representaciones influyen en como asumen los adolescentes y los jóvenes la enfermedad y cómo interactúan con las personas que tienen el diagnóstico, igualmente esta investigación encontró que se tiene la creencia de que el riesgo de contraer VIH recae únicamente en grupos etiquetados en riesgo.

Del mismo modo, una investigación que tiene como objetivo explorar y comparar las estrategias seguidas por dos hombres y dos mujeres con VIH, en la formación de pareja, con personas que no tenían reporte (pareja serodiscordante), afirma que existe una inequidad entre hombres y mujeres en el momento de la formación de pareja puesto que las mujeres ocultan su diagnóstico a su pareja por mantener la relación, Además, han estado expuestas a riesgos de embarazo no deseado y violencia por ocultar el diagnóstico; en el caso de los hombres estos recurrieron al enamoramiento, para sostener una relación, donde la pareja correspondiente conoció, por información que ellos mismos les proporcionaron, su diagnóstico (Chong y Torres, 2019).

Finalmente, Oliveira, Queiroz, Costa, Magalhães, Araújo y Reis (2019), refieren en su investigación que un gran porcentaje de los participantes de la investigación no tienen el conocimiento de la serología de su pareja, y de esta manera la elección de un método de prevención de transmisión del VIH se ve interferida, ocasionando el riesgo de transmisión. Igualmente, esta investigación afirma que el uso del preservativo se ve interrumpido de forma intencional por ser considerada la relación sexual más placentera, también porque la no utilización de este método en muchas relaciones se caracteriza como un signo de confianza e intimidad, que fortalece su compromiso y satisfacción en la relación.

Metodología

Esta investigación es de tipo cualitativo pues según refiere Bautista, (2011) la investigación cualitativa tiene como fin responder a la necesidad de conocer diversas técnicas con propósitos investigativos, que permitan el abordaje de los grupos sociales según el interés del investigador permitiendo así la búsqueda del beneficio de los actores sociales (p.19).

Así mismo, se tendrá como Método un diseño Narrativo puesto que se entiende la realidad como un proceso constructivo social y por lo tanto el “objeto” de estudio se entiende como sujetos en relación y la mirada del investigador se pone en lo que los sujetos piensan, sienten o hacen; de este modo, se trata de comprender la vivencia del sujeto, de sentir como el otro sintió; por lo tanto, la relación entre el investigador y el investigado se da de manera bidireccional y compleja donde lo que ocurre en esa relación intersubjetiva también es fuente de conocimiento puesto que no se narra para el vacío sino para para otro que escucha y observa (Gaitán, 2012 como se cita en Arias y Alvarado, 2015).

Según Estupiñan y Gonzales (2015) “los campos narrativos están constituidos por un campo de acontecimientos y experiencias vividas, organizado en versiones narrativas múltiples y diversas, y tejidos en interacciones conversacionales contextualmente situadas que constituyen nuestro mundo fenoménico y nuestra relación con el mismo” (p.93- 94). De este modo, narrar no es solo reconstruir una historia de los hechos vividos, sino producción que da sentido de lo que es verdad (Campos, Biot, Armenia, Centellas y Antelo, 2011 como se cita en Arias y Alvarado, 2015, p.174). En este sentido, la investigación narrativa se apoya de una perspectiva interpretativa de las complejas narraciones que las personas hacen de sus vidas y sus relaciones (Arias y Alvarado, 2015).

Participantes

Para esta investigación se tuvo en cuenta dos criterios de inclusión: que fueran mayores de edad y que contaran con el diagnóstico del VIH, no se tuvo en cuenta menores de edad dado que es una población de difícil acceso, se recomienda para futuras investigación abarcar esta población. Es importante tener en cuenta que los participantes de este estudio cuentan con diferentes

características como lo son: orientación sexual diversa y heterosexual y rango de edad de 21 a 40 años.

Con el fin de dar rigor a la investigación, se realizó la solicitud a las EPS de la ciudad de Villavicencio para participar en la investigación, sin embargo, al no haber una respuesta se aplicó la estrategia “Bola de Nieve” para la elección de los participantes. Es importante dejar claro que, con el fin de dar adecuado manejo a los datos, se da cumplimiento al código deontológico que exige guardar en secreto profesional los datos reales de las personas y según se describe en el consentimiento informado, se utilizarán seudónimos para identificarlos durante el proceso en el escenario conversacional.

Estrategias

Para la recolección de la información se empleó como técnica los escenarios conversacionales puesto que estos permiten “evocar las historias significativas de los fenómenos, comprendiendo junto con ellas los efectos en la vida de las personas, y a la par, organizar formas de interacción conversacional para la emergencia de nuevos relatos posibilitadores de nuevos significados de las experiencias vividas, proyectadas, y de nuevas formas de acción y relación” (Estupiñan y González, 2015, pág. 96).

Es importante dejar claro que para esta investigación es vital favorecer los procesos de transformación y cambio en los participantes más que dar cuenta de solo datos, de esta manera, el escenario conversacional se articula con los objetivos del estudio, dado que posibilita visibilizar los relatos dominantes y la emergencia de los relatos alternos que tienen los participantes alrededor de las relaciones de pareja, y adicional a esto “permiten abrir la re- consideración del relato a otras voces, a otros argumentos, que pueden validar otras narrativas hacer de sí mismo y la propia experiencia vital hasta el momento marginalizadas o invisibilizadas por el relato dominante, o simplemente no estructuradas, y por lo tanto no disponibles para proveer sentidos alternos a la experiencia y acción. Implica considerar que existen alternativas para actuar y, además, para definirse” (Estupiñan y González, 2015, pág. 97).

Procedimiento

Teniendo en cuenta lo anteriormente mencionado, para el desarrollo del escenario conversacional se realizó un guion conversacional (ver anexos) para cada escena que cuenta con su respectivo foco, objetivos, preguntas orientadoras y niveles de observación representados en las siguientes figuras:

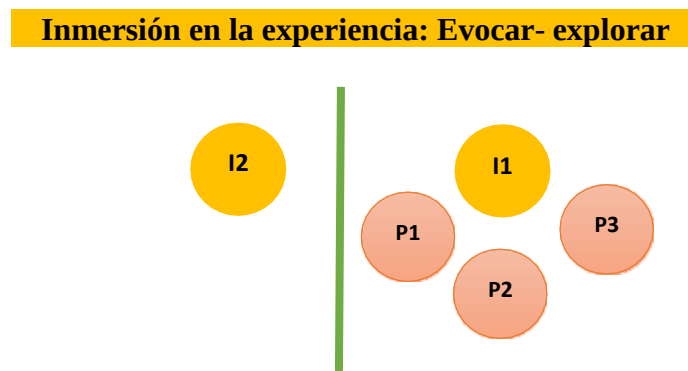


Figura 1. *Inmersión en la experiencia: Evocar- explorar*, por Carlos, Cortes; Yudy, Ariza. & Esmeralda, Espinosa, 2019

La primera escena denominada: ***Inmersión en la Experiencia: Evocar- explorar*** tiene en cuenta el primer nivel de observación y tuvo como foco evocar y explorar las narrativas acerca de la experiencia con el diagnóstico del VIH y las relaciones de pareja, sus objetivos fueron: reconocer las narrativas dominantes alrededor del fenómeno a estudiar y comprender la experiencia de los participantes con el diagnóstico del VIH a partir de sus procesos autorreferenciales.

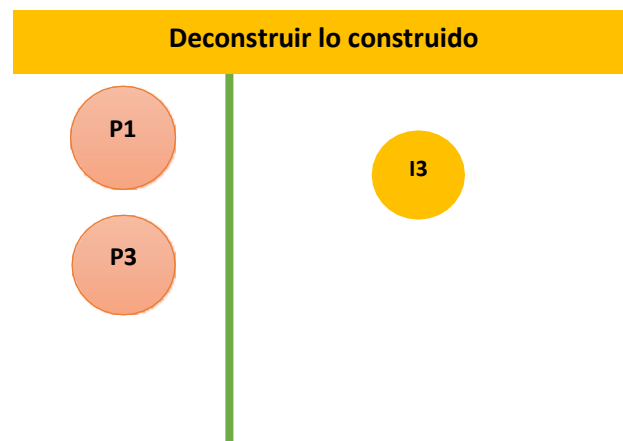


Figura 2. *Deconstruir lo construido: Comprender y Deconstruir*, por Carlos, Cortes; Yudy, Ariza. & Esmeralda, Espinosa, 2019

La segunda escena denominada: ***Deconstruir lo construido: Comprender y deconstruir***, da cuenta del segundo nivel de observación. El foco fue generar narrativas alternas a partir de las comprensiones y reflexiones de los investigadores. Los objetivos de esta esta escena fueron deconstruir narrativas dominantes frente al diagnóstico y posibilitar la emergencia de narrativas alternas acerca del VIH alrededor de las relaciones de pareja.

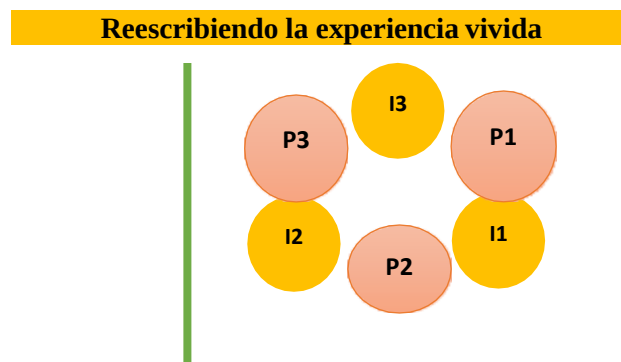


Figura 3. *Reescribiendo la Experiencia: Co- construcción*, por Carlos, Cortes; Yudy, Ariza. & Esmeralda, Espinosa, 2019

La tercera escena denominada *reescribiendo la experiencia vivida*. En esta escena convergen el segundo y tercer nivel de observación. El foco fue permitir la emergencia de nuevas comprensiones del fenómeno y el objetivo fue Co-construir nuevas narrativas sobre el VIH alrededor de las relaciones de pareja.



Figura 4. *Lo que me llevo: Espacio Reflexivo*, por Carlos, Cortes; Yudy, Ariza. & Esmeralda, Espinosa, 2019

La cuarta escena denominada *lo que me llevo: espacio reflexivo* representa el cuarto nivel de observación, en esta escena el foco es posibilitar un espacio reflexivo para las nuevas comprensiones del fenómeno, el objetivo es reflexionar acerca del encuentro, reconociendo los nuevos relatos posibilitadores de nuevos significados y de nuevas formas de acción y relación (Estupiñan y González, 2015).

Consideraciones éticas

Para la presente investigación es pertinente tener en cuenta las consideraciones éticas que rige la Ley 1090 del 2006, el cual está conformado por normas, Derechos, Deberes que los profesionales en psicología deben tener presente a cabalidad. Nosotros como investigadores tomaremos diferentes artículos que son oportunos para el presente ejercicio, los cuales serán nombrados de manera concisa.

Esta normatividad nos permite céntranos en las responsabilidades que tenemos con cada uno de los participantes, en donde la confidencialidad es uno de los pilares para todo tipo de investigación; ya que, desde allí, se puede revelar toda la información teniendo en cuenta el consentimiento de cada uno, excepto, si hay circunstancias particulares que lleguen a hacer daño a otros, y se les debe informar las limitaciones legales de dicha confidencialidad (Ley 1090, 2006). Por otra parte, se menciona cada uno de los deberes y obligaciones que se debemos tener presente, es respetar los principios y valores que sustentan las normas de ética vigentes para el ejercicio de su profesión y el respeto por los derechos.

Durante el tiempo en que se lleve a cabo el ejercicio investigativo, se le debe informar a cada uno de los participantes del propósito que conlleva la investigación, también, sobre los procedimientos e intervenciones educativas que se realicen, aclarando que cada uno tiene la libertad de aceptar si participa o no. Igualmente, se debe promover el bienestar y los mejores intereses frente a los participantes, se respetará el derecho en el momento de conocer los resultados, las interpretaciones hechas y las bases de sus conclusiones y recomendaciones de acuerdo a la investigación. Se respetaron los criterios morales y religiosos de los partícipes, sin discriminación alguna por razón de nacimiento, edad, raza, sexo, credo, ideología, nacionalidad, clase social, o cualquier otra diferencia, fundamentado en el respeto a la vida y dignidad de los seres humanos (Ley 1090, 2006).

Resultados

Como primera medida para obtener la interpretación de los datos recolectados a través del Escenario Conversacional se realizó Transcripción de cada Escena la cual contenía: el número de línea, el interlocutor y la narrativa, siendo **I1**: Investigador 1, **I2**: Investigador 2, **I3**: Investigador 3, **PR**: Participante Rosalba, **PJ**: Participante José, **PC**: Participante Carlos. Se utilizaron colores para resaltar las narrativas de la siguiente manera: Narrativas dominantes: Verde oscuro; Narrativas alternas: Rojo; Narrativas Creencias religiosas: Morado; Narrativas Resiliencia: Amarillo; Narrativas Red de Apoyo Familiar: Morado claro; Narrativas Rol del Profesional: Gris; Narrativas Rol de Pareja: Azul; Narrativa Autorreferencial de los investigadores: Verde claro; Narrativa de Prejuicio: Verde Claro; Narrativa Encuentro Sexuales: Vino tinto; Narrativa Estigma VIH: Rosado.

Tabla 1. Transcripción escena 1

Escena 1. Fecha: 27 de septiembre de 2019	
Participantes: PR (Rosalba), PJ (José), PC (Carlos)	
Investigadores: I1(Carlos Alberto Albarracin)	
Técnica Utilizada: Escenario Conversacional “Guion Anexo al Final”	
Duración: 1 hora 10 min. 40 Seg.	
Temática: Evocar y explorar	
PR	En todo ese recorrido pues llevo 9 años, 10 años largos en Villavicencio y tres de esos diez años trabajando en Cubarral entre ida y de venida, eh... Actualmente pues me dedico al agro, a lo que salga el jornal, al trabajo diario, vuelo machete, pala, pica y cuando salgo ordeño. Cuando salgo pues ordeñar, cuando no entonces en mi casa tengo un taller de costuras; ah, justamente esa fue la demora porque tenía que entregar unos trajes para la semana cultural y terminé a las 4:30 (pm). De la finca al pueblo en bicicleta me hecho 20 minutos y obviamente de Cubarral aquí hay dos horas, entonces ese fue el pequeño detalle.
1. I1	Tranquila

Tabla 1. Continuación

2. PR	Entonces nada, ese es, ése es como parte de mi diario vivir
3. PC	Ok y...
4. PJ	Yo soy José Albeiro Díaz, eh... soy estudiante de biología y trabajó como salvavidas (Inaudible).
5. I1	¡Ah, salva vidas! (risas). ¿En qué semestre estás de biología?
6. PJ	En sexto, sexto
7. I1	Sexto, bien. Bueno, primero eh, muchísimas gracias realmente por acompañarnos y voluntariamente ser... querer ser partícipes de este ejercicio, para nosotros es muy importante eh... poner nuestro granito de arena desde la disciplina para generar nuevas comprensiones desde de lo que el momento se ha podido eh... venir entendiendo el VIH, ¿no?, eh, ya sabemos que, porque existen muchos mitos acerca de pues... que pues la gente por lo general no habla del VIH si no del SIDA, ¿sí?’, de una vez y que el SIDA , (Inaudible) lo lleva a la muerte y ya pare de contar y prefieren tener un cáncer o, lo que sea menos cuando justamente (Inaudible).
8. PC	Es mejor tener un VIH que tener diabetes, una tuberculosis.
9. PR	Es que justamente de eso se trata el VIH porque es una enfermedad de un alto impacto más no..., ósea, ya ese, eso de alta mortalidad caducó hace muchos años, entonces, eh... antiguamente si se decía que, que el VIH/SIDA era de alta mortalidad ahora no, ahora es de alto impacto más no... que no deja de ser crónica.

Nota: Transcripción Escena 1. Las transcripciones se encuentran al final en los anexos, por Carlos, Cortes; Yudy, Ariza. & Esmeralda, Espinosa, 2019

Para la sistematización y análisis de la información obtenida se tuvo en cuenta una Matriz de Análisis Categorical para cada Escena, en la cual la primera columna están las categorías, en la segunda columna las sub- categorías, en la tercera columna la narrativa, en la cuarta columna la codificación de los datos (Código) y en la cuarta columna se encuentra la interpretación.

Tabla 2. Matriz de análisis categorial previa

Categoría	Subcategoría	Código	Interpretación
Narrativas	Dominante		
	Alterna		
Diagnóstico del VIH Relaciones de pareja	N.A		
	Vínculo amoroso		
	Rol		

NOTA: Matriz de análisis categorial previa, por Carlos, Cortes; Yudy, Ariza. & Esmeralda, Espinosa, 2019

Tabla 3. Matriz de análisis categorial de la escena 1

CATEGORÍA	SUB CATEGORÍAS	NARRATIVA	CODIGOS	INTERPRETACIÓN
PAREJA (P)	RELACIONES DE PAREJA (RP)	DOMINANTE	P, RP,PJ, L473, 795, 827; P, RP, PR, L 632, L846; P, RP, PC, L786	Se visibilizan narrativas dominantes alrededor de duelos no resueltos y la concepción de que solo es posible tener una relación de pareja con una persona con el mismo diagnóstico
		ALTERNO	P, RP, PR, L319;	Hay una diferenciación grande en cuanto a cómo la pareja de los participantes ha asumido la noticia, y cómo los participantes han afrontado la relación. Por un lado encontramos una pareja comprensiva, que atiende a las necesidades del participante, y por otro lado una pareja con un fuerte rechazo por el otro, sin embargo, teniendo en cuenta que esta tenía el mismo diagnóstico, es posible que obedezca a la forma como ha venido comprendiendo el diagnóstico.
	VINCULO AMOROSO (VA)	DOMINANTE	P, VA,PJ, 525, 856	para el participante es menos importante el diagnóstico en tanto a que siente que se ha visto más afectado emocionalmente por el rompiendo de la relación de pareja, así mismo, entiende la relación de pareja desde la dependencia emocional, puesto que considera difícil conformar otra relación de pareja debido a su diagnóstico y por lo tanto construye relaciones basadas en vínculos forzados.
		ALTERNO	P, VA, PC, L353, L829	se reconocen vínculos permanentes en la relación de pareja del participante.
		DOMINANTE	P, ROL, PJ, L469, L493	se visibiliza en este caso roles no protectores y de cuidado en la pareja serodiscordante
	ROL (ROL)	ALTERNO	P, ROL, PR, 743; P, RP, PC, 820	en este caso, se observan roles protectores y de cuidado en las parejas serodiscordantes, además de vínculos afectivos Permanentes

Tabla 3. Continuación

VIH (V)	DIAGNOSTICO DEL VIH (DV)	DOMINANTE	V, DVIH, PR, L10, 162, L165, L265, L287; V, DVIH, PJ, 532, 709, 713; V, DVIH, PC, 24, 631, 795,	se comprende el diagnóstico desde un lenguaje del déficit, en el cual se ha construido la idea de muerte, fatalidad, desesperanza, discriminación y rechazo
		ALTERNO	V, DVIH, PR, L20, L163, L745, L758, L857; V, DVIH, PC, L35, L37, L64, L81; L397; V, DVIH, PJ, 677, 679, 717, 732,	se visibiliza el empoderamiento por obtener la información necesaria para comprender mejor su diagnóstico y dar respuesta a sus necesidades personales, sociales, de salud física y mental.
	RESILIENCIA VIH (ADVIH)	DOMINANTE	V, DVIH, PJ, 506, 508; V, DVIH, PC, 529, 791.	se comprenden los relatos dominantes alrededor del afrontamiento, dado que al ser una noticia impactante y repentina, da lugar a formas no adecuadas de abordar la situación
		ALTERNO	V, RVIH, PR, L54, L56, L60, L150, L173, L212, L232, L764, L768; V, RVIH, PJ, L477, L479, L519; V, ADVIH, PC, L521,	se visibilizan recursos personales de los participantes a la hora de afrontar el diagnóstico + A1:E11

NOTA: Matriz de análisis categorial de la Escena 1, por Carlos, Cortes; Yudy, Ariza. & Esmeralda, Espinosa, 2019

Tabla 4. Matriz de análisis categorial de la escena 2

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	NARRATIVA	CODIGOS	INTERPRETACIÓN
PAREJA (P)	RELACIONES DE PAREJA (RP)	DOMINANTE	P, RP, I2, 17; P, RP, I1, L46, L72; P, RP, I3, 70, 74	se entienden los relatos dominantes en cuanto al apoyo que han recibido de su pareja en estas circunstancias y la manera como se comprende la relación de pareja entre personas VIH+, es decir, se considera que es difícil las relaciones entre parejas serodiscordantes.
		ALTERNO	P, RP, I2, 2, 4, 18, L76, L78, 80; P, RP, I1, L71, L73, L75, L77; P, RP, I3, L78	Se comprende cómo se estaba entendiendo las relaciones de pareja alrededor del diagnóstico, reconociendo la transformación autorreferencial de los investigadores y las comprensiones de los participantes. Entender que el diagnóstico no afecta en ningún sentido la relación con el otro.

Tabla 4. Continuación

	VINCULO AMOROSO (VA)	DOMINANTE	P, VA, I1, L72	se comprende cómo el rompimiento de una relación de pareja, puede incidir en el proceso de aceptación del diagnóstico, teniendo en cuenta que esta no se entiende a partir del diagnóstico, sino del rompimiento de la relación sumado al diagnóstico.
		ALTERNO	P, VA, I1, L71	se reconocen elementos vinculares en la relación de pareja que permitieron en su momento, la aceptación del otro conociendo el estado de seropositividad de la pareja.
	ROL (ROL)	DOMINANTE		
		ALTERNO	P, ROL, I3, 89; P, ROL, I2, L80	se entiende la prevención del contacto con parejas serodiscordantes desde el rol de cuidado y protección del otro.
	DIAGNOSTICO DEL VIH (DV)	DOMINANTE	V, DVIH, I2, 3, 14, 25; V, DVIH, I3, 7, 11: V, DVIH, I1, 21, 23, 43, 82, 88	se manifiesta relatos dominantes adscritos a la falta de información sobre el VIH y la manera como esto permea la interacción con el otro convirtiéndose en prejuicios por tener el diagnóstico.
		ALTERNO	V, DVIH, I2, 2, 4, 15, 18, 40; V, DVIH, I1, 5, 13, 19, 44, 56, 61; V, DVIH, I3, 6, 16; V, DVIH, I3, 12, 62	se entiende la forma como los participantes han tomado el diagnóstico desde la perspectiva educativa, es decir, han asumido el interés por saber acerca de su diagnóstico y de educar a otros sobre las enfermedades de transmisión sexual. Así mismo, se observan relatos alternos en los investigadores acerca del VIH una vez iniciada la investigación e interacción con los participantes.
VIH (V)	RESILIENCIA VIH (RVIH)	DOMINANTE	V, RVIH, I1, 38, 66	se comprenden algunos relatos dominantes inscritos en la falta de apoyo por las redes de apoyo más cercanas como lo es la familia, además de uno elementos autorreferenciales que dan cuenta de las singularidades a la hora de afrontar un diagnóstico de este tipo.
		ALTERNO	V, RVIH, I1, 19, 31, 34, 39, 61, 93, 95; V, RVIH, I2, 30, 32, 3, 37, 40, 54, 63, 65, 96	se visibilizan los recursos personales con los que cuentan los participantes para hacer frente al diagnóstico que dan cuenta que de las capacidades propias y la búsqueda de estrategias que permitieron, en su momento, sobrellevar la situación. Estos a través de la búsqueda de información sobre el diagnóstico y la manera como se relacionan con los demás y consigo mismos.

NOTA: Matriz de análisis categorial de la Escena 2, por Carlos, Cortes; Yudy, Ariza. & Esmeralda, Espinosa, 2019

Tabla 5. Matriz de análisis categorial de la escena 3

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	NARRATIVA	CODIGOS	INTERPRETACIÓN
PAREJA (P)	RELACIONES DE PAREJA (RP)	DOMINANTE	P, RP, PC, 103; P, RP, PJ, 212, 228, 236; P, RP, PR, 75	se visibilizan relatos dominantes alrededor del arrepentimiento por haber formalizado relaciones de pareja con alguien con el diagnostico dado que el rompimiento de la relación trajo consigo el diagnóstico, así mismo, a pesar de conocer a información, siguen existiendo inseguridad frente a las relaciones sexuales.
		ALTERNO	P, RP, PR, 91, 128; P, RP, I2, 92; P, RP, I1, 93,	se reconoce la importancia de la información frente al diagnóstico en las relaciones de pareja y la pérdida del miedo a conformar relaciones con pareja serodiscordantes.
	VINCULO AMOROSO (VA)	DOMINANTE	P, VA, PC, 225, P, VA, PJ, 236, 239;	se observan relatos dominantes ambiguos respecto a la manera como conciben los vínculos de pareja y la manera como creen que han resuelto lo vivenciado con el diagnostico
		ALTERNO	P, VA, I1, 93, 211; P, VA, PR, 94;	se reconoce como el diagnostico también posibilitó la conformación de una nueva familia con una pareja seronegativa y el vínculo amoroso que los rodea.
	ROL (ROL)	DOMINANTE	P, ROL, PJ, 230, 232	se observa relatos dominantes inscritos en la culpa y el arrepentimiento por haber tenido más cuidado en las relaciones sexuales y el hecho de que su compañero sentimental tampoco tuviera esa cuidado con él.
		ALTERNO	P, ROL, PR, 83, 91	se reconoce la importancia del cuidado mutuo en las relaciones de pareja serodiscordante y la inclusión de la nueva familia en este proceso.
VIH (V)	DIAGNOSTICO DEL VIH (DV)	DOMINANTE	V, DVIH, PR, 75, 122; V, VIH, PC, 99	aunque se conoce la información, aún existe el miedo de infección respecto a la paternidad y la manera como los profesionales de la salud vienen informando sobre este tema como algo imposible.
		ALTERNO	V, DVIH, PR, 60, 62, 71, 112, 139; V, DVIH, PJ, 214	se mantiene la importancia de acceder a la información sobre el diagnostico como forma de afrontarlo de manera adecuada y de poder transmitirle la información a las redes de apoyo, así mismo, lo importante que es conocer a tiempo acerca de cómo funciona el VIH y la fecundación.

Tabla 5. Continuación

	RESILIENCIA VIH (ADVIH)	DOMINANTE	V, ADVIH, PJ, 58	es importante tener en cuenta que está bien sentir miedo a la hora de comunicar una información de este tipo, por lo que se mantiene el temor de la reacción del otro al conocer esta información y aún más cuando se trata de la red de apoyo inmediata como la familia.
		ALTERNO	V, RVIH, I1, 61; V, RVIH, PR, 64; V, RVIH, PJ, 241	se visibiliza relatos alternos frente a cuando es necesario comunicar esta información así como la importante de aceptarse a sí mismo primero antes de dar la información y la manera como lo han asumido cada participante.

NOTA: Matriz de análisis categorial de la Escena 3, por Carlos, Cortes; Yudy, Ariza. & Esmeralda, Espinosa, 2019

Tabla 6. Matriz de análisis categorial de la escena 4

CATEGORIA	SUB CATEGORIAS	NARRATIVA	CODIGOS	INTERPRETACIÓN
PAREJA (P)	RELACIONES DE PAREJA (RP)	DOMINANTE	P, RP, PJ, 8; P, RP, I1, 9	Se reconoce cómo se ha venido entendiendo la pareja el papel que juega la relación pasada en los eventos actuales y la forma como ha venido resolviendo el duelo
		ALTERNO	P, RP, I1, 13; P, RP, PC, 31, 33; P, RP, PR, 32; P, RP, PJ, 42	se visibilizan relatos alternos frente la elaboración del duelo por el rompimiento de la pareja, así como también, las posibilidades de conformar relaciones de pareja seropositivas y como estas juegan un papel favorecedor en los estados emocionales de la persona con el diagnostico. así como también emergen relatos de tranquilidad y resolución definitiva del duelo
	VINCULO AMOROSO (VA)	DOMINANTE	P, RP, PJ, 8; P, RP, I1, 9	se entiende que el rompimiento de los vínculos amorosos como parte importante que ha afectado la vida del participante aun por encima del mismo diagnostico
		ALTERNO	P, VA, PC, 27; P, VA, PJ, 42	se visibiliza el papel que ha tenido la pareja serodiscordante en la aceptación del diagnóstico y el apoyo dado
	ROL (ROL)	DOMINANTE		
		ALTERNO	P, ROL, PR, 14, 16	se visibiliza la importancia del cuidado mutuo en la relación de pareja respecto al diagnostico
VIH (V)	DIAGNOSTI CO DEL VIH (DV)	DOMINANTE		
		ALTERNO	V, DVIH, PR, 16, 36	tener la información y comunicarlo es parte importante del papel que juega el participante en la sociedad

Tabla 6. Continuación

	RESILIENCIA VIH (ADVIH)	DOMINANTE	V, RVIH, PC, 7	el cuidado de la salud mental y emocional en la adherencia del tratamiento
		ALTERNO	V,RVIH, PJ, 4; V, RVIH, PR, 5	emergen relatos acerca de lo fuertes que son como personas que conviven con el diagnóstico y el hecho de que la única diferencia que existe con los demás, es en el cuidado de la salud.

NOTA: Matriz de análisis categorial de la Escena 4., por Carlos, Cortes; Yudy, Ariza. & Esmeralda, Espinosa, 2019

Discusión de Resultados

Ausloos (1998), refiere que las personas cuentan con recursos propios para hacer frente a las circunstancias adversas de la vida y en esa medida el papel del psicólogo viene a ser más el de un guía que el de un proveedor de soluciones y respuestas. Con esto en mente, se reconoce las capacidades y/o recursos propios de los participantes de esta investigación para hacer frente a las circunstancias que han rodeado el diagnóstico del VIH. Así mismo, la importancia de una comunicación bidireccional dada con el propósito de generar comprensiones a partir de un ejercicio de Co-construcción con los participantes puesto que se asume que la realidad es una construcción social en el cual el sujeto por el lenguaje construye con el otro y se reconstruye a sí mismo (Shotter, 2001). De esta manera, como investigadores no se pretendió generalizar ni tampoco encausar el pensamiento de los participantes a intereses particulares de los mismos, sino que por medio de un escenario conversacional posibilitar la emergencia de narrativas que contrasten con los pensamientos inhabilitantes y se Co- construya una nueva comprensión de lo que implica las relaciones de pareja mientras se convive con el VIH.

Es a través de estas narrativas propias como los sujetos se transforman en actores o agentes activos hallando un sentido de lo social y de la autonomía. Esta autonomía es inherente a nosotros mismos y por lo tanto también es accesible a cada uno de nosotros, la autonomía implica pensar y elegir de una manera liberadora, nos permite ver nuevas posibilidades (Anderson, 1997). De este modo, al reconocer los relatos contruidos por los participantes en relación a su experiencia con el VIH permitió no solo que eligieran si narrar o no su historia, sino también la participación en la creación y la expansión de todo un universo de posibilidades. Como lo refiere Maturana (1996), los sistemas sociales humanos son redes de conversaciones y por lo tanto nos afectamos unos a otros a través del lenguaje y el emocionamiento en el desarrollo de nuestras conversaciones. Tan importante es esto, que cuando las historias narradas están cargadas de dolor, de angustia, sufrimiento, etc. con la ayuda del profesional la persona puede empezar a contar un relato distinto, que incluya elementos antes ignorados o no valorados y que permita visibilizar una mayor perspectiva de su historia (Payne, 2000).

Durante el escenario conversacional, se reconocieron narrativas dominantes alrededor de cómo los participantes han venido entendiendo el diagnóstico a partir de un lenguaje del déficit,

en el cual se ha configurado la idea de muerte, fatalidad, desesperanza, discriminación y rechazo. Así mismo, se visibiliza cómo la falta de información y/o de conocimiento acerca del diagnóstico, atraviesa las formas como se relacionan con los demás. Esto se relaciona con lo mencionado por Cardona, Medina, Herrera y Orozco (2016), donde refieren que la revelación del estado serológico sigue siendo una dificultad importante en la vida de las personas que conviven con el VIH dado que viene marcado por el miedo a la no aceptación, sentimientos de culpa y de vergüenza, así:

V, DVIH, PC, L24: Se llama apellido Monroy el médico, entonces yo le dije Bueno vamos entonces me dijo ¿usted sabe que es el VIH? Y yo le dije pues para mí eso es la muerte. **V, DVIH, PR, L10:** Yo soy del Caquetá, pero al igual que muchos, por cuestiones de orden público, he tenido 3 desplazamientos: 2 a raíz de la violencia, (la muerte de mis hermanos) y una a raíz del diagnóstico. **V, DVIH, PR, L162:** Al mes en un cambio de turno, yo escuché cuando una enfermera le dijo a otra: HIV positivo, claro cuando ella, para mí positivo era fatal, era lo único que yo sabía, **V, DVIH, I3, L7:** En tiempos anteriores, para mí hablar de VIH o escuchar hablar algo de VIH o SIDA, de una vez o me daba miedo o también decía: no, esa persona ya se va a morir, o de pronto no permitía que me hablara porque he tenido como la oportunidad de tener alguna relación con dos personas que tenían VIH, pero pues en el colegio en ese tiempo yo... **V, DVIH, I3, L11:** De amistad y familiar. Entonces pues como yo no tenía conocimiento de eso, yo siempre era como a rechazarlos o iban a la casa y yo le decía a mi mamá, ay no, yo me voy.

En algunos casos, se tenía la idea de que no existen más posibilidades de establecer una relación de pareja con una persona serodiscordante, puesto que se desconocía otros tratamientos de prevención y tratamiento como la profilaxis:

V, DVIH, PR, L74: Antes yo tenía mucho miedo porque como les dije yo ayer, yo pensaba que tenía, por tener el diagnóstico, necesitaba una persona que tuviera el diagnóstico porque, ¿por qué en ese sentido? porque yo lo veía así: porque yo sé que si él tiene el diagnóstico y yo también entonces no me voy a preocupar. **V, DVIH, PR, L82:** Entonces el tema está en que yo decía como, si él lo tiene, yo lo tengo, entonces a pesar de que... nos vamos a cuidar, entonces yo voy a estar pendiente de los medicamentos de él, él va a estar pendiente de los míos. Que si yo me enfermo... que si yo me enfermo él va a saber qué tengo, que si él se enferma yo ya sé qué tengo qué hacer con él, es más que todo por eso y es justamente el tema de que si él no lo tiene... yo no tengo... entonces yo lo voy a infectar.

Este desconocimiento no es únicamente de los participantes de esta investigación, sino que suele ocurrir en muchos de los casos dado que como sugiere un estudio realizado en Brasil, un tercio de los participantes de este estudio, no tenían conocimiento sobre la profilaxis posterior la exposición que asocia la prevención con el tratamiento antirretroviral, la carga viral indetectable y la reducción del riesgo de transmisión (Said y Seidl, 2015).

PR, L190: lo que pasa es que en la Caquetá y de donde yo vengo, eee las fuerzas armadas, de ese, de ese lado, eee no dejaban de hacer ningún tipo de mención, en ningún tipo de enfermedad de transmisión sexual, había llegado una brigada de salud, y hablaba de enfermedades de transmisión sexual, general, sin especificar alguna. Se le habla a las personas de enfermedades de transmisión sexual, son muchas, son varias, enfermedades venéreas, se da tratamiento se da esto, se da lo otro, y pare de contar.

Lo anterior invita a reflexionar acerca de cómo se está educando sobre sexualidad responsable y enfermedades de transmisión sexual (ETS) y sobre todo en regiones apartadas de Colombia, además, se observa que a pesar de que las EPS/IPS están encargadas del tratamiento para las personas con el VIH, hace falta educar en términos de prevención y de las posibilidades frente al establecimiento de nuevas relaciones de pareja, así como cabe preguntarse ¿Qué papel juega el Psicólogo en todo esto? Tal como refiere Martínez, Azevedo, Souza y Grinsztejn, (2017), falta información sobre sexualidad en la familia y en las escuelas, resolver el conocimiento distorsionado sobre prevención y transmisión del VIH, pruebas de VIH inadecuadas y falta de comunicación de resultados que llevan a que cada vez se presenten más casos nuevos de transmisión del virus.

Sin embargo, se destaca que, a pesar de la falta de información y educación frente al tema, se visibiliza los recursos propios de los participantes para apropiarse de la información acerca de lo que ocurría en sus cuerpos, de esta manera, el empoderamiento que trae consigo conocer la información acerca del VIH permitió entender mejor el diagnóstico, dando repuesta a sus necesidades personales, sociales, de la salud física y mental del participante. De igual forma, los participantes han jugado un papel importante en la educación sobre este tema, dando charlas a los jóvenes y conocidos, así mismo se resalta los procesos autorreferenciales de los investigadores respecto a la comprensión del VIH

V, DVIH, PR, L163: Entonces empecé yo a preguntar y a preguntar, y a preguntar, al uno y al otro, a las enfermeras que qué era el HIV, que qué era, **V, DVIH, PR, L744:** Fui a la alcaldía, y la alcaldesa de palestina, en vez de decir, mi ofrecimiento para la alcaldesa fue vengo a buscar apoyo para hacer una campaña de la comunidad... **V, DVIH, PR, L56:** Entonces, entonces he venido ejerciendo, como, como en papel de conferencista; dictando charlas, testimonios desde mi vida personal, pues a raíz de ciertas cosas de la vida y enfocando y finalizando con el diagnóstico, ¿sí?... **V, DVIH, PR, L20:** Es que justamente de eso se trata el VIH porque es una enfermedad de un alto impacto más no... ósea, ya ese, eso de alta mortalidad caducó hace muchos años, entonces, eh... antiguamente si se decía que, que el VIH/SIDA era de alta mortalidad ahora no, ahora es de alto impacto más no... que no deja de ser crónica. **V, DVIH, I3, L6:** Bueno, eh, por mi parte pues yo también, eh, considero, eh... que tener el diagnóstico del VIH pues no representa muerte. **V, DVIH, PR, L397:** Nooo, científicamente, no se... (inaudible) científicamente, se sabe, eh...o lo sé por medio de la ONUSIDA, que es, eh... pertenecí a la red de mujeres populares, tendiendo liga, liga con el VIH, a nivel nacional creada eee fundada en Cali, (inaudible) ...

Por otro lado, es importante tener en cuenta la manera en que el profesional de psicología está asumiendo su rol, dado que los participantes manifestaron sentir malestar sobre la forma en que el profesional les notificó en su momento el estado serológico. Cabe preguntarse, ¿Qué está haciendo la Academia sobre este tema?, ¿se está educando a los futuros psicólogos acerca de los deberes como profesional? y ¿Qué está pasando con la educación sexual, quedó relegado al ámbito de la educación media-secundaria y la psicología como puede intervenir en estos temas? Esta investigación considera importante tener en cuenta estos cuestionamientos dado que el lenguaje al ser uno de los modos posibles de circulación de los signos es también uno de los instrumentos posibles en la construcción de realidades (Pakman, 1994). Por lo tanto, se esperaría que el psicólogo favorezca una transformación en la naturaleza de la historia o en la manera de contar la historia (Sluzki, 1998 en Elkaïm, 1998).

Cardona, Paz y Joerns (2018), refieren en su estudio Estigma y discriminación en profesionales de la Salud que aunque se piensa que los profesionales de la salud tienen los conocimientos, no cuentan con toda la claridad en el manejo del VIH, desconociendo sus deberes como profesional y los derechos del paciente, esto es importante teniendo en cuenta que esta misma investigación afirma además, que las personas que conviven con el VIH experimentan altos niveles de ansiedad y depresión, y presenciar actos de discriminación por parte de profesionales que se

espera sean responsables de informar, aumenta las probabilidades de abandono del tratamiento llevando incluso de las ideaciones suicidas a su materialización.

PR. L209: exacto, exacto, entonces la psicóloga como que no le gusto y palmetió a la mesa durísimo y dijo mama tú tienes SIDA y te vas a morir, entonces a mí ya me dio fue rabia y le dije, vea doctora con el respeto que usted se merece, le voy a decir 3 cosas que yo tengo muy clara en la vida, en la biblia dice muy clarito, que de polvo eres y en polvo te convertirás, le dije entonces los designios de Dios no los va cambiar ni usted, ni yo, ni nadie. **PR. L 173:** No, yo sí, era lo último que yo pensé en la vida mijito, pero yo se lo decía al médico, o me sacan de este hospital, o me dicen que tengo, o yo me tiro por el balcón, entonces me bajaron al primer piso

Sumando a lo anterior, el papel que juega el Estado y las instituciones competentes como las alcaldías, tiene un rol importante en el manejo de este tipo de casos, dado que como refiere Berbesi y Segura, (2014) la falta de educación sobre la etiología del VIH genera que haya una distorsión acerca de la imagen que tienen las personas de la enfermedad, lo que conlleva a que las personas que conviven con este virus, se enfrenten a situaciones de completo rechazo por parte de instituciones estatales, que los hace psicológicamente más vulnerables a sufrir de ansiedad y depresión.

PR. L750: Bueno cuando fui a la alcaldía y hablé eso con la psicólogo, la alcaldesa, me dijo mamá lo único que le puedo decir es que si no quiere salir con los pies para delante se tiene que ir, le dije usted que es la alcaldesa y me está expulsando de mi municipio, me dijo no la estoy expulsando, le estoy haciendo un favor, saco 60 mil pesos y me dijo tenga y váyase... **PR. L758:** No, yo tenía rabia en ese momento yo lloraba y lloraba y lloraba de impotencia de, de saber que tenía dos hijos y el rechazo, pues eso no era solamente para mí el rechazo era para mis hijos, si yo iba para el paradero de buses Y entonces todos muchos eran venga le subo el niño es un muchachito, le sube la maleta y usted súbase como pueda

Por otro lado, también se identificaron *narrativas dominantes y alternas que los participantes habían construido acerca de las relaciones de pareja en el contexto del diagnóstico VIH*. White (2007) quien es citado por Macario (2013), refiere que las narrativas dominantes son aquellas situaciones negativas como el fracaso, el rechazo, la pérdida, etc., que generan malestar en la persona. Esto se relaciona con las narrativas de los participantes dado que giran en torno a la inseguridad de la posibilidad de conformar relaciones de pareja serodiscordantes asumiendo la

creencia de que solo es posible cuando ambos tienen el mismo diagnóstico, así mismo, se reconocen duelos no resueltos frente a rompimientos de pareja recientes, la falta de apoyo de sus parejas en estas circunstancias y la manera como ésta falta de apoyo ha venido afectando más al participante que el diagnóstico mismo.

Cabe resaltar que se entiende como relación de pareja a los vínculos afectivos que se forman cuando dos personas deciden unirse para compartir un proyecto en común, apoyándose y ofreciéndose cosas importantes mutuamente (Campo y Linares, 2002). Por lo tanto, la falta de apoyo de las relaciones afectivas en esas circunstancias puede hacer psicológicamente más vulnerables a los estados emocionales y a las enfermedades oportunistas (Hoyos y Duarte, 2015).

P, RP, PR, L846: le dije yo, yo no puedo tener una pareja que no tenga la misma condición de mi salud, pero china ¿qué es, por qué no me dice? A lo último yo le dije: abuelo, yo vivo con VIH... **P, RP, PJ, L827:** Pura mierda después de que uno dice algo (revelar el diagnóstico), lo dejan a uno, lo dejan. **P, RP, I2, L74:** PC estaba diciendo de que él estaba con una nena y entonces la nena se enteró y le dijo: no, yo te acepto, pero necesito que me digas, que me lo digas tú, ¿qué es lo que está pasando? y PJ en ese momento reaccionó como: “uy no, eso es lo que dicen, pero eso después lo dejan a uno”, ¿sí?. **P, RP, PJ, L212:** Pues yo diría que si pudiera regresar el tiempo me diría a mí mismo ¡no lo acepte! (risas)

Para Campo y Linares (2002), la enfermedad es uno de los factores que siempre van a interferir durante el tiempo que convivan, por lo que la pareja durante este proceso obtendrá nuevos aprendizajes frente a los roles que se presenten ya sea de enfermo o cuidador, es ahí que poseerán transcendencia en la manera de cómo afronten la enfermedad cuando ésta afecte a alguno de ellos. Aunque algunos estudios refieren que “la relación de pareja para un portador del VIH podría funcionar como un soporte social para el afrontamiento a la enfermedad” (Nhamba, Hernández y Bayarre, 2014. p. 284). No siempre sucede, en el caso de uno de los participantes de esta investigación, la reacción de su pareja no fue precisamente de apoyo sino más bien de completo rechazo:

P, RP, PC, L786: Ve, quien me discriminó a mí, mi esposa que en paz descanse, ella me decía sidoso hijueputa, mal parido. Ella me decía... **P, RP, PJ, L795:** (lo más difícil) pero de pronto asimilar quién fue la persona que me infectó a mí.

Así mismo, las narrativas dominantes están dadas alrededor del no cuidado en cuanto a no ser protectores en la no transmisión del virus de su pareja, por otro lado, se visibilizan narrativas inscritas en la culpa y el arrepentimiento al no haber sido más celosos con el autocuidado de la salud y la responsabilidad que debió tener la pareja, aspecto que interfirió en la relación dado que el rol de cuidador es algo que debe ser ejercible durante la relación asumiendo el cuidado de la pareja (Campo y Linares, 2002).

P, ROL, PJ, L469: Pues sí, eso es como un (inaudible) porque yo la verdad cero contactos, de hecho, pues la persona que me contagio es, fue mi pareja, es mi expareja... **P, ROL, PJ, L493:** Es que yo dije él era indetectable, ósea yo creí que, porque el andaba con medicamento, pues no me iba a infectar. **P, ROL, PJ, L230:** No pues que sentí culpa. Porque sentí que se descargó mucho hacia mí, pero pues también fue responsabilidad de él de parte y parte, pues yo pienso que fue también más responsabilidad mía porque, yo sé con qué cargo tengo que cuidarme tengo que cuidar a la otra persona. **P, ROL, PJ, L232:** Es que precisamente (inaudible) mi expareja aun sabiendo bueno, aunque también como que permitió que yo diga que sí entonces porque él también tiene que decir que sí sabiendo que él no tiene el virus indetectable de que él está más propenso a, a transmitírmelo (inaudible). **P, ROL, PR, L215:** Déjeme hacerle una pregunta que yo quiero hacerle hacerle (PJ), si en este momento esa persona volviera y le dijera a usted volvamos (Inaudible, risas) Exacto si usted sabiendo que usted estuvo con él, lo acepto sabiendo que tenía el diagnóstico, ¿porque lo va a culpar ahora? si la responsabilidad más de él pues tuya porque usted lo sabía. Osea si él le transmitió el virus no fue porque haya querido la responsabilidad más que todo eso era... lo que yo le decía a Fernando, no es que yo me quiera lavar las manos. Sí, pero es que también es responsabilidad suya al saber que no lo tenía no se cuida... **P, ROL, PC, L220:** Yo digo una cosa y me pongo en los calzones de PJ yo pensaría que tú eres más culpable que él tú fuiste más culpable.

Como se mencionó anteriormente, en el desarrollo de esta investigación también se encontró en las narrativas de uno de los participantes que alguno de los vínculos que se habían construido con la pareja serodiscordante, luego de contraer el virus, se convirtió en un vínculo forzado, dado que el participante manifestaba seguir en la relación por miedo a no ser aceptado por otra persona, considerando que el vínculo que los unía era compartir el mismo diagnóstico, desconociendo otras realidades, así mismo, se observó arrepentimiento por haber tomado el riesgo de estar con una persona con el diagnóstico. Un vínculo es aquello que une, conecta a una persona

con otras o consigo mismas, estos vínculos se cristalizan a través de diversos canales de comunicación como el amor, el odio, la amistad, el sexo e incluso la agresión (Miermont, 1993 como se citó en Hernández y Bravo, 2004). Sin embargo, no es suficiente con compartir eventos sociales para generar vínculo, se debe, además, dar sentido al contexto para que se configure, bien sea una relación armoniosa o una relación interferida por imaginarios no correspondidos (Estupiñan, Hernández y Bravo, 2004).

P, VA, RD, PJ, L 852: usted no se siente muy dependiente pues, o sea, muy dependientes a esa persona qué le está brindando como ese apoyo; pues de algo que ustedes no son capaces o bueno, en mi caso que no soy capaz de decirlo a todo el mundo o de aceptarlo de que otras personas lo sepan o eso. **P, RP, PJ, L236:** Yo digo que ya estoy desapegado totalmente que esa ruptura trajo unas consecuencias. **P, RP, PJ, L228:** Sí yo sé que alguien tiene VIH ni por el pinche yo tendría una relación, porque yo sé qué puede pasar y pues sí para eso yo que aceptó y si pasó.

Lo anterior deja ver el grado de temor que se tiene una vez contraído el virus, para dar el paso y conocer a otras personas, si bien es importante dejar claro que la decisión de dar a conocer su condición de salud compete únicamente a la persona, el temor al rechazo hace que se construyan vínculos forzados y de alguna manera hasta de supervivencia, puesto que se considera a la pareja alguien vital para la adherencia al tratamiento, como lo refiere Guevara y Hoyos (2018) en su investigación: Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH, donde uno de los participantes manifestaba “yo quiero salir adelante, pero siempre hay algo que uno recuerda que lo hace a uno decaer; a mí me da duro que mis parejas me abandonen porque no sienten que conmigo tengan un futuro” (p. 133).

También es importante destacar que el lenguaje ocupa un lugar central y prepara la escena para pensar sobre los sistemas humanos como sistemas lingüísticos en un enfoque de coproducción (Anderson, 1997. p. 97) en este sentido, al ser el escenario conversacional un ejercicio de Co-construcción y por lo tanto de coproducción, favoreció la emergencia de narrativas alternas frente a cómo se estaba entendiendo las relaciones de pareja alrededor del diagnóstico, reconociendo los apuntes autorreferenciales de los investigadores y las comprensiones de los participantes, permitiendo a su vez entender que el diagnóstico no es un limitante en ningún sentido para el establecimiento de las relaciones de pareja, y de cuán importante puede resultar el apoyo de la pareja en los momentos críticos de la vida del otro.

Al respecto, estas narrativas alternas se enmarcan en lo posibilitador que ha sido la pareja para aceptar el diagnóstico, reconociendo elementos de la vinculación en la relación de pareja que permitieron en su momento, aceptar al otro aun conociendo el estado de seropositividad de la pareja, la no culpabilización del otro por transmitir el virus y el apoyo recibido en los momentos de crisis, así como la manera en que el diagnóstico no fue un impedimento para la conformación de una nueva familia. Esto concuerda con el estudio de Rivera, Rodríguez, Varas y Pacheco (2013), donde refieren que el apoyo emocional de la pareja permite mejorar la autoestima del otro, generando una mejor actitud hacia el diagnóstico, además, algo muy importante de este estudio, es que los participantes de la investigación conocieron a sus parejas después del diagnóstico, es decir, conocer el estado serológico de la persona no fue impedimento para aceptarlo y decidir conformar la pareja e incluso tener relaciones sexuales sin preservativos aun conociendo el riesgo.

P, VA, PC, L829: Ella me decía gordo, yo quiero estar contigo sin preservativo, yo quiero sentirte (inaudible) (risas) y lo hicimos y hoy en día ella está bien porque obvio yo soy indetectable. **P, RP, I2, L2:** Si, ok. He... pues, primero voy a hablar de cómo lo comprendí y voy a hablar también del proceso autorreferencial. Entonces, pues, primero que todo no tenemos que desconocer que es una enfermedad, el VIH es una enfermedad, pero, no significa que cuando eh, la persona, eh... tiene el VIH, eh, no pueda continuar su vida común y corriente, sin ningún problema, eh solamente teniendo un poco de precauciones, por ejemplo, con su pareja frente al tema, pero, su vida continua común y corriente. Bueno frente al proceso autorreferencial, bueno siendo sincera, desde el principio. **P, VA, PJ, L476:** pues yo ya, pues yo ya sabía que mi pareja lo tenía, de hecho, yo dije, pues yaaa ya que hijuemadres, yoooo, (inaudible) ... **P, RP, I1, L71:** Ok, digamos que ahí, eh, en la historia de PJ nos remite, digamos, un poquito a ver algo también muy bueno y es el hecho de que él a pesar de que conocía que su expareja tenía el diagnóstico el igual lo aceptaba. Ahí hay unos elementos de vínculos, ¿no?, hay unos vínculos, hay uno entendería que hay unos vínculos fuertes y permanentes que hacen que a pesar de que el otro tenga un diagnóstico que puede ser mortal o fue en su momento para PJ algo que le impacto, él igual lo aceptó. **P, RP, I1, L76:** Si, todos conocemos el tema por ejemplo en investigaciones y desde lo psicológico, la familia puede e, perdón la pareja puede favorecer o eh... posibilitar o dificultar el tema como de la reacción del diagnóstico, pero entonces cómo lo decíamos anteriormente Es decisión de cada uno si decide tenerla o no. Y en el tema por ejemplo de PJ tendríamos que saber él como está conociendo pues, el tema... cómo está concibiendo una pareja...

De igual forma, el ejercicio del escenario conversacional posibilitó la construcción de nuevas comprensiones sobre las relaciones de pareja, entendiendo estas a partir de unos vínculos movilizantes, generativos y no como condición para la supervivencia (Hernández, 2010). Permitiendo de este modo que el sentimiento de culpa que se tenía por haber adquirido el diagnóstico se transformara, asumiendo una actitud de corresponsabilidad en la transmisión del virus, el reconocimiento de la importancia del cuidado mutuo y la inclusión de la familia en este proceso. Esto concuerda con lo que refieren Rivera, Rodríguez, Varas y Pacheco (2013), que hallaron la importancia del papel de la pareja como fuente de apoyo y protección en la adherencia al tratamiento antirretroviral en el recordatorio de la medicina.

V, DVIH, PJ, L717: Obviamente preferí contarle de una vez y que vaya y se haga el examen porque yo no quiero cargar con la responsabilidad, ni, ni saber, que esa persona no va a saber, va a tener el virus y lo va a (inaudible). **P, ROL, PR, L743:** Fueron como 4 meses, ósea en términos(inaudible) de la comunidad, no teníamos para donde pegar, no teníamos plata, con 2 chinos, con un sobrino, pues porque mi hermano había vuelto a caer preso, entonces eso fue fatal, el tema fue que yo, de ahí pues el papa de mi hijo mayor me recogido los chiros, me recogió los niños, y nos llevó al pueblo... **P, ROL, PC, L820:** Hace poco tuve una señora menor que yo porque yo tengo 47 y María tiene 37 años y obvio que yo me di cuenta que ella (Inaudible) yo apenas yo apenas me estaba, iba terminando el tratamiento de la TBC y yo le dije ven acá yo no puedo estar contigo porque yo estoy en un tratamiento el cual y el médico me dice que, que yo no puedo estar sin preservativo, porque ese medicamento es tan fuerte que yo aún lo tengo en la sangre que me corre por las venas y ella me decía no es que yo quiero yo quiero. **P, ROL, I3, L89:** Si, de todas formas yo creo que las personas que pues tienen el virus lo hacen también más que todo por protección e... a ellos mismos porque como ellos dicen a veces es más eh... peligroso porque de pronto la otra persona tenga e... alguna enfermedad así no sea venérea entonces lo afecta el. **P, ROL, PR, L83:** Entonces el tema está en que yo decía como si él lo tiene yo lo tengo entonces a pesar de que nos vamos a cuidar entonces yo voy a estar pendiente de los medicamentos de él, él va a estar pendiente de los míos que si yo me enfermo que si yo me enfermo él va a saber que tengo que si él se enferma yo ya sé que tengo que hacer con él, es más que todo por eso y es justamente el tema de que si él no lo tiene Yo no tengo entonces yo lo voy a infectar. **P, ROL, PR, L91:** No, yo llevo cinco años con el mismo esquema, pero también he quemado cinco esquemas ¿sí?! Entonces están lo siguiente en que la lección me la dio él porque a pesar de que yo era la que decía no, no y no. Él, si yo

quiero, yo quiero. Entonces qué hice yo, entonces llamé a las hijas y les dije. Él tiene dos hijas y las chinas se estaban como dudosas, le había comentado sobre mi condición de salud, que otro pocotón de cosas. Entonces yo senté las hijas y les dije: pasa esto, esto y esto entonces su papá quiere estar conmigo. Yo voy a estar con él porque me quiero arriesgar, yo me quiero arriesgar a tener una nueva pareja, una nueva relación y él también quiere estar conmigo; pero entonces pasa lo siguiente, ustedes tienen dudas de que yo tenga marido y no, yo ya me separé: que tenga una condición de salud distinta, una enfermedad, sí. Entonces las chinas se quedaron como que... PR ¿mi papá, seguro mi papá? y entonces yo le dije sí, fue su papá y él fue el que me dijo que quería arriesgarse y les dije así es que si el día de mañana llega a pasar algo no me vayan a culpar a mí no es que me esté lavando las manos porque yo tengo mucha responsabilidad dice que me tengo que cuidar y que lo tengo que cuidar a él pero usted tiene que tener en cuenta que ella es maduro no es un niño y él quiere estar conmigo para a su responsabilidad si llegase a pasar algo él es consciente de lo que está pasando y yo ya le informe y las estoy informando a ustedes y como que se quedaron no China Gracias ellas me quieren y lo puedo decir porque me lo han demostrado y me quieren y hablo más yo con ellas que él me dicen mamita y las niñas me dicen abuela (risas de todo)

Así mismo, el hecho de compartir sus historias y contrastarlas con los demás participantes de la investigación (investigadores incluidos) permitió otras nuevas formas de acción frente al duelo amoroso, dado que uno de los participantes manifestó la intención de hacer un cierre de la anterior relación. De este modo, el hecho de que se deconstruyan los relatos dominantes permite que los relatos alternos se fortalezcan lo que brinda a la persona ampliar su perspectiva de la experiencia vivida hasta el momento, reescribiendo su historia y sentando unas bases más firmes para el cambio futuro (Payne,2000).

Es importante resaltar que, durante la investigación, emergió la categoría *Resiliencia* que no se había contemplado inicialmente dentro de las categorías de análisis como parte del estudio de este trabajo. Teniendo en cuenta esto, Cyrulnik (2001) define la resiliencia como la resistencia del ser humano al sufrimiento, es decir, es la capacidad que tiene el sujeto para resistir a una situación traumática y el impulso de reparación psicológica que nace de esa resistencia. De modo que existen situaciones a las cuales los sujetos se ven enfrentados a diario y que exigen de alguna manera tomar una decisión, bien sea de huir o hacer frente a la situación inesperada, sin embargo, en algunos casos cuando la situación está dada por discursos dominantes (estigmas, prejuicios,

rechazos, etc. Acerca del VIH) que hacen que el evento sea permanente, el sujeto se ve en la obligación de recurrir a los mecanismos de defensa, en otras palabras, a la negación, al secreto o a la angustia agresiva (Cyrulnik, 2001). Esto también se relaciona con lo que plantean Guevara y Hoyos (2018) respecto a cómo el diagnóstico tiene un componente social ligado a la construcción de la imagen social que se tiene de la enfermedad.

De esta manera, las narrativas dominantes de los participantes están configurados por la negación al diagnóstico, a los sentimientos de culpa y el temor por compartir la noticia con la familia. Ante estas situaciones, la capacidad para soportar el golpe de la noticia y emerger de tal situación, debe procurarse mediante el cuidado del entorno (Cyrulnik, 2001); algo que en las narrativas de los participantes visibiliza la falta de apoyo por parte de la familia.

V, RVIH, PJ, L506: Si él decía, pero yo, pero yo no, me parece..., ¿sí? Y yo, pero me decía, no él no hacía eso, yo dije bueno entonces eh... Me hice el examen y me hago, los resultados y no me aparece esos resultados, bueno me volvieron a, me llamaron, y yo obviamente yo sabía que lo tenía, me llaman y yo ya sabía, bueno fui, pero yo decía deprendo como los tubos de sangre como tiene como una gasa, (inaudible) lo movieron mucho, se contamina... **V, RVIH, L508:** ¿Por qué me llaman otra vez para eso?, entonces (inaudible) no, que hubo errores, algo así, (inaudible) yo sabía que era eso, bueno fui otra vez y eso fue entrando, viendo el examen, eso no me toco hacer fila ni nada, entonces bueno en diciembre los resultados tampoco no salían, pero entonces (inaudible) ya sabía y todo porque, pero las psicólogas no me querían decir por qué (inaudible). **V, RVIH, PC, L529:** No, encima yo me sentí aislado, yo tenía una habitación yo tenía televisor, lo malo es que llegaba al baño (inaudible) solo tenía una hermanita en Bogotá, 2 niños, a que va a venir por acá, ya yo dije yo, vea me pasaba acá a este lado, no tenía nalgas, era un cuero que colgaba, yo me metí al baño (inaudible). **V, RVIH, PC, L790:** ustedes no se han preguntado no verdad siempre, siempre yo soy el que se ha echado el agua sucia porque nunca han dicho fuiste tú siempre yo tengo la culpa siempre nosotros los hombres somos los malos los bandidos. **V, RVIH, I1, L66:** Claro, total porque, digamos, a una edad (inaudible) y en esta época de las redes sociales y todo eso, yo consideraría que, en mi caso, bueno, antes, si tuviera, digamos, un diagnóstico de esos sería bastante difícil, para mí, ¿no?, eso me llevaría, digamos, a la depresión, estaría mejor dicho... **V, RVIH, PJ, L58:** Sí y ahí respondió lo que I1 había preguntado no soy capaz ni solo ni con compañía de decirle a mi mamá ... **V, RVIH, PR, L238:** cuando ya mi hermano salió de la cárcel... entonces ya ella le dijo a él, entonces ya mi hermano empezó a no dejarme hacer nada, entonces ahí es cuando yo vine a sentir como es la presión, porque, él no tenía la información, ninguno, en mi casa, ninguno

sabia absolutamente nada, entonces cuando mi hermana le dijo, mi cuñada le dijo, le dijo venga Benjamín lo que pasa es que su hermana tiene, tiene SIDA, ella tampoco le dijo en los términos que era...

Como refieren Mosqueda, Reyes, Montuy, Cruz y Arcos (2017), la presencia o ausencia del apoyo social afecta la salud de los individuos sobre todo en las personas que viven con VIH, debido a que los individuos con relaciones de apoyo como la familia, los amigos, la pareja, entre otros, con frecuencia tienen mejores condiciones de salud física y mental dados los recursos emocionales y/o materiales que obtienen de estas relaciones. Lamentablemente, aunque es lo que se esperaría en un primer momento, no siempre ocurre, no siempre existe el recurso emocional por parte de la familia.

V, RVIH, PR, L741: es que usted es una porquería, que puso en riesgo la familia, me saco de la pieza, me boto los chiros al patio, y empezó a gritar, por la mañana volvió y me saco, bajaba la línea, la chiva lleno de gente a las 7 de la mañana gritándome en el patio sidosa, se va morir me va matar la familia, me va contaminar la familia, ese, ese realmente si me afecto, eso sí me dio duro, entonces de ahí llamo a mis otros hermanos, cuando llego a la tienda la gente me cerraba las ventanas, me cerraban la puerta, habiendo lo que yo iba a buscar y no me decían, esa fue la época más difícil, me Salí... el papá de mi hijo ... **V, RVIH, PR, L295:** Pero entonces es eso, ósea, el desarrollo del virus es lo que me tenía a mí y el embarazo, entonces cuando ya mi hermano se enteró, que me volví... me encerró esa bola de cristal, en vez de sentirme protegida, me sentí fue como aislada de mis hermanos, entonces ya mi hermano empezó como a creer que, a juzgarme y a decirme, bueno, en el... el cuento, en el Caquetá yo tuve una época de locura bastante fuerte de que yo era la prostituta de la calle... **V, RVIH, PR, L150:** Bueno pues el tema del diagnóstico mío fue no fue tanto el impacto por el diagnóstico, sino un año después cuando se enteró mi familia ... **V, RVIH, PR, L730:** Claro, a mí eso fue lo que me dio duro, para bañarme entraban un baldado de agua, en el Huila, en la parte que vivíamos que era supremamente frio, báñese usted y bañe el niño, el otro niño grande no me lo dejaban entrar a mi habitación, mi hermano cuando los niños se metían a jugar, ay sálganse de allá que su tía tiene SIDA los va contagiar, los va contaminar, ellos no se dejaban hablar ... **V, RVIH, PR, L173:** pero yo se lo decía al médico, o me sacan de este hospital, o me dicen que tengo, o yo me tiro por el balcón, entonces me bajaron al primer piso...

Sin embargo, Cyrulnik (2001) indica que la adquisición de recursos internos durante el desarrollo del sujeto permite hacer frente a situaciones de dolor. Es importante tener en cuenta que

tanto las familias como los sujetos cuentan con recursos propios que pueden provenir tanto de sí mismos como del entorno en el que se desenvuelven (Ausloos,1998).

Lo anterior da cuenta de cómo los participantes han encontrado recursos y experimentado auto soluciones en sí mismos, como buscar información acerca del diagnóstico, la fuerza para enfrentar el diagnóstico y el apoyo que han recibido por parte de sus amigos han favorecido la resiliencia.

V, RVIH, PR, L212: Así le dije yo, entonces de una vez, inmediatamente eso, iba escribiendo y lo iba leyendo, eh revisión por psiquiatría por abnegación al diagnóstico, entonces yo le dije que pena doctora, yo no le estoy negando nada, le dije si eso, que usted me está diciendo, es una enfermedad grave, a mí me la explica, porque lo único que yo le estoy diciendo a usted es si mi hijo va nacer bien, lo uni ... **V, RVIH, PR, L232:** Nooo, no, eh, durante un año afectada por el diagnostico como tal, no. porque como le digo, ósea a pesar de que tenía la información, yo me sentí muy tranquila. **V, RVIH, PR, L763:** No papito, ¡yo ahora me siento una mamacita! (risas). **V, RVIH, PR, L462:** Tengo un amigo que lleva 20 años diagnosticado, lo distingo hace 8 años y él es del programa LGTB, ¡cada que cumplimos años del diagnóstico el o yo me llama amiga feliz aniversario!**V, RVIH, PJ, L477:** Perooo pues (inaudible) como que, ya como tanto tiempo ya como es algo normal ... **V, RVIH, PJ, L4:** Pues digamos que hay mucho por delante qué somos muy fuertes. **V, RVIH, PJ, L479:** Pues yo ya, pues yo ya sabía que mi pareja lo tenía, de hecho, yo dije, pues yaaa ya que hijuemadres, yoooo, (inaudible) ... **V, RVIH, PJ, L521:** Yo nunca(inaudible) me dieron el 23 de diciembre y el 28 estaba normal, yo dije de aquí pa' delante es pa' llá, pa' trás ni pa' coger impulso... (inaudible). **V, RVIH, PJ, L675:** Yo le dije, ósea, él es un amigo de confianza, sabe todo lo mío, sabe incluso cómo pasó y yo le dije a él, pues nada, le salieron como las lágrimas, pero no, a veces sí que uno llega y me pasa un tapaboca, y yo, no, no pasa nada, entonces es porque él estaba con gripa. Por último, retomando Arias y Alvarado (2015), cuando se narra se pone en palabras lo vivido en cuanto a ideas y emociones, lo que permite resignificar las experiencias puesto que al llenar de sentido la propia historia al renombrar y recrear una serie de acontecimientos, da cuenta la configuración particular y compleja frente a los hechos vividos. De este modo, cuando los participantes decidieron narrar su historia crearon a su vez la posibilidad de construir y reconstruir una interpretación distinta de la misma haciéndose protagonistas y alzando su voz permitiendo comprender la manera como habían construido la idea de relación de pareja.

Conclusiones

A partir del planteamiento del problema y los resultados obtenidos en esta investigación, fue posible concluir que los relatos contruidos por los participantes con relación a sus experiencias frente al diagnóstico del VIH estaban configurados en un lenguaje de temor, de muerte y de historias llenas de dolor que impedían tener una perspectiva más amplia de las posibilidades que tenían en relación a la conformación de pareja, dado que se tenía la idea de que al tener el diagnóstico no se podía establecer una relación de pareja serodiscordante. Así mismo, fue posible identificar relatos dominantes en torno a la manera como los profesionales de la salud y las entidades del Estado dan respuesta a estos casos, sobre en todo en comunidades apartadas geográficamente donde la información no llega oportunamente y donde la educación sobre sexualidad y enfermedades de transmisión sexual queda relegado al uso del preservativo, prevención del embarazo y las formas de transmisión de enfermedades sexuales. Por otro lado, se resalta los recursos internos de los participantes observados en sus narrativas como alternos donde referían haber buscado autosoluciones para enfrentar el diagnóstico por medio de la búsqueda de información que les permitiera entender mejor qué era lo que estaba ocurriendo con su estado de salud.

De igual manera, se observó narrativas dominantes alrededor del arrepiento y la culpa por no haber sido responsables en el cuidado de sí mismos y la responsabilidad que debió tener la pareja para cuidar al otro. Así mismo, se identificó en uno de los participantes duelos no resueltos por el rompimiento de la relación de pareja y la forma como había configurado los vínculos a partir de unos vínculos forzados y de supervivencia dado que consideraba que no podría volver a estar en pareja impactando de este modo su salud emocional y por lo tanto el tratamiento. Es importante resaltar que también se observaron relatos alternos respecto a la conformación de parejas serodiscordantes dado que, aunque ya se conocía el estado serológico del otro, la pareja decidió aceptarlo y apoyarlo en los momentos de crisis y llegando a conformar una nueva familia.

Adicionalmente, gracias al escenario conversacional, fue posible favorecer nuevas comprensiones respecto a las relaciones de pareja en el contexto del VIH, dado que los participantes asumieron una actitud de corresponsabilidad en el cuidado de la salud del otro y la manera como los vínculos deben ser generativos y no de supervivencia.

Aportes, Limitaciones y Sugerencias

Aportes

En el ámbito disciplinar se aportan comprensiones desde la cibernética de segundo orden acerca de la problemática, así como de la importancia de la epistemología socio-constructivista dando cuenta de lo posibilitador de la construcción de realidades por medio de las diferentes narrativas presentadas y emergentes durante el ejercicio investigativo y que a su vez, se articula con la ***línea de investigación Psicología, realidades cotidianas y transformaciones sociales*** de la Universidad Santo Tomas, permitiendo la comprensión de un fenómeno que impacta a nivel departamental y municipal teniendo en cuenta que es una realidad social que afecta a la región de la Orinoquia, siendo el Meta el decimoquinto departamento dentro de la tasa de mortalidad y letalidad del VIH con 1.911 casos en el 2018 según el Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo (2019), de este modo la investigación da cuenta de otra perspectiva frente a lo que se conoce en cuanto a las relaciones de pareja en el contexto del VIH.

Teniendo en cuenta lo anterior, se reconoce como aporte a los investigadores más allá del conocimiento científico, tener otra mirada del fenómeno reconociendo los procesos autorreferenciales como profesionales y el rol que se cumple en la sociedad, entiendo que, al ser sujetos en relación, impactamos y somos impactados por medio del lenguaje.

Finalmente, se entiende como aporte para los participantes de la investigación las nuevas comprensiones construidas durante el ejercicio investigativo frente a lo que comprendían sobre su estado de salud y la manera de relacionarse con otros, favoreciendo la emergencia de narrativas alternas para el cambio futuro. Así mismo, el ejercicio del escenario conversacional favoreció el reconocimiento y expresión de sus emociones, conocimientos y sentimientos, de manera que permitió dar respuestas a las dudas, necesidades e inquietudes que aún existen acerca del diagnóstico y la manera como habían configurado la idea de relación de pareja todo esto mediado por un lenguaje co-constructivo y de respeto.

Por otro lado, es importante resaltar que durante el escenario conversacional los participantes tomaron como iniciativa realizar una campaña de salud informativa sobre el VIH y las creencias que lo rodean el cual se desarrolló durante la jornada de Salud mental que se realizó en el segundo semestre del año 2019 en la universidad Santo Tomas.

Limitaciones

El desarrollo de este tipo de investigación puede resultar con bastantes limitaciones como en este caso, dado que el acceso a la población dificulta en su totalidad el desarrollo de la misma. Aunque se envió una carta invitando a la participación de las EPS, no hubo respuesta por parte de las entidades, por lo cual tuvimos que implementar otras estrategias para encontrar la población (Bola de Nieve). La mayoría de las respuestas siempre estuvo dada por el temor a ser expuestos, pues se sigue considerando el VIH un tema tabú y de temor.

Sugerencias

Reconociendo las limitaciones de esta investigación, se sugiere para próximos abordajes ampliar la población incluyendo a las familias y profesionales de la salud, de manera que se posibiliten las múltiples voces de los actores que permita la movilización de nuevas comprensiones acerca del VIH. Durante el desarrollo de la investigación, los participantes expresaron en varias ocasiones haber sentido malestar por la forma en que el profesional de psicología asumía su rol a la hora del acompañamiento del diagnóstico, razón por la cual se considera importante para futuras investigaciones, abordar esta población en relación con el fenómeno del VIH y la manera como el profesional está sumiendo su papel en el proceso de acompañamiento de la persona.

Referencias

- Arango, P y Bedoya, M (2012). Constructivismo y construccionismo social: Algunos puntos comunes y algunas divergencias de estas corrientes teóricas. *Revista Prospectiva* N°. 17. Universidad del Valle. Recuperado de: <http://revistaprospectiva.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/view/1156/1276>
- Arévalo, L., (2018). Violencia de Pareja en la Mujer que Vive con VIH. *Rev. Colomb. Enferm.* Tomado de: <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/6547223.pdf>.
- Arias, C. y Alvarado, S. (2015). Investigación narrativa: Apuesta metodológica para la construcción social de conocimientos científicos. *CES Psicología*, 8(2),.171-181. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417010.pdf>
- Ausloos, G. (1998). *Las Capacidades de la Familia*. Barcelona: Herder. Primera parte.
- Bautista, C. (2011) *Proceso de la investigación cualitativa, epistemología, metodología y aplicaciones*. Editorial Manual Moderno, Colombia.
- Beltrán, P.I y Villa, G.V. (2017). *El Lenguaje en la Terapia Narrativa*. (Tesis de pregrado). Recuperado de: <https://repository.urosario.edu.co/bitstream/handle/10336/13478/El%20Lenguaje%20en%20la%20Terapia%20Narrativa.pdf?sequence=6>
- Berbesi D., y Segura Á., (2014). Vulnerabilidad al VIH: Revisión sistemática. *Investigaciones Andina*, 16(28), 964-977. Retrieved May 26, 2019, Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-81462014000100009
- Brunet, I. y Morell, A. (2001). Epistemología y cibernética. *Papers. Revista De Sociología*, 65, 31-45. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.5565/rev/papers/v65n0.1705>
- Camargo, B. y Aguiar, A., (2014). Romantic Relationships, Adolescence and HIV: Love as an Element of Vulnerability. *Revista Paidéia*. Vol. 24, No. 58, 165-175. Recuperado de: <http://scielo.br/pdf/paideia/v24n58/1982-4327-paideia-24-58-0165.pdf>
- Campo, C. y Linares, J. (2002). *Sobrevivir a la pareja*. Barcelona, España: Planeta S.A
- Cardona D., Medina O., Herrera S., y Orozco P., (2016). Depresión y factores asociados en personas viviendo con VIH/Sida en Quindío, Colombia, 2015. *Revista Habanera de Ciencias Médicas*. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1729-519X2016000600010

- Cardona M., Paz D., y Joerns S., (2018). Estigma y Discriminación Asociado al VIH/sida en Profesionales de la Salud. PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI
Recuperado de:
http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/10462/Estigma_discriminacion_VIH.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Carretero, C. (2015). La claridad y el orden en la narración del discurso jurídico. *Revista de Llengua i Dret, Journal of Language and Law*, 64, 63-85. DOI: 10.2436/20.8030.02.116.
Recuperado de: <https://core.ac.uk/download/pdf/39147326.pdf>
- Chong F., y Torres T., (2019). Parejas heterosexuales serodiscordantes en Chiapas, México. La influencia del género en la expresión de la agencia. *Revista Costarricense de Psicología*. Vol. 38, N.º 1, p. 37-56. Recuperado de: <http://oaji.net/articles/2019/3238-1562015911.pdf>
- Cubero, R., (2005) Elementos básicos para un constructivismo social. *Revista Avances en psicología latinoamericana*. Vol. 23. Recuperado de: <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/apl/article/download/1240/1106.%20consultada%20en%20enero%202017>
- Cyrlunik, B., (2001). Los patitos feos. La resiliencia: una infancia infeliz no determina la vida. Editorial Gedisa, Barcelona.
- Diez f., (2018). El tiempo según Paul Ricœur. ISSN: 2390-0032. Vol. 26, N. 57. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/esupb/v26n57/0120-1263-esupb-26-57-00283.pdf>
- Domínguez, E., y Herrera, J., (2013). La investigación narrativa en psicología: definición y funciones. *Psicología desde el caribe*.30 (3) 620-64. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psdc/v30n3/v30n3a09.pdf>
- Echeverría (2005). *Ontología del Lenguaje*. Editorial JCSÁEZ. ISBN: 956- 7802- 33- 5
- Elkaim, M. (1998). *La Terapia Familiar en Transformación*. Barcelona: Paidós.
- El Espectador (2016). Con cifras desalentadoras, el Meta conmemorará Día Mundial de lucha contra el Sida. Recuperado de: <https://www.google.com/amp/s/amp.elespectador.com/noticias/nacional/meta/cifras-desalentadoras-el-meta-conmemorara-dia-mundial-d-articulo-668254>
- Estupiñan J., González O., (2015). *Narrativa Conversacional, relatos de vida y tramas humanos*. Universidad Santo Tomas.

- Estupiñan, J., Hernández, A., y Bravo, F. (2004). Dossier Proyecto: Vínculos, ecología y redes. Bogotá, D.C. Universidad Santo Tomás.
- Fernández C., y Sánchez D., (2018). Actitudes y Prácticas Sexuales Relacionadas con VIH/SIDA. Revista de la Universidad Industrial de Santander. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/jatsRepo/3438/343860383008/343860383008.pdf>
- Ferreira, Maris, Cardoso, Oliveira y Moura (2015). Revealing the relationship of couples facing prophylaxis of vertical transmission of HIV. Investigación y Educación en Enfermería, 33 (3), 539-546. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=105241607018>
- Foerster, H (1991) Las semillas de la cibernética. Foerster, H. Von (1991). Las semillas de la cibernética. Madrid: Gedisa.
- Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto (2019). Situación del VIH SIDA en Colombia. Bogotá, Colombia. Recuperado de: https://www.cuentadealtocosto.org/site/images/Libro_Situacion_del_VIH_SIDA_en_Colombia_2018.pdf
- García, M (2014), VIH-SIDA. Abordaje psicológico. Recuperado de: <https://www.oei.es/historico/divulgacioncientifica/?VIH-SIDA-Abordaje-psicologico>
- González, W; Rincón, K y Salamanca, J (2016). Afrontamiento y calidad de vida del paciente con VIH/SIDA de la IPS Salud Llanos en Villavicencio. Universidad Cooperativa de Colombia. recuperado de: <http://repository.ucc.edu.co/handle/ucc/4439>
- Guevara Y., y Hoyos P., (2018). Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH. Psicogente. 21(39): pp.127-139. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/psico/v21n39/0124-0137-psico-21-39-00127.pdf>
- Hernández C., y Bravo., L., (2004). Vínculos, Redes y Ecología. Hallazgos Revista de Investigaciones, 112-129. Recuperado de: <https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/hallazgos/article/view/1575>
- Hoyos, P y Duarte, C, (2015). Roles Y Desafíos De Mujeres Jefas De Hogar Con VIH/SIDA. Recuperado de: <https://revistas.unal.edu.co/index.php/revsaludpublica/article/view/42096/57488>
- Hoyos P., Sanabria J., Orcasita L., Valenzuela A., González M., y Osorio T., (2019). Representaciones Sociales Asociadas al VIH/ sida en Universitarios Colombianos. Recuperado de : http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-12902019000200018&script=sci_arttext

- Infosida. (2017). ¿Qué es el VIH? [Mensaje en un blog]. Recuperado de: <https://www.infosida.es/que-es-el-vih>
- InfoSida (2019) El VIH y la salud mental. Recuperado de: <https://infosida.nih.gov/understanding-hiv-aids/fact-sheets/27/92/el-vih-y-la-salud-mental>
- Instituto Nacional de Salud (2017). Informe de Evento VIH/sida, Colombia, 2017. MINSALUD. Recuperado de : <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%202017.pdf>
- Instituto Nacional de Salud (2017). VIH/Sida. Colombia. Recuperado de: <https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/Informesdeevento/VIH-SIDA%202017.pdf>
- Lara, L., Cianelli, R., Ferrer, L., Bernales, M., y Villegas, N. (2008). Comunicación de pareja y VIH en mujeres en desventaja social. *Horizonte de enfermería*, 19(2), 35–43. Recuperado de: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779544/#idm140605951247360aff-info>
- Ley 1090 de 2006. Recuperado de: https://www.unisabana.edu.co/fileadmin/Archivos_de_usuario/Documentos/Documentos_Investigacion/Docs_Comite_Etica/Ley_1090_2006_-_Psicologia_unisabana.pdf
- Macario, M. (2013). *Narrativas dominantes y alternativas en mujeres que han participado en una interacción violenta con sus parejas*. (Maestría). Pontificia universidad javeriana facultad de humanidades y ciencias sociales, Bogotá D.C. Recuperado de: <https://repository.javeriana.edu.co/bitstream/handle/10554/12509/MacarioRodriguezMariaNaCarolina2013.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Maglio I., (S.f.). Guía de Buenas Prácticas Ético Legales en VIH/sida. Argentina. Recuperado de: http://www.msal.gob.ar/images/stories/ryc/graficos/0000000666cnt-2015-04_guia-de-buenas-practicas-etico-legales-en-VIH-sida.pdf
- Martínez N., Azevedo E., Souza J., y Grinsztejn B., (2017). Vulnerabilidade à infecção do HIV entre casais sorodiscordantes no Rio de Janeiro, Brasil. *Cad. Saúde Pública*. Recuperado de: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v33n4/1678-4464-csp-33-04-e00053415.pdf>
- Maturana, H (1996). II. Fundamentos biológicos del conocimiento. La realidad ¿objetiva o construida? Barcelona: Anthropos. Recuperado de: <https://meinps.files.wordpress.com/2013/06/maturana-humberto-la-realidad-objetiva-o-construida-2.pdf>
- Meléndez M., Rodríguez J., y Vélez M. (2015). Personas Trans Y Su Adherencia A La Terapia Antirretroviral Para El Vih/Sida. *Interamerican Journal of Psychology*, 49 (3), 315-331. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=28446020004>

- Ministerio de Salud (2002). Guía para la Asesoría y Apoyo Psicológico a Personas que Viven con El VIH/SIDA. Panamá. Recuperado de: https://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/santiago_guia_para_la_ase_soria_y_apoyo_psicologico_en_vih sida.pdf
- Ministerio de Salud y Protección Social (S.F) Sistema Nacional de Información en VIH/SIDA. Recuperado de: https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/GCFI/ONVIH_002_PPT%20sistema%20inf%20%20ITS%20VIHSIDA%20vs1%2012.08.2013.pdf
- Montalvo A. y Herrera A. (2014). Sida: Sufrimiento De Las Personas Con La Enfermedad, Cartagena. Av Enferm. 33(1):85-93. Recuperado de: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v33n1/v33n1a10.pdf>
- Mosqueda D., Reyes G., Montuy J., Cruz A., y Arcos K., (2017). Apoyo Social en Persona que Viven con VIH. salud, educación, sociedad y economía en la frontera sur de México. Recuperado de: https://www.google.com/url?sa=T&source=Web&rct=J&url=http://www.sidastudi.org/resources/Inmagicimg/Dd46905.Pdf&ved=2ahukewi_4st02ethahwqq1kkhyzfdiaqfjaeegqiarab&usq=Aovvaw1pcluep5i-Sprveofmvx4s
- Muñoz, M, González, C, Domenech, J, y Galindo, C (2018). Alteraciones psicológicas de los pacientes con VIH. Editorial Compas, Guayaquil, Ecuador. Recuperado DE: <http://www.sidastudi.org/es/registro/a53b7fb3673c3a9f0167f0859e31022b>
- Nhamba L., Hernández E., y Bayarre H., (2014). Depresión en Personas con VIH en Dos Municipios de Angola. Revista Cubana Salud. Vol. 40 No. 4. Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662014000400004
- Nieto C., y Garcia M., (2016). Creencias Espirituales y Religiosas en pacientes con VIH/SIDA de la IPS Saludllanos de la ciudad de Villavicencio. Universidad Cooperativa de Colombia. Recuperado de: https://repository.ucc.edu.co/bitstream/20.500.12494/4502/1/2017_creencias_espirituales_rel_igiosas.pdf

- Oliveira L., Queiroz A., Costa, Magalhães C., Araújo R., y Reis R., (2019). Parejas sexuales de personas que viven con VIH / sida: orientación sexual, aspectos sociodemográficos, clínicos y comportamentales. *Enfermería Global*, 18(54), 25-62. Recuperado de: <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/v18n54/1695-6141-eg-18-54-25.pdf>
- Organización Mundial de la Salud (2017). Recuperado de: <https://www.who.int/features/factfiles/hiv/es/>
- Ospina A., (2018). Pareja homoparental serodiscordante: procesos de comunicación y prácticas de cuidado. Un análisis de caso en Manizales. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(1), 78-98. Recuperado de: http://vip.ucaldas.edu.co/revlatinofamilia/downloads/Rlef10_5.pdf
- Pakman M., (1996). El lenguaje y la construcción del sí mismo. Construcciones de la experiencia humana. Vo. 1. Recuperado <https://es.scribd.com/document/344026591/Marcelo-Pakman-Construcciones-de-la-experiencia-humana-vol-1-pdf>
- Pakman, M. (1994). Investigación en grupos familiares. Una perspectiva constructivista. En Delgado, J.; Gutiérrez, J. (coord.). *Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales*. Madrid: Síntesis. Recuperado de: http://proyectos.javerianacali.edu.co/cursos_virtuales/posgrado/maestria_asesoria_familiar/proyectos_I/modulo1/unidad1/Cap13_Marcelo%20Pakman_.pdf
- Pakman, M (1996). Construcciones de la experiencia humana. Vol. 1. Recuperado <https://es.scribd.com/document/344026591/Marcelo-Pakman-Construcciones-de-la-experiencia-humana-vol-1-pdf>
- Payne, M. (2000). *Terapia narrativa. Una introducción para profesionales*. Paidós. Barcelona. Recuperado de: http://www.ub.edu/hscatreballsocial/sites/default/files/pdfs/casos-practics/terapia_narrativa_1.pdf
- Piedra, N. (2011). *Amor/Desamor: Relaciones de poder en las parejas y vínculos amorosos en la costa rica urbana contemporánea*. (Tesis doctoral). Centro de estudios sociológicos, México. Recuperado de: https://ces.colmex.mx/pdfs/tesis/tesis_piedra_guillen.pdf
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida. ONUSIDA (2017). Recuperado de: <http://onusidalac.org/1/index.php/publicaciones/item/2219-unaid-data-2017>

- Ramírez, C (2018). Movilización vincular, procesos de ajuste y adaptación ante la infección por VIH. Universidad Santo Tomás. Recuperado de: [http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/12497/2018camiloramirez.pdf?sequence=1 &isAllowed=y](http://repository.usta.edu.co/bitstream/handle/11634/12497/2018camiloramirez.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Reyes, A., y Losanto, V., (2016). Terapia narrativa aplicada a una persona con crisis de identidad femenina. *Ajayu. Órgano de Difusión Científica del Departamento de Psicología de la Universidad Católica Boliviana "San Pablo"*, 14 (2),227-246.Recuepardo de: <https://www.redalyc.org/pdf/4615/461546437002.pdf>
- Ricoy C., (2006). Contribución sobre los paradigmas de investigación. *Educação*, 31(1),11-22. [fecha de Consulta 31 de enero de 2020]. ISSN: 0101-9031. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oaid=1171/117117257002>
- Rivera, J., Rodríguez, S., Varas, N., y Pacheco, R. (2013). The Role of Social Support on Health- Related Practices of HIV-Discordant Heterosexual Couples. *Revista Puertorriqueña de Psicología*, 24 (2), 1-18. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=233229143003>
- Robles. (2005). El VIH, una definición de la realidad. *Gazeta de la antropología*,21.14. Recuperado de: http://www.gazeta-antropologia.es/wp-content/uploads/G21_14Bernardo_Robles.pdf
- Rocha, Gomes, Cé, Pujol, Torres de Carvalho, Pizzinato, (2019). “A gente não é estatística” – o teste rápido e aconselhamento para HIV por representantes LGBT. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*, 15(1), 143-155. DOI: <https://doi.org/10.15332/s1794-9998.2019.0001.11>
- Romero A., y Palacios F. (2014). Cambios y permanencias en la representación social del VIH en un grupo de mujeres portadoras. *Revista Internacional de Psicología*, 13(01), 1-37. doi: <https://doi.org/10.33670/18181023.v13i01.84>. Recuperado de: <http://www.revistapsicologia.org/index.php/revista/article/view/84>
- Salamanca E., y Romero E., (2017). Comportamiento ante la transmisión del VIH/sida en adolescentes y jóvenes en universidades privadas de Villavicencio (Meta, Colombia). Recuperado de: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=145251406005>

- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá (S.f.). Guía de Práctica Clínica en Salud. Protocolos de Vigilancia en Salud Pública. Bogota D.C. Recuperado de: <http://www.saludcapital.gov.co/sitios/VigilanciaSaludPublica/Protocolos%20de%20Vigilancia%20en%20Salud%20Publica/VIH%20Sida.pdf>
- Secretaria Distrital de Salud de Bogotá (2010). Guía de Práctica Clínica en Salud. Bogota D.C. Recuperado de: https://issuu.com/ricardo1231/docs/gu_a_de_pr_ctica_cl_nica_en_salud_o_af84550c060e28
- Secretaria Local de Salud (2018). Boletín Epidemiológico Período VI. Recuperado de: http://www.villavicencio.gov.co/Documents/BOLETIN_EPIDEMIOLOGICO_VILLAVICENCIO_PERIODO_8_DE_2018.pdf
- Sluzki, C, (1998). La transformación de los relatos en terapia. En Elkaïm, M (ed. 1), *La terapia en transformación*. (pp. 53-57). Barcelona, España: Editorial Paidós.
- Said A., y Seidl E., (2015). Serodiscordance and prevention of HIV: perceptions of individuals in stable and non-stable relationships. *Interface - Comunicação, Saúde, Educação*, 19(54), 467-478. Epub September 00, 2015. http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-32832015000300467&script=sci_abstract
- Shotter, J. (2001). Realidades conversacionales: construcción de la vida a través del lenguaje. Buenos Aires: Amorrortu editores
- Suarez M., y Zambrano S., (2015). Las expresiones sexuales en personas con VIH/SIDA. Pontificia Universidad Javeriana Cali. Recuperado de: http://vitela.javerianacali.edu.co/bitstream/handle/11522/7633/Expresiones_sexuales_personas_vih.pdf;jsessionid=BE7601BAD35E52EAF59F00D7003CF5B6?sequence=1
- Verdú A., (2014). El Amor en la Sociedad de Consumo. *Gazeta de Antropología*. Recuperado de: <http://www.gazeta-antropologia.es/wp-content/uploads/GA-30-1-10-AnaDoloresVerduDelagado.pdf>
- Vinaccia S., y Orozco L., (2005). Aspectos psicosociales asociados con la calidad de vida de personas. Universidad de San Buenaventura, Medellín. *Perspectivas en Psicología*. Recuperado de: <https://www.redalyc.org/pdf/679/67910202.pdf>
- White, M (2004) Guías para una terapia familiar sistémica. Editorial Gedisa. Barcelona, España.