

Más allá de los síntomas: vivir con VIH es motor de cambio*

Além dos sintomas: viver com HIV é motor de mudança

Beyond symptoms: living with HIV is a life changing motor

• Ana María Bastidas Erazo¹ • Gladys Eugenia Canaval Erazo² •

* La investigación "La experiencia de los síntomas en personas que viven con el VIH" aporta los datos para este artículo, fue presentada por la autora principal como trabajo de investigación con la dirección de la coautora, en la maestría en Enfermería de la Universidad del Valle (Cali, Colombia).

•1• Universidad Libre Seccional (Cali, Colombia). Correo electrónico: ambe1969@gmail.com

•2• Universidad del Valle (Cali, Colombia). Correo electrónico: gladys.canaval@correounivalle.edu.co

Recibido: 08/04/2018 Aprobado: 30/10/2018

DOI: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.71588>



Resumen

Objetivo: describir en profundidad la experiencia de personas con VIH durante el proceso de tratamiento y atención en instituciones de salud.

Materiales y métodos: diseño de teoría fundamentada en entrevistas en profundidad a once personas con VIH que asistían a programas de atención ambulatoria en Cali, Colombia.

Resultados: categoría central denominada: *vivir con VIH es motor para el cambio de vida* y seis categorías: *experimentando los síntomas; sospechando el diagnóstico; recordando información sobre ser portador del VIH; experimentando crisis existencial: el poder de las emociones; reconociendo la bondad de los medicamentos y obteniendo apoyo social: considerado aspecto fundamental.*

Conclusión: los participantes al recibir el diagnóstico experimentaron crisis existencial y emocional que con la ayuda de familiares, personal de salud, la pareja y los pares, les facilitó tomar conciencia de su estado actual y aceptar su situación; sus hábitos se tornaron saludables y la creencia en un ser superior se reafirmó.

Descriptor: VIH; Discriminación Social; Estigma; Calidad de Vida; Síntomas (fuente: DeCS, BIREME).

Resumo

Objetivo: descrever em profundidade a experiência de pessoas com HIV durante o processo de tratamento e atenção em instituições de saúde.

Materiais e métodos: desenho de teoria fundamentada em entrevistas em profundidade a onze pessoas com HIV que frequentavam programas de atenção ambulatoria em Cali, Colômbia.

Resultados: categoria central denominada: *viver com HIV é motor para a mudança de vida* e seis categorias: *experimentando os sintomas; suspeitando do diagnóstico; recebendo informação sobre ser portador do HIV; experimentando crise existencial; o poder das emoções; reconhecendo a bondade dos medicamentos e obtendo apoio social: considerado aspecto fundamental.*

Conclusão: os participantes ao receber o diagnóstico experimentaram crise existencial e emocional que com a ajuda de familiares, pessoal de saúde, o(a) companheiro(a)/espos(a) e os pares, que facilitou tomar consciência de seu estado atual e aceitar sua situação; seus hábitos se tornaram saudáveis e a crença em um ser superior se reafirmou.

Descriptor: HIV; Discriminação Social; Estigma; Qualidade de Vida; Síntomas (fonte: DeCS, BIREME).

Abstract

Objective: to describe in depth the experience of people with HIV during the process of treatment and care in health institutions.

Materials and methods: grounded theory design with in-depth interviews to 11 people with HIV who attended ambulatory care programs in Cali, Colombia.

Results: central category: *living with HIV as a life changing motor* and 6 categories: *experiencing the symptoms; suspecting the diagnosis; getting information about being a carrier of HIV; experiencing existential crisis; the power of the emotions; recognizing the goodness of the medicines and getting social support: considered a fundamental aspect.*

Conclusion: the participants, upon receiving the diagnosis, experienced existential and emotional crisis that with help from family members, health personnel, couples and peers, made it easier to become aware of their current status and accept their situation; their habits became healthy and the belief in a superior being was reaffirmed.

Descriptors: HIV; Social Discrimination; Social Stigma; Quality of Life; Symptom. (source: DeCS, BIREME).

Introducción

El diagnóstico de portador del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) se considera un acontecimiento potencialmente estresante y traumático, la persona experimenta síntomas como dolor y fatiga al estar expuesta a múltiples tensiones de la vida cotidiana relacionadas con su estado de infección, pérdidas familiares y crisis situacionales (1).

En Colombia la realidad de la infección por VIH que revela la Cuenta de Alto Costo a enero 31 de 2016 mostró que el número de diagnosticados con VIH fue de 73 465; la prevalencia ajustada por cien habitantes de 0,16 %; la tasa de incidencia ajustada general por cien mil habitantes de 16,8 y para hombres de 21,6; reportó que el conteo de la CD4 determina que en los hombres el diagnóstico es tardío con aparición de mayor número de síntomas (2); es importante abordar el tema de la experiencia de los síntomas por personas con VIH para contribuir al conocimiento en este campo.

Con esta investigación se pretendió aportar elementos para fortalecer el cuidado de la persona con VIH, partiendo de la comprensión de la experiencia de los síntomas desde el momento que recibe el diagnóstico a partir de la siguiente pregunta: ¿cómo es la experiencia de los síntomas de quienes viven con VIH y asisten a programas de atención ambulatoria en instituciones de salud de la ciudad de Cali, Colombia?

Las personas con VIH se enfrentan a diversos eventos estresantes como problemas financieros y de relación (3); entre los síntomas y signos prevalentes están: fiebre, dolor de cabeza, malestar, taquicardia y linfadenopatía (4). Surgen alteraciones emocionales que afectan su bienestar por el rechazo, la culpabilización, la estigmatización, poco apoyo social y la pérdida del trabajo; se presentan estados de insomnio, pérdida de apetito, pérdida de la memoria y baja concentración, reconocidos como síntomas somáticos de la depresión; la depresión es un efecto negativo del estigma en caso de infección por el VIH o su tratamiento (5). Temores y depresión se originan por el estigma interno, que lleva a la vergüenza asociada a ser una persona infectada con VIH (6).

El estigma relacionado con el VIH se refiere a las creencias, sentimientos y actitudes negativas hacia los portadores del VIH, también lo viven

quienes se inyectan drogas, trabajadoras sexuales, homosexuales y personas transgénero (7). La estigmatización crece cuando los conocimientos sobre la enfermedad son deficientes e incrementa los pensamientos preconcebidos sobre el VIH (8).

La Convención Interamericana sobre la eliminación de todas las formas de discriminación contra las personas con discapacidades, estima que esta alude a cualquier exclusión o restricción que transgrede los derechos humanos (9); la discriminación tiene consecuencias psicológicas profundas en las personas con VIH intensificando el aislamiento social (10) y la depresión (11).

Respecto al cuidado que el equipo de salud brinda a los portadores de VIH, un estudio menciona que las enfermeras más jóvenes tienen un promedio significativamente más alto de actitudes estigmatizantes en comparación con las enfermeras de mayor edad y diplomadas (12). De allí la relevancia de comprender la situación de las personas con VIH y disminuir la discriminación hacia ellas.

El objetivo de este estudio fue describir en profundidad la experiencia de los síntomas de las personas que viven con el VIH, que asisten a programas de atención ambulatoria de instituciones de salud de Cali.

Materiales y métodos

Estudio con teoría fundamentada, enfoque de Strauss y Corbin (13, 14), con entrevistas en profundidad a once adultos con VIH, con al menos un síntoma en la última semana y sin ningún trastorno mental, que asistieron a la consulta ambulatoria del programa de atención a personas con VIH de dos instituciones de salud de Cali (ubicada en el suroccidente colombiano), entre los meses de febrero de 2007 y febrero de 2008. Las entrevistas contenían preguntas sobre los conocimientos, reacciones y sentimientos frente a los signos y síntomas de ser VIH positivo y efectos en la vida personal, familiar, social y laboral; se realizaron en sitios concertados con los participantes, se grabó y transcribió por cada participante, tres entrevistas en profundidad, se tomaron notas de campo; el análisis de los datos se ejecutó de manera simultánea con la recolección (13, 14).

Previo a la recolección de los datos se cumplió con la etapa de sensibilización de los autores con el tema, a los participantes se les devolvieron los datos individualmente para obtener su realimentación. El

número de personas entrevistadas y su selección se guiaron por la estrategia del muestreo teórico.

El análisis de la información se inició con la codificación abierta y se establecieron relaciones entre las categorías y subcategorías identificadas. Para dar precisión y especificidad a los datos se utilizó el método comparativo constante de incidentes concretos que sirvió para refinar conceptos, identificar propiedades, explorar interrelaciones e integrarlos en un esquema coherente con la experiencia de las personas con VIH (14). Se emplearon memos teóricos y diagramas.

La participación de los portadores de VIH fue voluntaria y posterior a la firma del consentimiento informado, el cual consignó que es una investigación sin riesgo. El proyecto fue aprobado mediante Acta 013 del 15 de noviembre de 2006 por el Comité Institucional de Revisión de Ética Humana de la Universidad del Valle, regido por la Resolución 8430 del Ministerio de Salud de Colombia que establece las normas científicas y administrativas de la investigación en salud y los principios de la Asamblea Médica Mundial expuestos en su Declaración de Helsinki.

Resultados

El tiempo que llevaban las personas con el diagnóstico de VIH fue de 1 a 14 años, rango de edad de 23 a 41 años; siete eran hombres y cuatro mujeres; seis con orientación heterosexual, cuatro con orientación homosexual y una persona bisexual; la mayoría procedían de la ciudad de Cali.

La categoría central denominada: *vivir con VIH es motor de cambio de vida*, emergió de un acercamiento profundo a las experiencias de las personas ante los síntomas y los cambios que se generaron. De esta categoría central se derivaron seis categorías: *experimentando los síntomas; sospechando el diagnóstico; recordando información sobre ser portador del VIH; experimentando crisis existencial: el poder de las emociones; reconociendo la bondad de los medicamentos y obteniendo apoyo social: considerado aspecto fundamental*.

Experimentando los síntomas

Algunos participantes antes de enterarse del diagnóstico sufrieron síntomas molestos como diarreas frecuentes y prolongadas, acompañadas de cefalea y fiebre, a veces con escalofríos y dolor abdominal. Dos de los participantes reportaron signos y sínto-

mas graves como infecciones intestinales, síntomas respiratorios, heridas que no cicatrizaban, presencia de “granos” en la piel, y al ser hospitalizados confirmaron el diagnóstico.

Hombre heterosexual de 24 años manifestó:

[...] llegué enfermo al hospital, con diarrea, vómito, dolor de cabeza, escalofrío, flaco, estaba pesando 43 kilos, desnutrido, le comenté al doctor... que la muchacha que vivía conmigo [...].

Hombre de 23 años que consumía con frecuencia droga y alcohol contó:

En la piel tenía psoriasis, eso se me alborotó más, eso se me regó en las piernas, eso eran plaquetas grandísimas que se descarchaban y rascaban.

Sospechando el diagnóstico

Esta categoría se basa en el haber vivido en promiscuidad, con múltiples parejas y vida sexual sin protección. Antes de recibir el diagnóstico, las personas con VIH experimentaron signos y síntomas, que empeoraron, lo que las llevó a sospechar que “algo malo” pasaba en su cuerpo; los hombres, sin importar su orientación sexual, se dieron cuenta de haber llevado un modo de vida “promiscuo” y de hacer uso inadecuado de protección en las relaciones sexuales; las mujeres reconocieron que no conocían la vida sexual de su pareja estable.

El participante homosexual de 26 años, con cuatro años de ser VIH positivo relata:

Tuve un lapso de tiempo en que estuve solo totalmente y no tuve pareja estable pero tuve relaciones sexuales, dentro de esas relaciones hubo una que la tuve sin protección y con esa tuve para contagiarme [...].

Recordando información sobre ser portador del VIH

Al confirmar el diagnóstico de VIH los portadores recordaron la imagen que ofrecían los medios de comunicación quince años atrás, sobre el deterioro, fallecimiento y formas de transmisión de la enfermedad, que los llevó a experimentar síntomas emocionales y físicos como tristeza, desesperanza y falta de apetito.

Hombre homosexual de 28 años narró:

[...] información que daban los medios, las universidades... los colegios, no era como tan abierta; preguntar sobre VIH o preguntar sobre una enfermedad como esta era un tabú y más que un tabú era poca información entonces [...].

Experimentando crisis existencial: el poder de las emociones

Al recibir la confirmación del diagnóstico los participantes lo relacionaron con la muerte, sintieron temor, enojo, tristeza, algunos la autorrecreación, otros utilizaron antidepresivos. El temor se agudizó con el transcurrir del tiempo, al adelgazar, sintieron vergüenza de su apariencia personal y mintieron sobre su condición. La mayoría vivió experiencia de rechazo y discriminación, señalamientos por parte de sus amistades y algunos perdieron su trabajo. Su tristeza se ahondó hasta el punto de sentir depresión e intentar el suicidio.

Hombre homosexual de 26 años que al leer la historia clínica se enteró que tenía VIH, su reacción fue:

Piensas que te vas a morir. Definitivamente el VIH es una enfermedad que está marcada por la marca de la muerte [...] entonces dije hasta aquí llegué, ese diagnóstico no me va a dejar hacer nada [...] pienso que fue el momento de sentarme a llorar y sentirme triste porque fue un

momento durísimo que nunca pensé [...].

Mujer heterosexual de 28 años expresó:

[...] no pues yo qué le iba a decir a mi familia y yo qué hacía después de eso, yo que ya me iba a morir, que ya todo se acababa, y bueno ahí vienen las cosas de suicidarse, yo quería acabar con todo eso, que para qué uno vive con VIH [...].

Reconociendo la bondad de los medicamentos

Los participantes con el diagnóstico también recibieron el medicamento con antirretrovirales, refirieron que el tratamiento influyó en su recuperación, sin importar los efectos adversos como mareos, náuseas, cálculos y lipodistrofia, cambió su modo de vida o su trabajo. Todos estuvieron de acuerdo en que el tratamiento les dio fuerza de voluntad para seguir adelante, "los empezó a mejorar".

Hombre heterosexual de 23 años dijo:

[...] cuando estaba demasiado flaquito, no me gustaba que la gente me viera; cuando empecé a comer normal y las pastas (medicamento) me empezaron a hacer efecto, que ya me empecé a sentir bien, entonces empecé nuevamente a salir, a hablar con los amigos.

Hombre homosexual de 28 años confesó:

Después reaccioné y me di cuenta que la vida continúa, que hay un tratamiento y que hay que seguir adelante... ¡mmm! [...]. Qué le digo al tiempo, mejoré [...] mejoré y fui mejorando cada vez más y más con los antirretrovirales.

Obteniendo apoyo social: considerado aspecto fundamental

En el momento de recibir el diagnóstico, diez de los participantes contaron con el apoyo de padres, hermanos e hijos y una persona experimentó recriminación. Los familiares pugnaron por que se siguieran los controles médicos, esto permitió establecer una relación de confianza con el personal de salud que insistió en el seguimiento al compañero sexual y el apoyo de "pares", lo que les ayudó a mejorar su estado emocional.

La relación de pareja se deterioró para varias de las personas, la mayoría tenían una pareja nueva de quien recibían apoyo, unos pocos no revelaron a su pareja su condición de portadores del VIH por temor a perderla.

Hombre heterosexual de 23 años declaró:

A mí la terapia me la hizo un pelado (un joven) [...] y él me decía: "no, es que yo fui diagnosticado hace como 6 años" [...] ¡No lo puedo creer! ¿Y luego [...] uno no se muere al año?, entonces uno como que empieza a despejar esas dudas.

Hombre heterosexual de 23 años afirmó:

[...] mi familia me decía deje de ser bobo, salga adelante, usted no es el primero ni el último que va a tener esa enfermedad. Mi papá es uno, ¡uh! Mi papá me ha ayudado mucho, mi papá es uno que me ve trasnochando y me dice: "¡no! Vaya pa' la casa huevón, no esté por ahí, no se trasnoche", me regaña.

Categoría central: vivir con VIH es motor de cambio de vida

Los participantes manifestaron que cambió su modo de pensar y actuar al recibir el tratamiento y obtener apoyo de otros portadores del VIH y de

la familia. Refirieron que realizaban actividades productivas desde que recibieron el diagnóstico y sin volverse fanáticos, se encomendaban a un ser superior. Cada día lo vivieron con mucha intensidad, se plantearon metas; sus proyectos los llevaban a cabo con empeño y lo mejor posible; conocieron experiencias positivas tanto del personal de salud como de personas que viven por muchos años con el VIH; por esas experiencias vicarias, conocieron que se puede vivir con calidad de vida y que para esto el tratamiento con medicamentos es esencial.

Poco a poco dieron un giro a su vida, participan en reuniones sociales, comparten más tiempo con la familia, tienen pareja estable y usan métodos de protección en las relaciones sexuales. Su alimentación cambió, pasaron de comer con exceso de grasa, condimentos y dulces a comer sano y saludable y a preparar sus alimentos o a comprarlos en sitios adecuados, también dejaron o disminuyeron el consumo de cigarrillo, de alcohol y de sustancias psicoactivas.

Otras categorías contribuyen a conformar la categoría central, ellas son: viviendo el día como si fuera el último; tomando conciencia sobre la condición de portador del VIH - Ya no soy la misma persona; teniendo una sola pareja estable, alimentándome sano y nutritivo y creyendo en un ser superior. A continuación algunos relatos de los participantes:

Hombre homosexual de 28 años:

Sí, yo era muy extrovertido, muy alegre, tenía muchos amigos, muchas amistades; sí, yo era una persona que le decían vamos para tal parte, listo vamos; y de allí en adelante (a partir del diagnóstico) fue un cambio total de 180 grados, ya no soy la misma persona, o sea en los últimos 8 años mi vida ha cambiado muchísimo.

Hombre heterosexual de 25 años:

Yo creo que a raíz de lo que me pasó, cuando estaba así de enfermo me hice bautizar, hoy en día pertenezco a una iglesia.

Discusión

Los resultados muestran una teoría sustantiva donde la categoría central que surgió *vivir con el VIH*, se constituye en un motor que impulsa a los participantes a realizar un cambio de vida, en sus creencias en un ser superior, en sus hábitos alimenticios, en el no uso de sustancias psicoactivas y alcohol, en permanecer con una pareja estable, en fijarse un nuevo propósito de vida, en realizar el cuidado de sí mismos y en vivir el día a día.

El diagnóstico de infección por VIH ocasiona sufrimiento por los cambios sociales y emocionales que experimenta el portador. Los síntomas depresivos, el enojo y el miedo a la muerte contribuyen a la percepción negativa de sí mismos (15, 16); la sospecha del diagnóstico generó en las personas una “crisis existencial”.

Los individuos con VIH se sienten estigmatizados, con sentimientos de culpa, con signos y síntomas molestos producto de la enfermedad o de la terapia antirretroviral; lo anterior se evidenció en este estudio en la “autoimagen trastornada”; la mayoría de los participantes al enterarse del diagnóstico y al no recibir tratamiento perdieron peso corporal y comenzaron a sentir vergüenza de su apariencia personal, en otros con medicamentos antirretrovirales, apareció la lipodistrofia lo que los llevó a restringir la actividad social (17).

Para muchos la religión y las creencias espirituales son el centro de su identidad y de su respuesta a la enfermedad (18), se ha reportado la existencia de zonas del cerebro asociadas a la importancia de la espiritualidad (19) y aunque no se sabe si esta es causa del engrosamiento de esa zona cerebral, sí se reporta correlación entre ellas. Este aspecto debe ser incluido en el cuidado que recibe la persona. Encontramos que la conexión con un ser superior ayuda a las personas con VIH en el proceso de tomar conciencia y a hacer un cambio en sus vidas; el reconocer, identificar y dar cuidado con base en las necesidades espirituales se convierte en una prioridad (18).

El estigma asociado con el VIH causa que las personas se preocupen por “revelar o no revelar su condición” y por el verse obligadas a “mentir sobre su estado de salud” (20, 21). Afecta también a los individuos por tres vías: el confrontar una identidad alterada por el diagnóstico, el vivir con la enfermedad y el lidiar con la muerte social y física. Disminuir el estigma a través de interven-

ciones y del cuidado por profesionales de enfermería contribuirá a mejorar su calidad de vida (22) porque aún persisten estereotipos negativos.

El “apoyo social” es fundamental para las personas con VIH, ellas confían en el personal de salud cuando este guarda confidencialidad, esa confianza muestra ser un facilitador de las asesorías para pruebas de laboratorio (23). Un estudio reportó que la red social proporciona información útil y contribuye con la promoción de la salud, con la gestión frente a los servicios de salud y con el acceso al tratamiento (24).

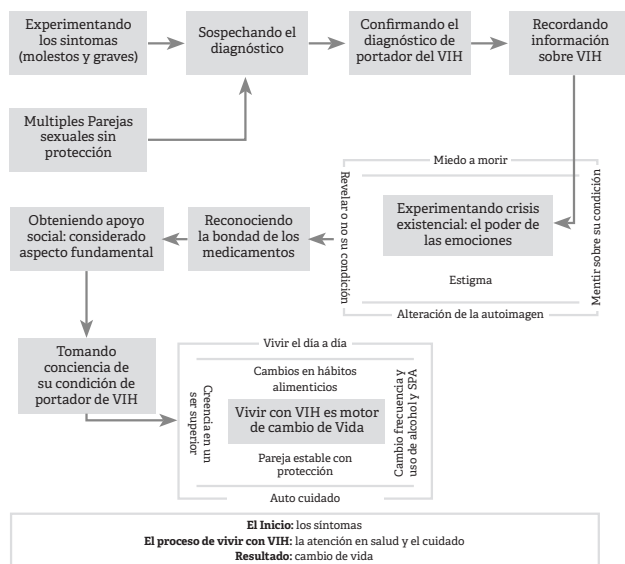
La “bondad” de los medicamentos, pese a los efectos adversos que se presentaron al inicio, les ayudó, “los empezó a mejorar”. Costa, Mendes y Abreu (25) mencionaron que los participantes en su estudio hicieron una evaluación positiva del estado físico y mental, justificada en la ausencia de síntomas, enfermedades oportunistas y la percepción de buena salud física vinculada con el tratamiento.

Las personas no tenían metas definidas en la vida laboral, sin embargo, posterior al diagnóstico toda labor la ejecutaban de la mejor manera según el lema “no dejar para mañana lo que tengas que hacer hoy”. Al conocer que hay personas que viven con ese diagnóstico por muchos años los llevó a reaccionar, a tomar conciencia de su propia existencia y a elaborar un proyecto de vida.

La experiencia de vivir con VIH revela que hay un antes y un después de recibir el diagnóstico, los portadores pasan por un proceso de cambio en el que ganan confianza, seguridad, mejoría y merma de los síntomas y adquieren una nueva visión del mundo. El hacer cambios significativos en la vida depende parcialmente del nivel educativo, del apoyo social y de la espiritualidad (11, 26). En la Figura 1 se presenta el esquema conceptual que se propone para ser aplicado en la práctica asistencial en salud y que muestra la representación de las categorías que contribuyen a nombrar la categoría central: *vivir con VIH es motor de cambio de vida*.

Lo anterior es de gran importancia para los profesionales de enfermería para quienes el eje central de la atención es el “cuidado”, que responda a las necesidades de las personas con VIH desde el momento del diagnóstico y durante el proceso de experimentar los síntomas y los cambios que se suceden (26).

Figura 1. Esquema conceptual: Vivir con VIH es motor de cambio de vida



Fuente: elaboración propia

Conclusiones

La experiencia de los síntomas va de acuerdo con el modo de vida de la persona antes del diagnóstico; los participantes sufrieron de síntomas molestos como diarrea y síntomas graves como los asociados a infección intestinal; síntomas que conllevan el desarrollo de una crisis emocional con miedo a morir, tristeza, dolor, culpa y enojo.

El proceso de vivir con VIH más el apoyo de la familia y los pares y la espiritualidad, contribuyen a aceptar el diagnóstico, a tomar conciencia de quienes son y a realizar un cambio en el modo de vida.

Para el cuidado de la persona con VIH se requiere personal de salud capacitado en asesoría, en el manejo de los síntomas y en el apoyo emocional. Se recomienda hacer estudios en salud mental sobre el cuidado a las personas con VIH y el estigma, que ayuden a mitigar el sufrimiento, a brindar apoyo social y al trabajo con la red de apoyo; sobre el autocuidado, el cambio de modo de vida y la espiritualidad.

Entre las limitaciones del estudio se identifica que las categorías emergieron a partir de las experiencias de personas con VIH que estaban asistiendo solamente a control ambulatorio en salud; los hallazgos no son generalizables.

Referencias

- (1) Sun W, Wu M, Qu P, Lu C, Wang L. Psychological well-being of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the risk factors: a population-based study. *Int J Infect Dis* [Internet]. 2014 [citado 2018 abr. 16];28:e147-52. Disponible en DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2014.07.010>
- (2) Fondo Colombiano de Enfermedades de Alto Costo. Situación del VIH en Colombia 2016 [Internet]. Bogotá: Cuenta de Alto Costo; 2017 [citado 2018 may. 9]. 96p. Disponible en: https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC.Co_2017_06_13_Libro_Sit_VIH_2016_V_0.1.pdf
- (3) Kemppainen JK, MacKain S, Alexander M, Reid P, Parks M. Posttraumatic stress disorder and stressful life events among rural women with HIV disease. *JANAC* [Internet]. 2016 [citado 2017 mar. 26];28(2):216-25. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2016.06.001>
- (4) Maganga L, Nitayaphan S, Kroon E. Prospective study of acute HIV-1 infection in adults in East Africa and Thailand. *N Eng J Med* [Internet]. 2016 [citado 2018 abr. 16];374(22):2120-30. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1056/NEJMoa1508952>. Prospective
- (5) Li Z, Hsieh E, Morano JP, Sheng Y. Exploring HIV-related stigma among HIV-infected men who have sex with men in Beijing, China: a correlation study. *AIDS Care* [Internet]. 2016 [citado 2017 nov. 14];28(11):1394-401. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1080/09540121.2016.1179713>
- (6) Chan BT, Pradeep A, Prasad L, Murugesan V, Chandrasekaran E, Kumarasamy N et al. Association between internalized stigma and depression among HIV-positive persons entering into care in southern India. *J Glob Health* [Internet]. 2017 [citado 2018 jul. 9];7(2):1-9. Disponible en: DOI: 10.7189/jogh.07.020403
- (7) UNAIDS. Reduction of stigma and discrimination. 2014 [citado 2018 jul. 26]:1-18. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2014unaidsguidancenote_stigma_en.pdf
- (8) Donnelly LR, Bailey L, Jessani A, Postnikoff J, Kerston P, Brondani M. Stigma experiences in marginalized people living with HIV seeking health services and resources in Canada. *JANAC* [Internet]. 2016 [citado 2017 mar. 26];27(6):768-83. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2016.07.003>
- (9) Organización de los Estados Americanos. Convención interamericana contra toda forma de discriminación e intolerancia [Internet]. 2013 [citado mar. 26]:251-72. Disponible en: http://www.oas.org/es/sla/ddi/tratados_multilaterales_interamericanos_A-69_discriminacion_intolerancia.asp
- (10) Audet CM, McGowan CC, Wallston KA, Kipp AM. Relationship between HIV stigma and self-isolation among people living with HIV in Tennessee. *PLoS ONE* [Internet]. 2013 [citado 2017 mar. 26];8(8):13-6. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1371/journal.pone.0069564>

- (11) Dalmida SG, Koenig HG, Holstad MM, Wirani MM. The psychological well-being of people living with HIV/AIDS and the role of religious coping and social support. *J. Psychiatry in Medicine* [Internet]. 2013 [citado 2018 abr. 16];46(1):57-83. Disponible en: DOI: <http://journals.sagepub.com/doi/10.2190/PM.46.1.e>
- (12) Waluyo A, Culbert GJ, Levy J, Norr K. Understanding HIV-related stigma among Indonesian nurses. *JANAC* [Internet]. 2016 [citado 2018 oct. 24];26(1):69-80. Disponible en: DOI: [10.1016/j.jana.2014.03.001](https://doi.org/10.1016/j.jana.2014.03.001). Understanding
- (13) Páramo DM. La teoría fundamentada (grounded theory), metodología cualitativa de investigación científica. *Pensamiento & Gestión* [Internet]. 2015 [citado 2018 mar. 3];39:119-14. Disponible en: <http://www.scielo.org.co/pdf/pege/n39/n39a01.pdf>
- (14) Hernández RC. La investigación cualitativa a través de entrevistas: su análisis mediante la teoría fundamentada. *Cuest Pedagog* [Internet]. 2014 [citado 2018 mar. 3];23:187-210. Disponible en: http://institucional.us.es/revistas/cuestiones/23/Mis_5.pdf
- (15) Peltzer JN, Ogawa L, Tusher S, Farnan R, Gerkovich MM. A qualitative description of HIV-infected african american women's experiences of psychological distress and their coping strategies. *JANAC* [Internet]. 2017 [citado 2017 jul. 31];28(2):226-37. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2016.09.010>
- (16) Jagers JR, Dudgeon WD, Burgess S, Phillips KD, Blair SN, Hand GA. Psychological correlates of HIV-related symptom distress. *JANAC* [Internet]. 2014 [citado 2017 jul. 30];25(4):309-17. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2013.06.003>
- (17) Wu AW, Wansom T, Huang IC, CoFrancesco Jr.J, Conant MA, Sarwer DB. The facial appearance inventory: development and preliminary evidence for reliability and validity in people with HIV and lipoatrophy. *Aesthet Surg J* [Internet]. 2016 [citado 2017 jul. 30];36(7):842-51. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1093/asj/sjw010>
- (18) Doolittle BR, Justice AC, Fiellin DA. Religion, spirituality, and HIV clinical outcomes: a systematic review of the literature. *AIDS Behav* [Internet]. 2018 [citado 2018 jul. 9];22:1792-1801. Disponible en: DOI: <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1651-z>
- (19) Miller L, Bansal R, Wickramaratne P, Hao X, Tenke CE, Weissman MM, Peterson BS. Neuroanatomical correlates of religiosity and spirituality: a study in adults at high and low familial risk for depression. *JAMA Psychiatry* [Internet]. 2014 [citado 2018 jul. 31];71(2):128-35. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3921896/pdf/nihms552284.pdf>
- (20) Bermúdez-Román V, Bran-Piedrahita L, Palacios-Moya L. Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud Pública Méx* [Internet]. 2015 [citado 2018 jul. 5];57(3):252-9. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000300014
- (21) Tobergte DR, Curtis S. Experience of stigma and discrimination and the implications for healthcare seeking behavior among people living with HIV/AIDS in resource-limited setting. *J Chem Inf Model* [Internet]. 2013 [citado 2018 jul. 31];53(9):1689-99. Disponible en: DOI: [10.1080/17290376.2013.806645](https://doi.org/10.1080/17290376.2013.806645)
- (22) McDoom MM, Bokhour B, Sullivan M, Drainoni ML. How older black women perceive the effects of stigma and social support on engagement in HIV care. *AIDS Patient Care and STDs* [Internet]. 2015 [citado 2018 jul. 31];29(2):95-101. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1089/apc.2014.0184>
- (23) Jürgensen M, Sandøy IF, Michelo C, Fylkesnes K, Mwangala S, Blystad A. The seven Cs of the high acceptability of home-based VCT: results from a mixed methods approach in Zambia. *Soc Sci Med* [Internet]. 2013 [citado 2018 mar. 13];97:210-9. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2013.07.033>
- (24) Abrefa-Gyan T, Wu L, Lewis MW. Social support and support groups among people with HIV/AIDS in Ghana. *Soc Work Health Care* [Internet]. 2015 [citado 2017 jul. 31];55(2):1-17. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1080/00981389.2015.1084969>
- (25) Costa D, Mendes A, Abreu W. Health and mood among HIV-positive outpatients attending an ART clinic of a university hospital. *J Clin Nurs* [Internet]. 2016 [citado 2018 jul. 31];25(21-22):3209-18. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.1111/jocn.13342>
- (26) Mesquita A, Valcanti C, Neves M, Alves D, Souza F, Lopes E. El bienestar espiritual y la prestación del cuidado espiritual en un equipo de enfermería. *Index Enferm* [Internet]. 2014 [citado 2018 abr. 16];23(4):219-23. Disponible en: DOI: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962014000300006>