

Calidad De Vida En Personas Con Diagnóstico De VIH/SIDA (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) en el Municipio de Guadalajara De Buga

Yuri Andrea Cardona Peláez

Luisa Fernanda García Hernández

Jenny Patricia Sánchez López

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Facultad de Ciencias Humanas
Programa Académico de Trabajo Social
Guadalajara de Buga
2023

Calidad De Vida En Personas Con Diagnóstico De VIH/SIDA (Virus de la Inmunodeficiencia Humana) en el Municipio de Guadalajara De Buga

Yuri Andrea Cardona Peláez

Luisa Fernanda García Hernández

Jenny Patricia Sánchez López

Trabajo de grado para optar por el título de Trabajadora Social

Director:

Diana Cristina López Arboleda

Trabajadora Social -MG Salud Publica

Corporación Universitaria Minuto de Dios
Facultad de Ciencias Humanas
Programa Académico de Trabajo Social
Guadalajara de Buga
2023

Dedicatoria

Dedico principalmente este trabajo a Dios, por darme la capacidad, fortaleza y constancia de haber llegado hasta este momento de mi aprendizaje profesional, a mis padres, a mis hermanos y a mis amigos, por ser esos pilares y mi gran motivación y apoyo en aquellos momentos en los que sentía desfallecer.

Yuri Andrea Cardona Peláez

En primer lugar, quiero dar gracias a Dios por darme la entereza en este fructuoso camino y permitirme llegar hasta la meta, a mi madre por ser la única persona que no ha dudado en estar cuando lo he necesitado llevándome siempre en sus oraciones sinceras y constantes por mi bienestar y mis sueños, a mis hermanas y sobrinos sin duda mi mejor ejemplo de amor.

Gracias por creer en mí.

Luisa Fernanda García Hernández

A mi madre que ha sabido formarme con las mejores bases, buenos sentimientos y valores lo cual me ha permitido salir a delante en cada momento difícil, a mi padre que sigue presente en mi corazón y en cada proyecto propuesto, a mi hija que con su corta edad y su inocencia siempre tiene una palabra de aliento y de amor. A mi compañero de vida que siempre ha estado con firmeza para darme su apoyo incondicional; ustedes mi gran motivación de salir adelante y no rendirme espero ser siempre su orgullo.

Jenny Patricia Sánchez López

Agradecimientos

Agradezco inmensamente a la magister Diana Cristina López Arboleda por su entrega y dedicación al guiarnos en el proceso de este proyecto, a mis compañeras Luisa Fernanda García y Jenny Patricia Sánchez por su entrega, paciencia y dedicación porque sin la ejecución de un buen equipo no hubiésemos alcanzado nuestra meta, como también a los docentes y a la Corporación Universitaria Minuto de Dios por la oportunidad de enriquecer mis conocimientos.

Yuri Andrea Cardona Peláez

Mis agradecimientos más sinceros a la magister Diana Cristina López Arboleda por su dedicación, esfuerzo, paciencia y confianza en nosotras en la realización de esta investigación, sin sus palabras y correcciones precisas no habría sido posible la culminación de este sueño tan anhelado, también a mis demás docentes por haber hecho parte de mi formación académica y por el amor inculcado hacia las ciencias humanas y sociales, por último quiero agradecer a la Corporación Universitaria Minuto de Dios por la oportunidad que brinda a las personas de cumplir los sueños de ser profesional.

Luisa Fernanda García Hernández

Principalmente agradezco a Dios por la oportunidad y la fortaleza para salir adelante, a mi madre y a mi hija por su paciencia y su apoyo incondicional para culminar con éxito cada meta trazada, a mi compañero de vida por su compromiso y su motivación constante en cada momento de querer desfallecer, como también a cada una de las personas que pusieron un granito para que este sueño se hiciera realidad; por último a mis compañeras que hicieron parte fundamental de este proceso y el cuerpo docente, en especial a la Magister Diana Cristina López Arboleda de la Corporación Universitaria Minuto de Dios por compartir sus conocimientos, infinitas gracias a todos por apostarle a este proyecto.

Jenny Patricia Sánchez López

Resumen

Este estudio tuvo como objetivo establecer como incide el diagnóstico del VIH/SIDA en la Calidad de Vida de las personas diagnosticadas con edades que oscilan entre 30 y 50 años residentes en el Municipio de Guadalajara de Buga, Departamento del Valle del Cauca, Colombia. Se realizó un estudio de método cualitativo con enfoque fenomenológico (tipo descriptivo), lo que permite reseñar las características y percepciones individuales de las personas abordadas frente a su Calidad de Vida. La técnica de recolección de datos se llevó a cabo mediante la aplicación de la entrevista que fue de tipo semiestructurada. La muestra total estuvo conformada por dos hombres y dos mujeres diagnosticados con VIH/SIDA. El análisis de datos se efectuó tomando como categorías de análisis cuatro de las ocho dimensiones centrales de la Calidad de Vida propuestas por los autores Schallock y Verdugo las cuales fueron: bienestar físico, bienestar emocional, bienestar interpersonal e inclusión social, logrando así analizar las categorías que se plantearon de acuerdo con la información suministradas por las personas entrevistadas. Los cuales se desarrollaron en los capítulos I, “mi cuerpo clave para mi salud física y vivir en plenitud”, capítulo II “enfrentando emocionalmente mi diagnóstico”, capítulo III “interferencia de las relaciones interpersonales con mi desarrollo” y capítulo IV “Mi interacción con el entorno”, finalizando con las conclusiones las cuales reflejan que las dimensiones abordadas de la calidad de vida, no se cumplen de manera idónea, influyendo el diagnóstico de VIH/SIDA, para mantener un bienestar en el desarrollo de su vida diaria.

Palabras Claves

VIH-SIDA, Calidad de Vida, Bienestar físico, Bienestar emocional, Interpersonal e Inclusión social.

Abstract

The objective of this study was to establish how the diagnosis of HIV/AIDS affects the Quality of Life of people diagnosed with ages between 30 and 50 years residing in the Municipality of Guadalajara de Buga, Department of Valle del Cauca, Colombia. A qualitative method study with a phenomenological approach (descriptive type) was carried out, which allows review the characteristics and individual perceptions of the people approached regarding their Quality of Life. The data collection technique was carried out through the application of the interview that was of a semi-structured type. The total sample consisted of two men and two women diagnosed with HIV/AIDS. The data analysis was carried out taking as analysis categories four of the eight central dimensions of Quality of Life proposed by the authors Schallock and Verdugo, which were: physical well-being, emotional well-being, interpersonal well-being and social inclusion, thus managing to analyze the categories that were raised according to the information provided by the people interviewed. Which were developed in chapters I, "my key body for my physical health and living fully", chapter II "emotionally coping with my diagnosis", chapter III "interference of interpersonal relationships with my development" and chapter IV "My interaction with the environment", ending with the conclusions which reflect that the dimensions of quality of life addressed are not met in an ideal way, influencing the diagnosis of HIV/AIDS, to maintain well-being in the development of their daily life.

Keywords

HIV-SIDA, Quality of Life, physical well-being, emotional and interpersonal well-being, and social inclusion.

Índice Temático

Dedicatoria	3
Agradecimientos	4
Resumen	5
Abstract	6
Introducción	9
Planteamiento del Problema	11
Figura 1. <i>Tenencia de la notificación de VIH/SIDA, periodo epidemiológico XI, Colombia 2015 a 2022 Comportamiento de la notificación de VIH/SIDA, Periodo epidemiológico XI. (Semanal, 2022).</i>	12
Tabla 1. <i>Comportamiento de la notificación de casos de VIH/SIDA por Municipio de procedencia de Valle del Cauca, semanas epidemiológicas 1 a 3 de 2022. (Gobernación, 2022).</i>	13
Justificación	15
Pregunta de Investigación	16
Objetivo General	16
Objetivos Específicos	16
Estado del Arte	17
Marco Conceptual	20
Marco Teórico	23
Tabla 2. <i>Dimensiones centrales de Calidad de Vida, Schalock y Verdugo (2002).</i>	24
Estrategia Metodológica	26
Tipo de investigación	26
Método	26
Técnica de recolección de datos	26
Universo poblacional	27
Criterios de selección	27
Categorías de Análisis	28
Resultados de la Investigación	29
Capítulo I: Mi Cuerpo Clave Para Mi Salud Física y Vivir En Plenitud.	29
Capítulo II: Afrontando Emocionalmente Mi Diagnostico.	34
Capítulo III: Interferencia De Las Relaciones Interpersonales Con Mi Desarrollo.	36
Capítulo IV: Mi Interacción Con El Entorno.	39

Conclusiones	41
Recomendaciones	43
Bibliografía	44
Anexos:	49
Anexo del Formato de Entrevista.....	49

Índice de Figuras

Figura 1. Tenencia de la notificación de VIH/SIDA, periodo epidemiológico XI, Colombia 2015 a 2022 Comportamiento de la notificación de VIH/SIDA, Periodo epidemiológico XI.	12
--	----

Índice de Tablas

Tabla 1. Comportamiento de la notificación de casos de VIH/SIDA por Municipio de procedencia de Valle del Cauca, semanas epidemiológicas 1 a 3 de 2022.....	13
Tabla 2. Dimensiones centrales de Calidad de Vida.....	24

Introducción

La presente investigación tiene como objetivo analizar como incide el diagnóstico de VIH/SIDA en la Calidad de Vida de las personas diagnosticadas, tomando como referente cuatro dimensiones centrales de la Calidad de Vida planteada por Schalock y Verdugo, analizando los resultados de las entrevistas realizadas podemos comprender como se encuentran de acuerdo a su bienestar físico, emocional, sus relaciones interpersonales y la inclusión social.

Reconociéndose que, a partir del año 1981, con el descubrimiento de la primera persona con VIH/SIDA en Estados Unidos hasta la actualidad han existido diferentes estudios, investigaciones y teorías acerca de la enfermedad de transmisión sexual y sus medios de contagio que son a través de fluidos corporales de la persona positiva, sangre entre otros. Desde entonces la lucha de la ciencia ha sido imparable para lograr una posible cura que al momento de hoy no se ha logrado en plenitud, a su vez, la ciencia logra un gran avance significativo al idear tratamientos antirretrovirales, los cuales retrasan la propagación de la enfermedad en el cuerpo de la persona ya diagnosticada mejorando considerablemente su Calidad de Vida.

No obstante, las repercusiones que traen consigo el diagnóstico podría afectar el bienestar físico y emocional de la persona, trascendiendo hacia sus relaciones interpersonales que impiden en algunas ocasiones la inclusión de esas personas en diferentes ámbitos sociales, por lo tanto, es importante resaltar que en la actualidad el VIH/SIDA ya no es visto como una enfermedad mortal sino como una enfermedad controlable.

Continuando con la estructura, se presenta en la justificación la importancia de esta investigación para la profesión de Trabajo Social, dado que en nuestra sociedad sigue existiendo el estigma¹ y la discriminación que trae repercusiones significativas en la persona diagnosticada. En el momento que decide contar sobre su estado serológico, se presentan diversas situaciones que alteran su cotidianidad, como, por ejemplo; temor, limitación de sus capacidades físicas, pérdida de su núcleo familiar, la exclusión social, entre otras, generando

¹ Estigma: “Se utiliza para referirse a un atributo o un aspecto del yo que está profundamente desacreditado. El estigma es un proceso social que depende de los contextos colectivos en que ocurre, pues el atributo estigmatizante que tiene la persona evaluada depende de otras personas, y se da en un espacio y contexto subjetivo influenciado por muchos factores” (Morán Silva Mercedes Del Carmen, 2022). El estigma actúa dentro de un proceso social en que existe una estructura de poder, pues la persona se etiqueta, estereotipa, devalúa y discrimina por distintas razones al ser considerado inferior” (Morán Silva Mercedes Del Carmen, 2022).

así una vulnerabilidad de sus derechos humanos, negando la oportunidad de que la persona pueda vivir plenamente en sociedad y se afecte su Calidad de Vida.

De acuerdo a la metodología implementada durante toda la etapa de recolección de la información y posterior análisis de los resultados, se identificaron barreras sociales, culturales y territoriales, además, el poco nivel educativo que tienen las personas del entorno social en el que se emerge es uno de los factores determinantes en el deterioro de la Calidad de Vida, como resultado se encuentra que las personas con VIH/SIDA tienen pocas posibilidades en el mercado laboral, mala o nula relaciones interpersonales y sentimentales además de lazos familiares resquebrajados por el estigma que se sigue teniendo pese a que nos encontramos en un nuevo siglo con una sociedad que se encuentra en constante cambio. Aspectos que se tuvieron en cuenta y cuyo resultado se refleja en las conclusiones, de la presente investigación. Los resultados de esta investigación aportan a la profesión de Trabajo Social, especialmente en su quehacer en el área de la salud.

Planteamiento del Problema

En el año 1981 en Estados Unidos fueron diagnosticados los primeros pacientes con el virus de inmunodeficiencia humana (VIH) desde entonces el virus del VIH/SIDA ha venido afectando a millones de personas a nivel mundial convirtiéndose en la enfermedad de transmisión sexual con más mortalidad de la última década. Según datos regionales de ONUSIDA² en el año 2019, 20.6 millones de personas de países de África Oriental y Meridional viven con el VIH/SIDA seguido de Asia y el Pacífico con 5.8 millones. África Occidental y Central con 4.7 millones continuando con América Latina que para el 2019 era un total de 2.1 millones de personas que conviven con la enfermedad; el Caribe con 330.000, Oriente Medio y África Septentrional con 230.000, con menos contagios se encuentran países de Europa Oriental y Asia Central con 1.6 millones de personas y por último Europa Occidental y Central, y América del Norte con 2.2 millones de personas. (ONUSIDA, 2019)

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es una de las enfermedades infecciosas más destructoras en la historia de la humanidad, según cifras de ONUSIDA alrededor de 1.5 millones de personas contrajeron el VIH/SIDA y alrededor de 650 mil personas murieron por enfermedades relacionadas con el SIDA según reporte global en cifras hasta el 2021 (ONUSIDA, 2019).

En Colombia la Cuenta de Alto Costo³ reporta para el año 2020 alrededor de 123.490 casos de personas con VIH/SIDA cifras que van en aumento en comparación a las estadísticas del año 2017 donde se reportaron 82.856 casos. El último reporte incluyó 12,528 casos nuevos de VIH, lo que corresponde a una incidencia estimada de 25,36% por cada 100.000 habitantes. Con respecto a la mortalidad durante el periodo, se reportaron 1.626 casos fallecidos (CAC, 2020).

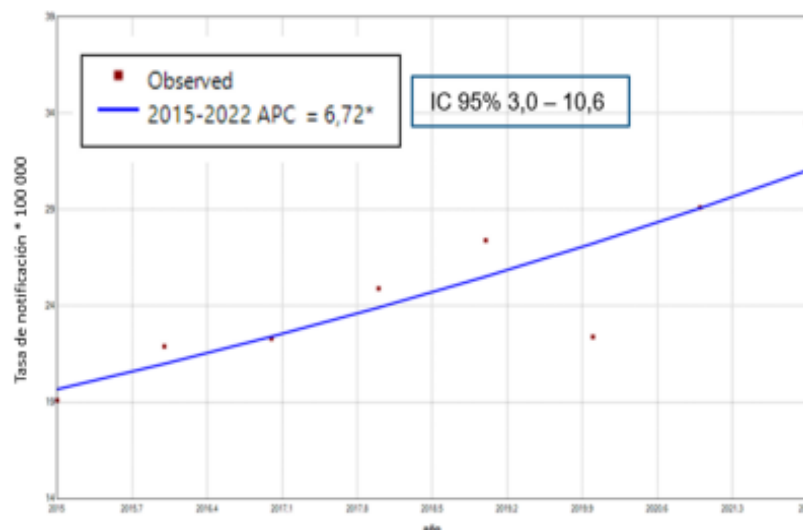
El período epidemiológico XI de 2022 notificó 17.271 nuevos casos confirmados mediante laboratorios de personas que viven con VIH (PVV). Por lo cual la tasa de

² ONUSIDA: “Tiene por objetivo impedir la propagación del VIH, mejorar la esperanza y la calidad de vida de los afectados, así como garantizar un enfoque global y coordinado en la lucha contra el VIH/sida. ONUSIDA constituye una de las principales fuentes de datos sobre el VIH/sida, este programa elabora estrategias basadas en dichos datos, para hallar el mejor modo de tratar la enfermedad y evitar contraerla” (admin.ch, 2022).

³ La Cuenta de Alto Costo (CAC), es un organismo técnico no gubernamental del Sistema General de Seguridad Social en Salud de Colombia creado mediante el Decreto 2699 de 2007 que obliga a las EPS de ambos regímenes y demás EOC (Entidades Obligadas a Compensar) a asociarse para abordar el Alto Costo y opera como un Fondo auto gestionado que contribuye a estabilizar el sistema de salud, garantizando la operación real de la solidaridad y desestimulando la selección y discriminación de la población mediante un ajuste de riesgo de la prima básica en función de los casos de alto costo (Cuenta de Alto Costo, s.f.).

notificación aumento en comparación de la tasa nacional (33,5 casos por 100.000 habitantes) en Barranquilla, Antioquia, Bogotá, Cali, Cartagena, Quindío, Risaralda y Santa Marta. El análisis de regresión por el instrumento Join Point (software estadístico), señala un incremento porcentual de 6,72 por año en las tasas de notificación, con significación estadística (IC 95% 3,0 – 10,6), para mayor ilustración obsérvese la *figura 1*. (Semanal, 2022).

Figura 1. Tenencia de la notificación de VIH/SIDA, periodo epidemiológico XI, Colombia 2015 a 2022 Comportamiento de la notificación de VIH/SIDA, Periodo epidemiológico XI. (Semanal, 2022).



Fuente: Tomado de (Semanal, 2022)

En el Valle del Cauca en la semana 3 del año 2022 el Boletín Epidemiológico del Valle del Cauca (2022)⁴ revela que se notificaron 95 casos de VIH; un 85,3% de ellos fueron notificados en estadio VIH y 14,7% en estadio SIDA. Esta información se detalla en la *Tabla 1*.

⁴ Boletín Epidemiológico: Incluye un análisis comparativo del comportamiento de las enfermedades semana a semana con el mismo periodo de tiempo del año anterior, lo que permite al usuario realizar un análisis del comportamiento de las enfermedades de acuerdo con la ubicación, repetitividad, intensidad y alerta sobre el incremento en la casuística inusual de cuadros clínicos que ameritan la adopción de medidas sanitarias de tipo emergencia y la apropiación de recursos para su control (ICA, s.f.).

Tabla 1. Comportamiento de la notificación de casos de VIH/SIDA por Municipio de procedencia de Valle del Cauca, semanas epidemiológicas 1 a 3 de 2022. (Gobernación, 2022).

Municipio	No. Casos	%	Incidencia*
BUGA	3	3	2,3
CALI	58	61	2,5
CANDELARIA	1	1	1,0
CARTAGO	2	2	1,4
DAGUA	3	3	6,0
EL AGUILA	1	1	11,5
GUACARÍ	3	3	8,8
JAMUNDÍ	2	2	1,2
LA CUMBRE	1	1	6,0
LA UNIÓN	1	1	2,9
PALMIRA	11	12	3,1
PRADERA	2	2	4,1
SEVILLA	1	1	2,4
TULUÁ	2	2	0,9
VERSALLES	1	1	14,2
YUMBO	3	3	2,7
Total Valle	95	100	2,2

*Casos por cada 100.000 habitantes.

Fuente: (Gobernación, 2022)

A nivel del Municipio de Guadalajara de Buga- Valle del Cauca los casos reportados en el 2022 fueron en su totalidad tres (3) con una incidencia del 2,3. No se correlacionan más datos en el reporte epidemiológico.

La pandemia del VIH/SIDA sigue latente a nivel mundial pese a los esfuerzos que realizan los equipos multidisciplinarios e interdisciplinario en los diferentes escenarios de atención; ya que se siguen notificando casos independientemente de la edad, sexo, raza o religión; es por eso que las investigaciones llevadas a cabo sobre análisis de la Calidad de Vida en personas diagnosticadas, cobran relevancia no solo en los campos de la salud; sino también en el campo social ya que determina los factores que inciden en la posibilidad de intervenir de manera oportuna y propicia.

Cabe mencionar que el Trabajo Social como disciplina es fundamental en el sentido de que la profesión permite no solo la intervención entorno a la Calidad de Vida en este caso de las personas positivas sino, que además permite analizar y comprender aspectos importantes entorno a lo social como por ejemplo el estado socioeconómico, el estatus social, la tipología familiar y la dinámica familiar y a sus relaciones interpersonales, su contexto social, sus redes de apoyo y demás.

Lo que conlleva a un análisis profundo desde esas perspectivas de como la sociedad maneja los procesos de inclusión social, igualdad y equidad frente a esta enfermedad de salud pública. Por lo anterior, es de vital importancia abordar esta problemática desde el área social y de la salud, que se conjugan actualmente en la profesión de Trabajo Social.

Justificación

La Calidad de Vida surgió desde el interés del pensar en el bienestar de las personas, en los distintos ámbitos en los cuales se desarrolla el ser humano, siendo un factor predominante para desenvolverse a lo largo de su vida.

Un estudio de la Calidad de Vida Relacionada con la Salud (CVRS) en personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

Se torna relevante en un contexto donde se considera a dicha enfermedad como crónica, aumentando los años de vida en personas que la sufren. En ese sentido, la revisión de las condiciones de vida en esta población permitiría entender el efecto de los tratamientos y los factores psicosociales que afectan el bienestar y los beneficios del aumento de la vida y fundamentalmente el reconocimiento e identificación de los aspectos de mejoramiento de la calidad de vida, generales y específicos, útiles para realizar intervenciones efectivas (Tavera, 2010).

Resulta de gran interés, estudiar las dimensiones que pueden afectar la Calidad de Vida en personas diagnosticadas con VIH/SIDA, considerándose importante la percepción, el autocuidado, la motivación, los niveles altos de autoestima además de la atención óptima en salud, las medidas tomadas para conservar el bienestar físico, su funcionalidad, adherencia a los hábitos de vida saludable, también la importancia de las redes de apoyo tanto familiar como solidarias y el fortalecimiento de las mismas, la ocupación de su tiempo libre ya que son aspectos relevantes para lograr un estado óptimo en la enfermedad y sobre todo evitar recaídas propias del VIH/SIDA.

Es importante, reconocer para esta investigación, el aporte a la profesión de Trabajo Social, considerando que el profesional hace parte de un equipo multidisciplinario e interdisciplinario, en el cual, a través de los programas; interviene, orienta, capacita, en favor de mantener y mejorar la Calidad de Vida de las personas diagnósticas, realizando la atención y el seguimiento requerido; fortaleciendo las redes de apoyo tanto familiares como sociales, su participación, integración y atención oportuna en el cuidado de su salud. Aprendiendo a manejar su autoestima lo cual le permite interactuar y expresarse adecuadamente en sus relaciones interpersonales y también dentro de la sociedad.

Ante la escasez de estudios recientes frente a la calidad de vida en personas con diagnósticos de VIH/SIDA en el municipio de Guadalajara de Buga, se justifica la realización de esta investigación, aportando significativamente hacia la profesión de Trabajo Social.

Pregunta de Investigación

¿Cómo el diagnóstico de VIH/SIDA incide en las dimensiones de Calidad de Vida en 4 personas que residen en el Municipio de Guadalajara de Buga en el año 2023?

Objetivo General

Analizar como incide a partir del diagnóstico de VIH/SIDA las dimensiones de la calidad de vida en 4 personas que residen en el Municipio de Guadalajara de Buga.

Objetivos Específicos

- Indagar sobre la percepción del bienestar físico en las personas a partir del diagnóstico de VIH/SIDA.
- Describir como a partir del diagnóstico de VIH/SIDA, se perciben las personas en su bienestar emocional.
- Describir como se han establecido las Relaciones interpersonales de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA.
- Determinar cómo se ha dado la inclusión social en las personas con diagnóstico de VIH/SIDA.

Estado del Arte

Los estudios a nivel mundial sobre el VIH/SIDA a partir de la confirmación del primer paciente en 1981 han incitado a diferentes intelectuales a realizar variadas investigaciones no solo sobre la enfermedad como tal, sino también desde un enfoque frente a la Calidad de Vida de las personas que han sido diagnosticadas con dicha enfermedad.

En un estudio transversal, descriptivo y correlacional realizado en el Hospital Universitario la Paz ubicado en Madrid, España en el año 2002 a 100 sujetos con infección por el VIH/SIDA da a conocer la importancia del apoyo social, la Calidad de Vida y arroja como resultado un factor determinante; el apoyo social, considerándolo una variable importante en la comprensión del bienestar y Calidad de Vida de las personas con infección por el VIH/SIDA y que dirigir esfuerzos para la mejora de este recurso personal contribuye directamente a un aumento de la Calidad de Vida de estos pacientes. (Remor, 2002)

Igualmente, en un estudio de las Representaciones Sociales (RS⁵) sobre la Calidad de Vida, el cual está relacionado con la salud de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA, que se llevó a cabo en Medellín Colombia, en el año 2009, en una investigación cualitativa, en que se destaca el papel fundamental de las representaciones sociales, tuvo como resultado:

Los factores biológicos; tales como la prestación de servicios de salud, psicológicos para la aceptación del diagnóstico y la relevancia de la información en salud, además de los sociales como el estigma y el soporte social como engranaje para evidenciar un resultado favorable acerca de la calidad de vida de una persona diagnosticada. Al mismo tiempo, algunos autores han reportado hallazgos similares a este estudio, en lo referido a los principales problemas que deben enfrentar quienes viven con VIH/SIDA, encontrándose el aislamiento, estigma social, desempleo, precariedad en la aceptación de la salud y desinformación; estos configuran lo que se ha denominado “muerte social” la cual impacta negativamente los determinantes físicos y psíquicos de las personas. (Arias, 2010).

⁵ RS: “Son conocimientos socialmente elaborados y compartidos que se conforman desde las experiencias, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos a través de la tradición, la educación y la comunicación social. A partir de estas se comprende e interpreta la realidad, se piensa, organiza y aprehende la cotidianidad; se unifica e integra lo individual y lo colectivo, lo simbólico y lo social, el pensamiento y la acción” (Cardona-Arias, 2010).

Como puede verse en el siguiente estudio cuantitativo de tipo analítico realizado en el Municipio de Montería departamento de Córdoba, Colombia en el año 2010 nos aporta la siguiente información:

La población de estudio estuvo constituida por 77 personas con diagnóstico VIH positivo, de todas las edades, de ambos géneros, que fueron atendidos en los diferentes programas de control de esta enfermedad en las Entidades Promotoras de Salud (EPS) con la finalidad de determinar la asociación entre apoyo social y calidad de vida de los pacientes con VIH/SIDA que reciben tratamiento antirretroviral (Elizabeth Romero Massa, 2010).

Lo anterior arroja como resultado la importancia del apoyo social, ya sea de la familia o el de otras personas significativas para cada ser ya que nuestros autores consideran que es un factor protector para la salud física, psicológica, espiritual y para la autorrealización de las personas, especialmente, de los pacientes con VIH/SIDA, haciendo que los individuos del estudio tengan una mejor adaptación a la enfermedad, a la terapia antirretroviral, una mejor respuesta del sistema inmunológico a los antirretrovirales llevando a una mejora en la Calidad de Vida de estos pacientes (Elizabeth Romero Massa, 2010).

Es importante reconocer que en Colombia son pocos los estudios realizados para evaluar la Calidad de Vida relacionada con la salud de las personas con VIH/SIDA y a través de herramientas como MOSSF-36, el WHOQOL-BREF o el WHOQOL-HIV-BREF podemos calcular diferentes dominios de la calidad de vida dándonos una aproximación real de que factores inciden en la Calidad de Vida de una persona a partir de un diagnóstico de VIH/SIDA (CARDONA-ARIAS, 2011).

Es por esa razón que traemos a colación un estudio realizado en Medellín Colombia en el año 2011 sobre la Calidad de Vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA en el 2009 utilizando instrumentos específicos de medición, un estudio de corte transversal en una muestra no probabilística de 187 sujetos con VIH/SIDA aplicando dicho instrumento que arroja como resultado que los mayores puntajes de CVRS se observaron en las dimensiones de función física, ambiente, nivel de independencia y espiritualidad además demuestra como El WHOQOL-BREF presentó un excelente desempeño psicométrico en salud física, ambiente y relaciones sociales y bueno en salud psicológica; mientras que el WHOQOL-HIV-BREF presentó excelente en desarrollo psicométrico en relaciones sociales, ambiente,

espiritualidad e independencia y bueno en salud física y psicológica (CARDONA-ARIAS, 2011).

Lo que indica que existe un buen desarrollo de instrumentos para estudiar la CVRS en las personas con VIH/SIDA en Colombia.

Teniendo en cuenta los resultados de los estudios abordados, se considera que el apoyo social, la inclusión social, el bienestar físico y emocional son factores determinantes en el mejoramiento de la Calidad de Vida. y parte desde las entidades hospitalarias donde ingresan estas personas desde el inicio cuando reciben el diagnóstico o cuando ingresan por afecciones relacionadas por el VIH/SIDA y la relevancia que obtiene el círculo social y familiar de las personas posterior a su diagnóstico y algo no menos importante es la motivación intrínseca que tiene cada persona para sobrellevar su nueva realidad.

Finalmente, es muy importante considerar los diversos estudios que se han realizado a lo largo de los años sobre la Calidad de Vida de las personas con diagnóstico de VIH/SIDA no solo en nuestro país, sino también a nivel internacional y como estos estudios han ampliado el conocimiento de acuerdo a los diferentes análisis percepciones y subjetividades que se tienen en dimensiones como el bienestar físico, emocional, las relaciones interpersonales y la inclusión social conjuntamente con la Calidad de Vida relacionada con la salud que son los ejes fundamentales que impulsan la investigación.

Marco Conceptual

La Organización Mundial de la Salud (OMS)⁶ para el año 1994 definió la “Calidad de Vida” como la manera en que el individuo percibe su vida, el lugar que ocupa en el contexto cultural y el sistema de valores en que vive, la relación con sus objetivos, expectativas, normas, criterios y preocupaciones, todo ello permeado por las actividades diarias, la salud física, el estado psicológico, el grado de independencia, las relaciones sociales, los factores ambientales y sus creencias personales (Botero de Mejia & Pico Merchan, 2007).

Para el año 2002, (OMS) realizó una modificación en el concepto de Calidad de Vida dándole más precisión, considerándola como un concepto de “amplio alcance que está atravesando de forma compleja por la salud física de una persona, su estado fisiológico, el nivel de independencia, sus relaciones sociales y la relación que tiene con su entorno”

Así mismo la OMS en 1986, en la primera conferencia que se llevó a nivel internacional, acerca de promoción de la salud, se emite la Carta de Ottawa dirigida a la consecución del objetivo "Salud para Todos en el año 2000 y toma como referencia a la salud como el mejor recurso para el progreso personal económico y social convirtiéndola en una dimensión importante de la Calidad de Vida”. Según la carta se encuentra que actores políticos, culturales, sociales, económicos, medio ambiente de conducta y biológicos afectan de manera positiva o negativa en la salud, con el objetivo de hacer que esas condiciones sean favorables para poder promocionar la salud. (OMS, 1986).

De la misma manera el economista Sen (2000) en su libro Capacidad y Bienestar trae una propuesta contenida en la teoría de las capacidades humanas, siendo una de las iniciativas más influyentes en el ámbito de la filosofía práctica y las ciencias sociales. La teoría de las capacidades humanas presenta como elementos constitutivos los funcionamientos y las capacidades (Sen, 2000).

⁶ La OMS es la autoridad directiva y coordinadora de la acción sanitaria en el sistema de las Naciones Unidas. Es la organización responsable de desempeñar una función de liderazgo en los asuntos sanitarios mundiales, configurar la agenda de las investigaciones en salud, establecer normas, articular opciones de política basadas en la evidencia, prestar apoyo técnico a los países y vigilar las tendencias sanitarias mundiales (Nations, s.f.).

Desde ellos Sen analiza problemas sociales que afectan al bienestar humano, como la desigualdad, la pobreza, la calidad de vida, la ausencia de desarrollo humano y la injusticia social, permitiendo realizar una nueva mirada de estos problemas (Angarita, 2014).

La pretensión de la teoría de las capacidades es evaluar el bienestar y la libertad de la persona que realmente tiene para hacer esto o aquello, las cosas que le resulta valioso ser o hacer Desde el concepto de capacidades, Sen analiza problemas sociales que afectan el bienestar humano, como la desigualdad, la pobreza, la Calidad de Vida, la ausencia de desarrollo humano y la injusticia social; lo que permite realizar una nueva mirada de estos problemas y evaluar los alcances y límites de una sociedad verdaderamente libre (Angarita, 2014).

Algunos autores como Rubén Ardila (2003) Celia (1990) poseen definiciones divergentes. Estas argumentaciones llevadas a personas con diagnóstico de VIH/SIDA nos transporta a nuevas apreciaciones sobre la Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS⁷).

Es así como; Celia y Tulsy, (1990) define la Calidad de Vida cómo: “La apreciación que el paciente hace de su vida y la satisfacción con su nivel actual de funcionamiento comparado con el que percibe como posible o ideal”.

Contario a ello el autor Rubén Ardila en su Artículo Calidad de Vida: una definición interrogada (2003) integra todos los aspectos relevantes y la describe de la siguiente manera:

“Calidad de Vida es un estado de satisfacción general, derivado de la realización de las potencialidades de la persona. Lo cual dispone de aspectos subjetivos y aspectos objetivos. Es una sensación subjetiva de bienestar físico, psicológico y social. Incluye como aspectos subjetivos la intimidad, la expresión emocional, la seguridad percibida, la productividad personal y la salud objetiva. Como aspectos objetivos el bienestar material, las relaciones armónicas con el ambiente físico, social, la comunidad y la salud objetivamente percibida”. (Ardila, 2003).

De acuerdo con el interés de la investigación de la Calidad de Vida en personas diagnosticados con VIH/SIDA, las aproximaciones a las definiciones de bienestar o Calidad de Vida muy pocas veces es dada, muchos autores piensan por ejemplo que no podemos

⁷ Calidad de Vida relacionada con la Salud (CVRS): surge como un concepto que hace referencia a valoraciones de la percepción de la salud por parte del individuo, recogiendo tanto aspectos objetivos como subjetivos (Soto M, 2004).

hablar significativamente acerca de Calidad de Vida en general; sino que tenemos que definir dominios específicos de esta (Ardila, 2003).

Ante lo anterior, se reconoce los cambios que ha tenido el concepto de Calidad de Vida, pasando de una postura de sensibilización como eje central en los esfuerzos de las personas, hacia un constructo social que direcciona las prácticas de los profesionales en los distintos programas, en la evaluación de los resultados y de la continua mejora de la Calidad de Vida, es así, como se ha determinado para medir “la buena vida”. (Antomás, 2017).

La Calidad de Vida individual se entiende hoy en el modelo propuesto por Schalock y Verdugo, Cómo:

“Un estado deseado de bienestar personal compuesto por varias dimensiones centrales que están influenciadas por factores personales y ambientales. Estas dimensiones centrales son iguales para todas las personas, pero pueden variar individualmente en la importancia y valor que se les atribuye. La evaluación de las dimensiones está basada en indicadores que son sensibles a la cultura y al contexto en que se aplica”. (Verdugo, Schalock, Arias, Gómez, & de Urries, 2013).

Marco Teórico

Para la construcción de este marco teórico se basó en el autor Alonso Verdugo (2013) donde se explica que Calidad de Vida es un concepto de uso muy común, pero mal definido habitualmente, Sin embargo, las investigaciones y aplicaciones del concepto han permitido evolucionar significativamente el concepto en las últimas décadas (Verdugo, Schalock, Arias, Gómez, & de Urries, 2013).

Desde unos usos iniciales exclusivamente centrados en una perspectiva de análisis de las sociedades, comunidades y de su nivel de bienestar se pasó, progresivamente, a un uso del concepto desde perspectivas individuales, más psicológicas y centradas en la mejora de la Calidad de Vida de las personas y, por tanto, de mayor utilidad en los programas y en los servicios (Antomás, 2017).

El concepto ha llegado a ser el marco de referencia global aglutinador de todo el proceso de apoyo e intervención, desde la síntesis evaluativa inicial dirigida a conocer a la persona y sus necesidades de apoyo, pasando por guiar la implementación de los programas individuales, hasta terminar siendo el criterio de valoración de los resultados personales conseguidos (Verdugo, Schalock, Arias, Gómez, & de Urries, 2013).

La Calidad de Vida individual la tomaremos de acuerdo al modelo propuesto por Schalock y Verdugo, (2007). Por lo tanto, podemos decir que el individuo puede tener Calidad de Vida cuando sus necesidades personales están satisfechas y tiene la oportunidad de enriquecer su vida en las principales áreas de actividad vital para cualquier persona (Verdugo & Schalock, 2007).

La Calidad de Vida “tiene componentes subjetivos y objetivos que se pueden medir, desde un enfoque multidimensional de las ocho dimensiones siguientes: Bienestar Emocional, Relaciones Interpersonales, Bienestar Material, Desarrollo Personal, Bienestar Físico, Autodeterminación, Inclusión Social y Derechos” véase la *Tabla 2*.

Los estudios ratifican el modelo de ocho dimensiones propuesto como el más cabal, el cual consiste de alguna manera acertar en la búsqueda de tres aspectos principales por parte de la persona: independencia, participación social y bienestar (Verdugo, Schalock, Arias, Gómez, & de Urries, 2013).

En la aplicabilidad del concepto de Calidad de Vida, es fundamental una medición que los indicadores evalúen las percepciones, comportamientos y condiciones de cada dimensión, que permita evaluar de manera objetiva las experiencias de vida de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA y sus circunstancias “observación directa” (Verdugo, Schalock, Arias, Gómez, & de Urries, 2013).

Los criterios de elección de los indicadores; se realizan de acuerdo a los planos del sistema social los cuales son fundamentales tener en cuenta en los entornos sociales e inmediatos para la funcionalidad del ser humano entorno a su Calidad de Vida como se observa a continuación:

<p>Microsistema (Contexto social inmediato)</p>	<p>La familia, hogar, grupo de iguales y lugar de trabajo, que afecta directamente a la vida de la persona.</p>
<p>Mesosistema (Vecindario)</p>	<p>Comunidad, agencias de servicios y organizaciones, que afecta directamente al funcionamiento del microsistema.</p>
<p>Macrosistema (Los patrones culturales más amplios)</p>	<p>Tendencias sociopolíticas, sistemas económicos y otros factores relacionados con la sociedad, que afectan directamente a nuestros valores, creencias y al significado de palabras y conceptos.</p>

Elaboración propia tomado de (Verdugo Alonso, Gómez Sanchez, & Arias , 2009).

Para la realización de esta investigación se tomará como referente a Verdugo (2013) con las cuatro dimensiones de la Calidad de Vida; bienestar físico, bienestar emocional, relaciones interpersonales e inclusión social.

Tabla 2. Dimensiones centrales de Calidad de Vida, Schalock y Verdugo (2002).

Bienestar emocional (BE) Según Verdugo (2013) “hace referencia a sentirse tranquilo, seguro, sin agobios, no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, Auto concepto y Ausencia de estrés o sentimientos negativos”

Relaciones interpersonales (RI) “Relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.), se mide con los siguientes indicadores: Relaciones Sociales, Tener amigos claramente identificados, Relaciones familiares, Contactos sociales positivos y gratificantes, Relaciones de pareja y Sexualidad”.

Bienestar material (BM) “Tener suficiente dinero para comprar lo que se necesita y se desea tener, tener una vivienda y lugar de trabajo adecuados. Los indicadores evaluados son: Vivienda, Lugar de trabajo, Salario (Pensión, Ingresos), Posesiones (bienes materiales), Ahorros (o posibilidad de acceder a caprichos)”.

Desarrollo personal (DP) “Se refiere a la posibilidad de aprender distintas cosas, tener conocimientos y realizarse personalmente. Se mide con los indicadores: Limitaciones/capacidades, Acceso a nuevas Tecnologías, Oportunidades de aprendizaje, Habilidades relacionadas con el trabajo (u otras actividades) y Habilidades funcionales (competencia personal, conducta adaptativa, comunicación)”.

Bienestar físico (BF) “Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención Sanitaria, Sueño, Salud y sus alteraciones, Actividades de la vida diaria, Acceso a ayudas técnicas y Alimentación”.

Autodeterminación (AU) “Decidir por sí mismo y tener oportunidad de elegir las cosas que quiere, cómo quiere que sea su vida, su trabajo, su tiempo libre, el lugar donde vive, las personas con las que está. Los indicadores con los que se evalúa son: Metas y Preferencias Personales, Decisiones, Autonomía y Elecciones”

Inclusión social (IS) “Ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas. Evaluado por los indicadores: Integración, Participación, Accesibilidad y Apoyos”.

Derechos (DE) “Ser considerado igual que el resto de la gente, que le traten igual, que respeten su forma de ser, opiniones, deseos, intimidad, derechos. Los indicadores utilizados para evaluar esta dimensión son: Intimidad, Respeto, Conocimiento y Ejercicio de derechos”

Fuente: Tomada de (Verdugo, Schalock, Arias, Gómez, & de Urries, 2013). *Pág.443*

Estrategia Metodológica

La presente investigación aplica el método cualitativo con enfoque fenomenológico de tipo descriptivo ya que integra la entrevista, el análisis del discurso y la observación para así conocer las expectativas de vida, experiencias, puntos de vista, capacidad de relacionamiento, oportunidades dentro de la sociedad, el apoyo familiar y social de las personas con diagnóstico de VIH/SIDA referente a la Calidad de Vida y las dimensiones elegidas.

En cuanto a la investigación que llevaremos a cabo con la recolección de datos, nos dará una amplia perspectiva de cómo es la calidad de vida en los pacientes con diagnóstico de VIH/SIDA, para así posteriormente analizar la información relacionada con el estudio y realizar una idónea interpretación de los datos obtenidos, con la finalidad de dar respuesta a lo planteado en la pregunta y los objetivos de la investigación.

Tipo de investigación

Esta investigación es de tipo descriptivo, ya que describirá la subjetividad individual de las personas abordadas frente a su Calidad de Vida, sus percepciones, emociones, relaciones interpersonales, bienestar físico e inclusión social a partir de su diagnóstico de VIH/SIDA.

Método

- Entrevista individual
- El análisis del discurso
- La observación

Técnica de recolección de datos

Para llevar a cabo la investigación se utilizó la entrevista semiestructurada como técnica de recolección de datos.

La entrevista semiestructura se realizará a cuatro personas residentes del Municipio de Guadalajara de Buga, entre los 30 y 50 años, en el año 2023 con el fin de dar respuesta a la pregunta de investigación con datos idóneos, verídicos sobre el estado emocional, físico y del entorno social de las personas diagnosticadas con VHI/SIDA. Conjuntamente se utilizarán técnicas de abordaje tales como la observación y el análisis del discurso.

Universo poblacional

Se toma como muestra cuatro individuos; dos hombres y dos mujeres entre los 30 y 50 años, diagnosticados con VHI/SIDA del Municipio de Guadalajara De Buga.

Criterios de selección

- Personas entre los 30 y 50 años.
- Personas con Diagnóstico de VHI/SIDA.
- Residentes en el Municipio de Guadalajara de Buga.

Categorías de Análisis

Teniendo en cuenta el abordaje conceptual y aproximación teórica, para la presente investigación, se tomarán las siguientes categorías de análisis según Schalock y Verdugo (2002):

Bienestar físico (BF)	Tener buena salud, sentirse en buena forma física, tener hábitos de alimentación saludables. Incluye los indicadores: Atención sanitaria, sueño, salud y sus alteraciones, actividades de la vida diaria, acceso a ayudas técnicas y alimentación.
Bienestar emocional (BE)	Hace referencia a sentirse seguro, sin agobios, tranquilo y no estar nervioso. Se evalúa mediante los indicadores: Satisfacción, auto concepto y ausencia de estrés o sentimientos negativos.
Relaciones interpersonales (RI)	Relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones Sociales, Tener amigos claramente identificados, relaciones familiares, contactos sociales positivos y gratificantes, relaciones de pareja y sexualidad.
Inclusión social (IS)	Ir a lugares de la ciudad o del barrio donde van otras personas y participar en sus actividades como uno más. Sentirse miembro de la sociedad, sentirse integrado, contar con el apoyo de otras personas; evaluado por los indicadores: Integración, participación, accesibilidad y apoyos.

Elaboración propia Tomada de (Verdugo, Schalock, Arias, Gómez, & de Urries, 2013).

Resultados de la Investigación

Capítulo I: Mi Cuerpo Clave Para Mi Salud Física y Vivir En Plenitud.

El bienestar físico da respuesta a las actividades cotidianas de todo ser humano, por lo tanto, es parte fundamental del progreso de las personas ante el diagnóstico; ya que comprende aspectos necesarios para la eficacia y la óptima respuesta del cuerpo a los tratamientos y a la incorporación a los escenarios de la vida diaria, a continuación, se muestran las respuestas de los entrevistados sobre su (BF).

Entrevistada N° 1 “Fui diagnosticada hace dos años aproximadamente no ha sido un proceso fácil, pero he logrado llevarlo a cabo, por lo cual no me veo afectada físicamente desde el ámbito de la movilidad y la facilidad de realizar actividad física en casa durante todas las mañanas; porque antes de mi enfermedad entrenaba todos los días de 1 a 2 horas diarias”.

Entrevistado N° 2 “Pues hace tiempo, no recuerdo bien la verdad, hace como 10 años, No he presentado cambios físicos, yo me siento normal, de vez en cuando corro, o subo a la loma y hago ejercicios, pero de vez en cuando”.

Entrevistado N° 3 “Yo fui diagnosticado hace año y medio y pues mi salud física ha ido decayendo, porque ya no tengo la misma estabilidad, siento muchos mareos, pues ya no es lo mismo. Pues mantengo muy cansado, me falta el aire y pues que ya no puedo hacer lo mismo de antes con la misma facilidad.”.

Entrevistado N° 4 “... Pero cambios físicos que he presentado de pronto es en el peso, porque yo antes estaba pesando 72 kg y a hora estoy pesando 65 kg, el médico me dijo que en un mes había rebajado 10 kg. Pues caminar, lo he suspendido porque me da miedo que me de algún mareo en la calle, pero yo anteriormente caminaba hora y media, salía en las mañanas a caminar, pero a hora no, porque es que también he tenido problemas en el corazón, entonces el médico me prohibió andar en bicicleta y en moto, mientras miran a ver cómo me tratan lo del corazón, porque ellos dicen que lo tengo muy grande”

En general las posturas anteriores son más propicias a dar respuesta a que el bienestar físico es vital para el funcionamiento y la participación de una persona positiva, dentro del proceso de sobrellevar su enfermedad y dar una respuesta óptima a la aplicación de sus tratamientos y seguimientos adecuados para la vigilancia de su salud.

El hecho de presentar una discapacidad o de encontrarse con la disminución del funcionamiento de los sentidos no se debe traducir en una merma de las expectativas de lo que es una vida de calidad para estas personas” (Córdova, Río, Robaina, Ortiz, & Artaza, 2012), pero contrario a lo planteado por Schalock y Verdugo (2013) observamos en el

resultado de las entrevistas que hay una disminución tanto visual como auditiva en dos de los participantes lo cual es un factor que incide y disminuye notoriamente la Calidad de Vida, puesto que le impide realizar actividades cotidianas por ellos mismos.

Frente a la disminución de la capacidad del funcionamiento de los sentidos, a partir del diagnóstico de VIH/SIDA en las entrevistas se encontró:

Entrevistada N° 1“... pero el cambio físico más notorio ha sido la pérdida de la visión desde hace año y medio, porque me impide desarrollar las actividades cotidianas y la interacción con mi hijo menor de edad”.

Entrevistado N° 3“... Me ha afectado la visión, ya no es la misma, el oído lo he ido perdiendo poco a poco y cosas así. Pues caminar, de vez en cuando se puede, pero no es algo constante”.

De igual importancia, en Colombia el Sistema General de Seguridad Social en Salud con sus siglas (SGSS) (ley 100 de 1993) está compuesto por dos regímenes el contributivo y subsidiado donde su objetivo es proporcionar la atención en Salud y garantizar la asistencia integral de las personas que pertenecen a ellos.

Actualmente el Régimen Subsidiado “es el mecanismo mediante el cual la población más pobre del país, sin capacidad de pago tiene acceso al servicio de Salud a través de un subsidio que ofrece el Estado” (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021). Se halló que las personas entrevistadas pertenecen al régimen de Salud Subsidiado.

Cabe aclarar qué es obligación del Estado colombiano velar por la salud de sus beneficiarios según la ley 1122 de 2007.

“La presente ley tiene como objeto realizar ajustes al Sistema General de Seguridad Social en Salud, teniendo como prioridad el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios. Con este fin se hacen reformas en los aspectos de dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización, y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, fortalecimiento en los programas de salud pública y de las funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de servicios de salud y sus decretos reglamentarios, cuyo principal objetivo es garantizar el acceso y la calidad de los servicios”. (Ministerio de Salud y Protección Social, 2021).

“El acceso a medicamentos forma parte indispensable del derecho al disfrute del más alto nivel posible de salud. Al respecto, la Corte ha retomado el criterio sobre que el acceso a la medicación en el contexto de pandemias como las de VIH/SIDA, Tuberculosis y Paludismo es uno de los elementos fundamentales para alcanzar gradualmente el ejercicio pleno del derecho de toda persona al disfrute del más alto nivel posible de salud física y mental”. (Zambrano, 2022).

Tres de ellos manifiestan inconformidad, debido que deben realizar largas esperas para la entrega de sus medicamentos y en ocasiones desplazamientos a otras ciudades o Municipios que les ocasiona gastos adicionales, lo que en ellos produce una mala administración de la medicación desencadenando alteraciones en su estado de salud.

Entrevistado N° 1 “a mí me mandan los medicamentos, a mí me los envían de Cali, pero me los envían, me toca ir a citas en Tuluá pues para lo del tratamiento, ahora me toca sacarme los exámenes en Tuluá, ya esta mañana me vio el médico general allí en el Divino Niño (hospital) para que el me mandara lo de los transportes, que me ayudaran con los transportes, debo de ir por la orden y de ahí ir a Emssanar”.

“A mí me envían a Tuluá porque a mí me atienden ahí o en Cali, es Todomedic, y fui a que me colaboraran con lo de los transportes porque yo les dije a ellos que me quedaba muy difícil porque me tocaba sacar para la persona que va conmigo, me toca sacar y darle también a ella, entonces eso se hace muy difícil porque a veces no tenía como ir, entonces ella me dijo que tenía que pedir cita con médico general me diera lo de los transportes y pues ahí me los dieron, eso sí me toca cada mes estar yendo a pedir cita para seguir con ese proceso”.

Entrevistado N° 2 “No, no cumplen porque por lo menos que vez que fui a que me colaboraran a Emssanar con el transporte porque debía de ir a una cita en Cali, la muchacha que me atendió me dijo que ella no me podía colaborar porque eso iba en contra de la ley y que ellos no tenían nada que ver con eso, y llamé a la doctora de Cali y ella me dijo que pasó con usted la estamos esperando para la cita y yo le contesté lo que me habían contestado en la oficina de Emssanar y pues perdí la cita”.

Entrevistado N° 3 “No, porque es una lucha constante para lo de los medicamentos, para las citas, para los controles, es mucha cosa, entonces no es el manejo adecuado”.

Por consiguiente, según la OMS (2020), “el grado de seguimiento de la toma de la medicación, tiene que ver con la conducta de un paciente con su medicación, dieta o modificación de algún hábito, acorde a las indicaciones de los profesionales de la salud. La evaluación de las consecuencias del seguimiento de estos hábitos se halla enmarcados en la adherencia, siendo de suma importancia para cualquier órgano regular sanitario” a lo que el

Sistema de Salud incumple con el seguimiento adecuado de una persona con el diagnóstico del VIH/SIDA vulnerando a las personas por la disminución de su Calidad de Vida.

Las premisas anteriores llevan a deducir que la mayoría de los entrevistados, presentan disminución en su Calidad de Vida, dado que el sistema de salud colombiano no está proporcionando adecuadamente la atención sanitaria necesaria para el seguimiento y el tratamiento de su enfermedad; esto hace que su Salud Física este en constante riesgo o aumenten los niveles de deterioro.

En las personas con VIH/SIDA la buena nutrición es muy importante para un óptimo funcionamiento del cuerpo y de su sistema inmunitario, la cual ayuda a que el cuerpo absorba correctamente los medicamentos que ingiere diariamente, además de tener un peso ideal que es sumamente importante para mantenerse saludable.

Según la OMS (2020) “la alimentación saludable es uno de los factores principales para la promoción y mantenimiento de una buena salud, lo que representaría una reducción sustancial de la mortalidad y la carga de enfermedad a nivel mundial”.

De acuerdo al relato de los entrevistados, se encontró:

Entrevistado N° 1 “La nutricionista me recomienda que no deje de comer ni nada de eso, que comiera moderadamente, y pues yo como controladamente, mi comida es frutas, verduras, me gustan mucho las ensaladas; me cuido mucho y como de una manera muy saludable, pues como verduras, frutas, no me gusta la comida chatarra”.

Entrevistado N° 2 “A veces cuando voy a Tuluá me dan unas vitaminas, pero ya no tengo, no hay una dieta que yo tenga que seguir al pie de la letra como de todo, algunas veces compro unos tomates, los lavo bien, les pico cebolla cabezona y pepino y eso es una comida en todo el día o a veces un caldito de gallina y ya no más”.

Entrevistado N° 3 “La situación económica no da para hacer dietas ni llevar adecuadamente la alimentación que me mandan las comidas que yo consumo son las que preparan en la casa para todos, pero sé que no es la recomendable para uno, pero toca acomodarse a lo que hay”

Entrevistado N° 4 “Sí claro, porque he sido de buen comer, pero debido a mi enfermedad la nutricionista me ha cambiado los alimentos y me dio una lista de lo que debía comer yo trato de llevarla al pie de la letra, pero ha sido muy difícil”.

Considerando dichas premisas con el relato de los entrevistados, se puede concluir que a pesar de que necesitan de una guía nutricional adecuada, debido a su economía no es posible llevar a cabo las recomendaciones por parte del equipo de salud por tanto se ven en la necesidad de consumir los alimentos que estén a su alcance, debido a ello irrumpen en

mantener el óptimo bienestar físico e inmunológico, lo que puede llevar a posibles complicaciones en su estado de salud.

Además, los diferentes estudios que evalúan la Calidad de Vida; recomiendan que el sueño debe ser adecuado para tomarse como un factor mediador en los tratamientos de enfermedades auto inmunes, pacientes crónicos, cardiológicos, neuro –psiquiátricos, renales, hepáticos, es así como el sueño juega un papel crucial en la salud en general muy probablemente debido a su función integradora ya que el sueño saludable tiene un impacto importante en la Calidad de Vida. (Fabres & Moya, 2021).

De acuerdo con esto a pesar de que no hay establecido cuantas horas de sueño debe tener una persona para realizar acordemente sus actividades diarias, es entendible que el no dormir adecuadamente conlleva a la disminución del bienestar físico y por ende a la Calidad de Vida llevando a las personas a un inadecuado desempeño de sus actividades cotidianas.

Como también hace parte principal del cuidado del bienestar físico, se resalta los cambios del sueño después del diagnóstico del VIH/SIDA, las personas participantes refieren que:

Entrevistado N° 1 “... yo duermo bien entonces no me altera nada, yo me levanto bien para hacer mis ejercicios”.

Entrevistado N° 2 “... tengo problemas para dormir, yo a veces no duermo, tengo pesadillas (te vas a morir, loca, te vas a morir de sida, morite... morite, me paro de la cama grito y lloro, al no poder dormir me siento cansada y me dan muchos malestares”.

Entrevistado N° 3 “... en cuanto al sueño hay noches que uno pasa en vela y eso hace que se descontrole el sueño y uno no descansa como debe ser, al otro día uno se levanta más débil, más cansado”

Entrevistado N° 4 “... lo que hace que me di cuenta de mi diagnostico yo me acuesto tarde tratando de disipar la mente, yo no duermo las ocho horas que es lo recomendado para uno poder descansar bien, y eso hace que uno se levante cansado con malestar en el cuerpo entonces eso hace que uno de descomponga”.

Por lo anterior, “la necesidad de trabajar por potenciar la Calidad de Vida de estas personas para que se conviertan en realidad el principio planteado por nuestros autores de que la Calidad de Vida está compuesta por las mismas dimensiones e indicadores que son importantes para todas las personas.

Capítulo II: Afrontando Emocionalmente Mi Diagnostico.

Lykken (2000) sugiere que los individuos pueden fortalecer intencionalmente su capacidad para experimentar y maximizar emociones positivas, lo que ha demostrado, mejoramiento en la salud física, emocional y social, relacionado con la experiencia positiva y la buena salud. (Francoise Contreras, 2006)

Por lo cual se puede afirmar que el apoyo emocional y la capacidad de sentirse bien consigo mismo; favorecen los niveles de recuperación y sobre todo de aceptación y adaptabilidad de un proceso aun excluyente y discriminatorio ante la sociedad. Las personas que tienen una capacidad de afrontamiento ante el diagnostico como el VIH/SIDA logran una vida más prolongada y un mejoramiento en su Calidad de Vida.

Es así, que la apreciación de las personas referente a su estado emocional, afectivo, auto concepto, estrés y la ausencia de pensamientos negativos, que aportan para asimilar su diagnóstico y su percepción en sus cambios emocionales fue:

Entrevistado N° 1 “No, no, normal, pues hay veces de que uno se aburre, porque uno a veces necesita de pronto salir, o cualquier otra cosa así y al ver que uno no puede por lo que uno no ve, al principio fue durito pues me puse fue a llorar y todas esas cosas, pero ya ahora a mí eso me da como igual, yo no me pongo mal por eso...”

Entrevistado N° 2 “Si eso me afectó mucho, tanto que cuando me dieron la noticia yo le dije a la doctora, ¡hay doctora y me voy a morir!, aunque ella me dijo que yo no me iba a morir porque me iban a dar el tratamiento, para que usted se siga tomando los retrovirales, pues yo a veces me culpo a mí misma por tener esta enfermedad, yo vivo sola”.

Entrevista N° 3 “Sí, obvio no es lo mismo, uno ya no tiene los mismos pensamientos de antes, uno hay días que se levanta con ganas de no querer vivir más, sin ganas de hacer nada, entonces eso es un cambio emocional para uno con el que uno a veces no sabe asimilar. Eso le cambia la vida a cualquiera.”

Entrevista N° 4 “Pues yo he tratado de tomar esto de la mejor manera, tanto por mí como para mis familiares, pero si uno a veces se aburre, se sumerge uno en pensamientos a veces tristes, pero yo trato de hacerlos a un lado y pensar de forma positiva. Yo trato de sentirme bien, yo no pienso en que me voy a morir de esto, trato de distraerme mucho”

Por lo anterior, se observó que los cambios emocionales no han sido destructores para las personas, que al contrario se han fortalecido para llevar su diagnóstico, por consiguiente, el acompañamiento emocional, es notorio por parte de los familiares durante este proceso desde

su diagnóstico, aportando favorablemente a su bienestar emocional. Encontrándose en los entrevistados la importancia de este apoyo por parte de la familia:

Entrevistado N° 1 “... mi mayor apoyo ha sido mi esposo, él es el único que ha estado allí, siempre ha estado ahí en los momentos buenos y malos” “Yo tengo cuatro hermanas, pero a raíz de mi diagnóstico a ellas les da igual, entonces no tengo como una compañía o como un reemplazo de tal cosa, pues ellas no me visitan aquí en la casa y mucho menos si recaigo en el hospital, el único es mi esposo y mi hijo”.

Entrevista N° 3 “... Yo tengo el apoyo de la familia que es lo más importante. Pues yo creo que todo cambia, todo se pierde en la vida, la vida ya no vuelve hacer la misma ni para uno, ni para la familia”.

Entrevista N° 4 “... Yo he tenido la suerte de contar con el apoyo de toda la familia, aunque yo a veces no lo acepto, pero ellos se han portado conmigo de una forma excelente, más que todo los hijos me colaboran mucho”.

Ante lo anterior, los autores Shalock y Verdugo (2003) hace referencia que el estado de bienestar emocional, las persona reflejan en su Calidad de Vida un estado tranquilo, seguro, sin agobios y no estar nervioso, favoreciendo el cumplimiento de esto el apoyo emocional y afectivo recibido por su núcleo familiar inmediato, observándose en los entrevistados, que por parte de la familia, se aporta en el apoyo hacia la ausencia de estrés y contribuye al auto concepto; esto conlleva a que con relación a Valencia (2007)

“Maslow ha catalogado la autoestima dentro de una de las necesidades fundamentales que tiene el ser humano, la de reconocimiento, referida al respeto y la confianza que se tiene en sí mismo”. (Katherin Panesso Giraldo, 2017)

Capítulo III: Interferencia De Las Relaciones Interpersonales Con Mi Desarrollo.

Las relaciones interpersonales son esenciales para el ser humano; ya que este establece relaciones, sociales, familiares y de pareja, que aportan de manera significativa a la Calidad de Vida de las personas.

En este sentido encontramos que los cambios en las relaciones de pareja y familiares en la mayoría de los entrevistados a causa del diagnóstico del VIH/SIDA, se han mantenido las relaciones establecidas con un fuerte lazo afectivo y consolidado. Teniendo en cuenta la importancia de la convivencia, los lazos familiares, relaciones de pareja, las personas entrevistadas refirieron:

Entrevistado N° 1 “Con mi esposo y mi hijo de ocho años, solo somos los tres aquí, la convivencia con ellos es buena. Él sabe que tengo la enfermedad, él dice que mi diagnóstico no le afecta, y desde que se enteró él ha sido mi más grande apoyo, mi esposo me dice que a él eso le da igual, él me consiente mucho, me deja todo a la mano para que yo pueda hacer las cosas, él es quien prepara la comida, asea la casa, aunque yo le ayudo” ... “Tengo cuatro hermanas y mi papá, pero ninguno de ellos me apoya, hablan de mí”.

Entrevistado N° 2 “... tengo una hija, pero no la tengo yo, la tienen los familiares del papá de ella acá en Buga, tengo una prima ella me quiere mucho, ella no me rechaza ni me da la espalda y ella sabe que yo tengo VIH”.

Entrevistado N° 3 “Vivo con mi esposa y con una hija, la convivencia con ellas es normal, Ha sido un apoyo la familia, pues del que puede dar cada quien, como a su estilo, pero pues también es muy regular porque hay mucha gente que se ha ido alejando mucho, entonces no es ese apoyo al 100% que uno quisiera”.

Entrevistado N° 4 “Vivo con mi señora esposa y con mi cuñada, y la convivencia entre nosotros es excelente, no he llegado a tener disgustos, a pesar de que ya llevamos varios años de casados, pues todo es normal, nos respetamos mucho con mi esposa y mi cuñada para mí es una hermana, el apoyo de mis familiares hacia mí ha sido excelente, no me puedo quejar, aunque uno a veces es un poco apático, ellos no me desamparan, siempre han estado allí para mí”.

Con relación a lo anteriormente expuesto, se afirma que las relaciones son las más complejas y duraderas de todas las que mantenemos a lo largo de nuestras vidas; por lo cual las relaciones tienen un efecto satisfactorio en el funcionamiento de las personas, pues son confiables predictores de la autoestima y del comportamiento interpersonal en distintos contextos. (Braz, Comodo, Prette, Prette, & Fontaine, 2012).

Aunado a lo anterior, con relación al manejo de la sexualidad, se halló, que solo tres de los entrevistados, expresan abiertamente la percepción del manejo de la intimidad sexual en su relación de pareja:

Entrevistado N° 1 “Con mi esposo... Él sabe que tengo la enfermedad, él dice que mi diagnostico no le afecta... mi esposo me dice que a él eso le da igual, él me consiente mucho...”.

Entrevistado N° 2 “si yo consigo un compañero, un novio y si yo me le entrego a él o hago el amor con él, no me gustaría enfermarlo a él ni nada”.

Entrevistado N° 3 “a partir de mi diagnostico la relación es buena, es una relación más de compañía, pues nosotros no tenemos intimidad ya, pues todo cambia”.

Dando lugar a que con el conocimiento de estas situaciones por el entorno en el que se desenvuelven las personas diagnosticadas; se reducen los estigmas y las catalogaciones erróneas de la sociedad frente a estos diagnósticos, a lo cual Schalock y Verdugo (2002), afirma que:

“relacionarse con distintas personas, tener amigos y llevarse bien con la gente (vecinos, compañeros, etc.). Se mide con los siguientes indicadores: Relaciones Sociales, Tener amigos claramente identificados, contactos sociales positivos y gratificantes”.

Es decir, que la convivencia entre personas socialmente competentes produce relaciones significativas y beneficiosas, la comprensión mutua de las necesidades, la salud y el fortalecimiento las redes de apoyo social; que a través de sus funciones emocionales, instrumentales, informativas y de evaluación facilitan el acceso a las necesidades para una vida de calidad: afecto, bienes y servicios. (Braz, Comodo, Prette, Prette, & Fontaine, 2012)

Teniendo en cuenta la importancia de las relaciones sociales, dentro de las cuales, en algunos entrevistados lo relacionaron con los cambios en su vida laboral, se halló:

Entrevistado N° 1 “Mis relaciones sociales y de amistades son buenas, pues igual yo no soy muy amiguera, mis amigas son contadas, no me gusta estar metida en casas ajenas, siempre he sido así”.

Entrevistado N° 3 “La vida laboral ya no es la mismo, pues la misma sociedad lo discrimina a uno, y uno ya con el estado físico ya no es lo mismo, entonces todo le cambia a

*uno, porque debido al cansancio que uno siente uno no puede trabajar como lo hacía **antes** que uno trabajaba todo el día, y uno ya no puede estar solo, ya tiene uno que estar acompañado por alguien”.*

Entrevistado N° 4 “yo he sido muy sociable, aunque lo de mi enfermedad solo lo sabe mi familia, porque ustedes deben ser sabedoras de que uno a la gente no le puede ir comentando todo lo de uno, porque la gente habla mucho, señalando y juzgando sin saber realmente lo que paso o por lo que está pasando” ... “Ya uno no cuenta con las mismas capacidades para salir a trabajar, pues debido a que empecé a sentirme mal, uno se siente fatigado, la vida le cambia mucho a uno porque uno ya no rinde de la misma manera debido a la enfermedad que uno tiene”.

Es decir que con lo manifestado de los entrevistados y la afirmación de los autores; se puede deducir, es pertinente considerar las relaciones interpersonales como un apoyo a los diagnósticos y al acompañamiento de los procesos para que las personas aumenten su Calidad de Vida.

Capítulo IV: Mi Interacción Con El Entorno.

La inclusión social se caracteriza por escenarios donde las personas puedan participar para la realización de actividades y transformaciones tanto personales como sociales; es decir, que las personas tengan acceso a los diferentes escenarios culturales, recreativos, educativos, religiosos, facilitando su integración y contando con redes de apoyo.

Por consiguiente y de acuerdo con el plano del sistema social se encontró en las personas entrevistadas lo siguiente:

Entrevistado N° 1 “La verdad yo no me entero de nada de eso, dentro del hospital a uno no le ofrecen nada tampoco, la atención en este pueblo es muy mala, esto aquí es un moridero, en Tuluá si me han ofrecido programas para hacer parte. yo solo salgo con mi esposo y pues a lo necesario”.

Entrevistado N° 2 “Yo considero que acá no hay ese tipo de lugares, aquí no hay lugares que brinde ese tipo de ayuda para las personas que tenemos esta enfermedad, en cuanto a eso estamos muy mal en todos los sentidos”.

Entrevistado N° 3 “No Buga no tiene esos escenarios, y fuera de eso ahí es donde entra la sociedad a discriminarlo a uno. Debido a la misma falta de oportunidades dentro del Municipio, porque si a veces no tengo ni para comprar los medicamentos que a veces no me llegan o no tengo para poder comprar los alimentos recomendados para mi dieta, pues como voy a tener para pagar otra cosa como el estudio”.

Entrevistado N° 4 “...Uno ya tan viejo, que lo van a tener en cuenta a uno para estudiar, no la verdad que no”.

Así pues, se puede apreciar que el Municipio de Guadalajara de Buga no ofrece, ni cuenta con espacios idóneos para el desarrollo en sociedad de personas con diagnósticos como el VIH/SIDA, para fortalecer las capacidades, apoyar el desarrollo personal y aumentar la inserción a la vida comunitaria de dichas personas.

Por otra parte, la religiosidad percibida en los entrevistados que en su totalidad pertenecen a la iglesia católica nos da una amplia visión sobre lo arraigado que se encuentra estas prácticas en la cultura de los habitantes del Municipio de Guadalajara de Buga, así mismo, se considera que la Fe ha sido parte fundamental para sobrellevar situaciones que ponen al ser humano en estado de aflicción, vulnerabilidad y desesperanza, alimentado su espiritualidad lo cual ayuda en el proceso de motivación, afrontamiento y esperanza de vida.

Siendo un objetivo de la Calidad de Vida frente a las necesidades y el desarrollo en la sociedad para las personas diagnosticadas con VIH/SIDA y dando respuesta a la entrevista, acerca de escenarios culturales, actividades recreativas programas de educación, apoyo religioso y espiritual los participantes refieren:

Entrevistado N° 1 “somos católicos, vamos a misa de vez en cuando”

Entrevistado N° 2 “Soy católica, y cuando me siento mal o aburrida me voy para la basílica, y me pongo hablar con Dios mi único refugio es el Señor todo poderoso, porque solamente él es quien lo puede todo”.

Entrevistado N° 3 “Uno busca como esa compañía espiritual, que es como la única que le puede dar ese apoyo a uno, uno va a esos cursos religiosos y todas esas cosas. Yo asisto a la iglesia”.

Entrevistado N° 4 “Nosotros somos católicos, vamos a un grupo de oración todos los martes a la iglesia y oramos por todos y por todo, y eso si no faltamos los domingos a la santa eucaristía, y yo colaboro mucho con la iglesia y en semana santa más”.

Por lo cual, se observó que un diagnóstico como el VIH/SIDA, no es un impedimento para llevar una Vida de Calidad, que, al contrario, con el enriquecimiento del apoyo familiar, se da la desaparición de la discriminación y los estigmas sociales y se puede enfrentar como una enfermedad normal, lejos de los rechazos y las imposibilidades de la sociedad.

Conclusiones

La Calidad de Vida es un conglomerado de referentes para que cada persona pueda asimilar, afrontar y sobrellevar su vida cotidiana, y aún más cuando se presentan diagnósticos como en este caso el VIH/SIDA, a lo que podemos demostrar que no hay barreras para convivir en sociedad con una persona diagnosticada, que a pesar de sus afecciones, con los avances de la ciencia y la oportuna intervención de los equipos multidisciplinares el éxito de los tratamientos y las percepciones de vida de las personas y los entornos están en constante transformaciones positivas.

El Estado, por medio del sistema de salud colombiano, busca garantizar que las personas tengan acceso al sistema de seguridad social en salud (SGSSS), siendo su objetivo principal crear condiciones para una efectiva vinculación para toda la población residentes en el país; reflejándose el principio de universalidad en la ley estatutaria (ley 1751 de 2015). Es así, que las personas entrevistadas para la investigación, se encuentran en el régimen subsidiado; sin embargo, se observa que no es eficaz, ni idónea la prestación de los servicios; es decir que las personas presentan dificultad en la entrega oportuna del tratamiento antirretroviral y los seguimientos con los profesionales de la salud dentro de la periferia, lo cual conlleva al deterioro de su bienestar físico y a la disminución de la Calidad de Vida.

El apoyo afectivo y el estado emocional son factores predominantes para el bienestar de las personas y el mejoramiento de su Calidad de Vida. Si bien es cierto que existen buenas relaciones interpersonales y una red de apoyo familiar fortalecida en la mayoría de los casos, no es garantía de que las personas que padecen VIH/SIDA presenten en algún momento pensamientos negativos o desmotivación para realizar sus actividades cotidianas.

Los resultados que muestra la investigación referente a las relaciones interpersonales son dados a la subjetividad en cuanto los entrevistados manifiestan que sus lazos de amistad han sido lejanos a partir del diagnóstico, sin embargo, se puede discernir que por miedo al estigma y a la misma discriminación son ellos los que inconscientemente se alejan del microsistema.

Para finalizar se observa dentro de la investigación que en el Municipio de Guadalajara de Buga no cuenta con las políticas idóneas de seguimiento e inclusión social

que responda a las necesidades de acompañamiento de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA. Siendo esto un factor de vulnerabilidad, violación de derechos y abandono social. A lo que refleja la importancia del aporte de trabajo social en favor de la prevención y seguimiento entorno al mejoramiento de la Calidad de Vida de las personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

Recomendaciones

Como futuras Trabajadoras Sociales es importante reconocer que hace falta en el Municipio de Guadalajara de Buga, programas y proyectos que funcionen en favor del mejoramiento de la Calidad de Vida de las personas con diagnóstico de VIH/SIDA.

Aunque se resalta la labor de un equipo multidisciplinario que incluye al Trabajador Social para el acompañamiento de las personas que son diagnosticadas con VIH/SIDA; se debe reconocer que, como profesionales de las ciencias sociales, está la idoneidad para la creación de políticas públicas que sean incluyentes a nivel Social, que permita optimizar y mejorar los seguimientos a las personas diagnosticadas, permitiéndoles que tengan mayores oportunidades educativas, laborales y que cuenten con un acceso a los servicios culturales, sociales y de salud, sin barreras, en favor de mantener su Calidad de Vida.

Bibliografía

- A, B. (1991). Social support and social networks: their relationship to the successful and unsuccessful survival of elderly people in the community. *Fam Practice*, 68-83.
- admin.ch*. (07 de Noviembre de 2022). Obtenido de Programa Conjunto sobre el VIH/sida – ONUSIDA: <https://www.eda.admin.ch/deza/es/home/partenariados-mandatos/organismos-multilaterales/organismos-onu/programa-vih-sida.html>
- Aleyda Fajardo Rodríguez, G. R. (2018). Calidad de Vida e Inclusión Social: Discursos Desde Actores Sociales de la Discapacidad. *Revista Científica y Profesional de la Asociación Latinoamericana para la Formación y la Enseñanza de la Psicología - ALFEPSI*, 55-59.
- Alfonso Alonso Fachado, M. M. (2013). Apoyo social: Mecanismos y modelos de influencia sobre la enfermedad crónica. *Cad Aten Primaria Vol 19*, 118-123.
- Angarita, M. J. (2014). LA TEORÍA DE LAS CAPACIDADES EN AMARTYA SEN. *EDETANIA 46*, 63-80.
- Antomás, M. G. (2017). *Unizar.es*. Obtenido de Actividad Física y Calidad de Vida en personas con Síndrome de Down de la Asociación Down Huesca: un estudio descriptivo cuantitativo basado en percepciones de profesionales y de las propias personas con Síndrome de Down: <https://zagan.unizar.es/record/65063/files/TAZ-TFG-2017-2867.pdf>
- Ardila, R. (2003). Una definición integradora. *Redalyc*.
- Arias, J. A. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Salud Pública* , 765-776.
- Barrón, A. (1997). APOYO SOCIAL. *Psicothema Vol 9* , 457-461.
- Botero de Mejia , B. E., & Pico Merchan, M. E. (2007). Calidad de Vida relacionada con la salud (CVRS) en adultos mayores de 60 años: una aproximación teórica. *Hacia la aproximación de la salud* , vol.12, 11-24.

- Braz, A., Comodo, C., Prette, Z. D., Prette, A. D., & Fontaine, A. (2012). Habilidades sociales e intergeneracionalidad en las relaciones familiares. *Apuntes de Psicología*, 31, 77 - 84. Obtenido de <https://apuntesdepsicologia.es/index.php/revista/article/view/305/285>
- CAC, C. d. (30 de Noviembre de 2020). *Cuenta de Alto Costo CAC*. Obtenido de VIH Sida en Colombia, retos y apuestas en salud: <https://cuentadealtocosto.org/site/vih/vih-sida-en-colombia-retos-y-apuestas-en-salud/>
- CARDONA-ARIAS, J. (2011). Calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA: Comparación del MOSSF-36, WHOQOL-BREF y WHOQOL-HIV-BREF, Medellín, Colombia, 2009. *Colombia Médica* , 438-447.
- Cardona-Arias, J. A. (2010). Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA, Medellín, Colombia. *Salud Pública*, 765- 776.
- Celia, D. F. (1990). Measuring the quality of life today: methodological aspects. *Oncology* 4, 29-38.
- Córdova, V. V., Río, C. J., Robaina, N. F., Ortiz, M. C., & Artaza, C. (2012). Obtenido de <http://www.scielo.org.co/pdf/rups/v12n3/v12n3a22.pdf>
- Cuenta de Alto Costo*. (s.f.). Obtenido de ¿Qué es la CAC?: <https://cuentadealtocosto.org/site/quienes-somos/>
- Echenique, E. E. (Julio de 2017). Obtenido de <https://www.studocu.com/ec/document/universidad-nacional-de-chimborazo/proyectos-e-investigacion/metodologia-de-la-investigacion-eliana-esther-gallardo-echenique-2017-pdf-version-1/10688625>
- Elizabeth Romero Massa, C. A. (2010). Apoyo social y calidad de vida en pacientes con VIH/Sida, residentes en montería. Colombia. *Ciencias Biomédicas*, 173-179.
- Fabres, L., & Moya, P. (2021). Sueño: Conceptos Generales y su Relación con la Calidad de Vida. *Revista Médica Clínica las Condes*, vol.32, 527-524. Obtenido de <https://pdf.sciencedirectassets.com/312299/1-s2.0-S0716864021X00065/1-s2.0-S0716864021000894/main.pdf?X-Amz-Security-Token=IQoJb3JpZ2luX2VjEEoaCXVzLWVhc3QtMSJIMEYCIQCNbMvBHIWQU8>

kyjLxm6R4lWi%2Bq2eEmybGqnSGe2vm14AlhAPCiAOl8Qwz4QSo7ScG1ykFIF%
2FfbdbpWjnrHv%2F

Francoise Contreras, G. E. (2006). Psicología Positiva: una nueva perspectiva en psicología .
Revista Diversitas, 313.

Gobernación. (16 al 22 de Enero de 2022). *Boletín Epidemiológico Valle del Cauca 2022*.

Obtenido de Semana epidemiológica 03:

file:///C:/Users/soporte/Downloads/Bolet%C3%ADn%20Epidemiol%C3%B3gico%2
0Semanal%20No.%203%20a%C3%B1o%202022.pdf

ICA, I. C. (s.f.). *Instituto Colombiano Agropecuario ICA*. Obtenido de Boletines
Epidemiológicos Semanales:

[https://www.ica.gov.co/areas/pecuaria/servicios/epidemiologia-
veterinaria/bol/epi/semanal.aspx](https://www.ica.gov.co/areas/pecuaria/servicios/epidemiologia-veterinaria/bol/epi/semanal.aspx)

Katherin Panesso Giraldo, M. J. (2017). LA AUTOESTIMA, PROCESO HUMANO. *Revista
Electrónica Psyconex*, 1-9.

Mayores, I. N. (27 de Agosto de 2021). *Calidad de vida para un envejecimiento saludable*.

Obtenido de Instituto Nacional de las Personas Adultas Mayores:

[https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-
saludable?idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20OMS%20la%20calida
d%20de%20vida%20es%3A&text=Es%20un%20concepto%20de%20amplio,%E2%8
0%9D%20\(OMS%2C%202002\)](https://www.gob.mx/inapam/es/articulos/calidad-de-vida-para-un-envejecimiento-saludable?idiom=es#:~:text=De%20acuerdo%20con%20la%20OMS%20la%20calidad%20de%20vida%20es%3A&text=Es%20un%20concepto%20de%20amplio,%E2%80%9D%20(OMS%2C%202002))

Ministerio de Salud y Protección Social. (2021). *Ministerio de Salud y Protección Social*.

Obtenido de Regimen Subsidiado:

<https://www.minsalud.gov.co/salud/Paginas/R%C3%A9gimenSubsidiado.aspx>

Morán Silva Mercedes Del Carmen, V. G. (16 de Septiembre de 2022). *FACULTAD DE
JURISPRUDENCIA Y CIENCIAS SOCIALES Y POLÍTICAS CARRERA DE
TRABAJO SOCIAL*. Obtenido de Proyecto para la implementación de un proceso de
acompañamiento dirigido al personal sanitario del Hospital General IESS Santo
Domingo en la atención integral de pacientes con VIH/SIDA:

<http://repositorio.ucsg.edu.ec/bitstream/3317/19928/1/T-UCSG-PRE-JUR-MD-TSO-120.pdf>

Munarriz, B. (s.f.). Obtenido de <https://ruc.udc.es/dspace/bitstream/handle/2183/8533/CC-02art8ocr.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Nations, U. (s.f.). *United Nations* . Obtenido de OMS: Organización Mundial de la Salud: <https://www.un.org/youthenvoy/es/2013/09/oms-organizacion-mundial-de-la-salud/#:~:text=Es%20la%20organizaci%C3%B3n%20responsable%20de,vigilar%20as%20tendencias%20sanitarias%20mundiales.>

Neill, D. A., & Suárez, L. C. (2018). Obtenido de <http://repositorio.utmachala.edu.ec/bitstream/48000/12498/1/Procesos-y-FundamentosDeLainvestiacionCientifica.pdf>

OMS. (17-21 de Noviembre de 1986). *GARTA DE OTTAWA PARA LA PROMOCION DE LA SALUD*. Obtenido de <https://www.paho.org/hq/dmdocuments/2013/Carta-de-ottawa-para-la-apromocion-de-la-salud-1986-SP.pdf>

OMS. (2006). *Calidad de Vida*.

ONUSIDA. (2019). *unaid.org*. Obtenido de <https://www.unaids.org/es>

P., T. (1982). methodological and theoretical problems. *J Health Social Behav*, 145-59.

Palacio, O. A. (2012). *Universidad De La Sabana* . Obtenido de <https://intellectum.unisabana.edu.co/handle/10818/4531>

Remor, E. (2002). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Originales* , 143- 149.

Rivere, A. (1972). Siglo Cero. *Dialnet Plus*. Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/revista?codigo=1348>

Salud, O. M. (2002).

Semanal, B. E. (20-26 de Noviembre de 2022). *Boletín Epidemiológico Semanal*. Obtenido de Comportamiento de la notificación de VIH/sida, período epidemiológico XI: https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2022_Bolet%C3%ADn_epidemiologico_semana_47.pdf

- Sen, A. (2000). *Desarrollo y Libertad*. Barcelona España: Planeta.
- Soto M, F. I. (2004). La calidad de vida relacionada con la salud como medida de resultados en pacientes con cardiopatía isquémica. *Revista de la Sociedad Española del Dolor*, 505-514.
- Tavera, M. (Diciembre de 2010). Calidad de vida relacionada a la salud en pacientes con VIH. *Revista Peruana de Epidemiología*, vol.14, 170-176. Obtenido de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=203119676002>
- Verdugo Alonso, M. Á. (2013). DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN: MANUAL PARA LA DOCENCIA. En M. Á. Verdugo Alonso, *DISCAPACIDAD E INCLUSIÓN: MANUAL PARA LA DOCENCIA* (págs. pág 443-461). Salamanca: Amarú Ediciones.
- Verdugo Alonso, M. A., Gómez Sanchez, L. E., & Arias , M. B. (Abril de 2009). *Usal.es*. Obtenido de Evaluación de la calidad de vida en personas mayores La Escala FUMAT: http://sid.usal.es/idocs/F8/FDO23248/herramientas_4.pdf
- Verdugo, M. A., & Schalock, R. L. (2007). El concepto de calidad de vida en los servicios y apoyos para personas con discapacidad intelectual. *Siglo Cero, Revista española sobre discapacidad intelectual*, 38(224), 21-36.
- Verdugo, M. A., Schalock, R. L., Arias, B., Gómez, L. E., & de Urries, B. J. (2013). Calidad de vida cap.19. En M. A. Verdugo, & R. L. Schalock, *Discapacidad e inclusión* (págs. 443-461). Salamanca: Amarú. Obtenido de https://www.researchgate.net/profile/Miguel-Verdugo/publication/283211086_Calidad_de_Vida/links/562e0c4a08aef25a24432ec3/Calidad-de-Vida.pdf
- vida, G. d. (1996). La gente y la salud. ¿Qué calidad de. *Revista Internacional Desarrollo Sanitario.*, 17 (4).
- Zambrano, E. J. (2022). Obtenido de <file:///E:/Downloads/TESIS%201837%20ZAMBRANO%20JAVIER.pdf>

Anexos:

Anexo del Formato de Entrevista

1. Ficha de identificación:

Los datos básicos de una ficha de identificación son importantes a la hora de realizar un abordaje psicosocial ya que estos datos recolectados se convierten en indispensables a la hora de realizar la entrevista, de acuerdo con ello nos permite tener más conocimiento sobre la persona entrevistada y además nos ayuda a reconocer algunos factores que son determinantes para la persona. Sean buenos o no.

1. Nombre:
2. Edad:
3. Sexo:
4. Barrio
5. Estrato
6. REGIMEN DE SALUD
7. Escolaridad
8. Estado civil
9. Ocupación

I Bienestar Físico

10 ¿En qué año fue diagnosticado con VIH/SIDA y desde entonces como se siente en su salud física?

11 ¿Qué cambios físicos ha presentado a partir del diagnóstico?

12 ¿Cómo parte de su cuidado en su salud física está actualmente realizando algún tipo de actividad física?

13 ¿Siente que su EPS cumple con todos los requerimientos que usted necesita, desde que fue diagnosticado?

14 ¿Cuenta con un manejo integral por un equipo interdisciplinario como parte de su diagnóstico?

15 ¿Usted lleva el tratamiento de acuerdo con la fórmula médica?

16 ¿Desde su diagnóstico, su plan de alimentación tuvo muchos cambios?

17 ¿Cuándo asistió con la nutricionista, cumple con las recomendaciones de llevar una dieta especial acorde a sus necesidades?

18 ¿Considera que los alimentos que consume son saludables y aportan a su bienestar físico?

- 19 ¿Desde su diagnóstico ha presentado alteraciones del sueño?
- 20 ¿Considera que la falta de sueño/descanso altera su bienestar físico?

II Bienestar Emocional

- 21 ¿Considera que desde el diagnóstico ha presentado cambios emocionales?
- 22 ¿Su diagnóstico, ha influido en cómo se siente consigo-mismo/a?
- 23 ¿Consideras que cuenta con el soporte emocional y afectivo para dar respuesta ante las distintas circunstancias que se presentan en el manejo de su diagnóstico?
- 24 ¿Cómo percibe su autoestima (amor propio) a partir de su diagnóstico?
- 25 ¿Desde el momento de su diagnóstico ha tenido pensamientos negativos hacia usted o hacia los demás?
- 26 ¿Después del diagnóstico, por favor nos describe sus niveles de estrés?
- 27 ¿Ha contado con las atenciones por psicología y Trabajo Social, frente al manejo de sus emociones?

III Relaciones Interpersonales

- 28 ¿Actualmente con quien vives y como es la convivencia con ellas?
- 29 ¿Cómo describe el apoyo de sus familiares desde que tienen conocimiento de su diagnóstico?
- 30 ¿A partir del diagnóstico, se han conservado los lazos de amistades y sociales en su vida?
- 31 ¿Después de su diagnóstico, se presentaron cambios, en su vida laboral?
- 32 ¿A partir del diagnóstico, como han sido sus relaciones de pareja?

IV Inclusión Social

- 33 ¿Crees que en el Municipio de Buga exista suficientes escenarios culturales donde puedes participar sin ningún tipo de barrera?
- 34 ¿Participa de alguna actividad recreativa y de qué tipo?
- 35 ¿Después de su diagnóstico ha estado vinculado algún curso o programa de educación?
- 36 ¿A partir de su diagnóstico, se ha vinculado algún grupo de apoyo religioso o espiritual?
- 37 ¿Hace parte de algún programa de integración, donde pueda contar con redes de apoyo?