

**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL VIH Y EL SIDA EN  
ADOLESCENTES Y JÓVENES UNIVERSITARIOS**

**MÓNICA GONZÁLEZ CEBALLOS**

**TERESA OSORIO MUÑOZ**

**ANA LUCIA VALENZUELA GALLEGO**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA**

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES**

**DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES**

**MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**SANTIAGO DE CALI, FEBRERO 2 DE 2017**

**REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL VIH Y EL SIDA DE  
ADOLESCENTES Y JÓVENES UNIVERSITARIOS**

**MÓNICA GONZÁLEZ CEBALLOS**

**TERESA OSORIO MUÑOZ**

**ANA LUCIA VALENZUELA GALLEGO**

**DIRECTORA DE TRABAJO DE  
GRADO: PAULA ANDREA HOYOS  
HERNÁNDEZ, MSc.**

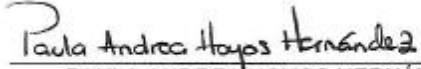
**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
DEPARTAMENTO DE CIENCIAS SOCIALES  
MAESTRÍA EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD  
SANTIAGO DE CALI, FEBRERO 2 DE 2017**

ARTICULO 23 de la Resolución No. 13 del 6 de Julio de 1946, del Reglamento de la Pontificia Universidad Javeriana.

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de Tesis. Sólo velará porque no se publique nada contrario al dogma y la moral católica y porque las Tesis no contengan ataques o polémicas puramente personales; antes bien, se vea en ellas el anhelo de buscar la Verdad y la Justicia”.

Nota de Aceptación

ACEPTADA

  
\_\_\_\_\_  
PAULA ANDREA HOYOS HERNÁNDEZ  
Director Trabajo de Grado

  
\_\_\_\_\_  
LINDA TERESA ORCASITA  
Jurado

  
\_\_\_\_\_  
DIEGO EMIRO CORREA SÁNCHEZ  
Jurado

Santiago de Cali, 2 febrero de 2018

## **Dedicatoria**

“La satisfacción radica en el esfuerzo, no en el logro. El esfuerzo total es una victoria completa”.

-Mahatma Gandhi.

Mónica

A mi esposo, hijo y familia, que con su amor y comprensión me sentí apoyada durante este tiempo, entendiendo, esos momentos de cansancio y espacios en que dejé de compartir con ellos, por culminar este proyecto. A mi empresa por haberme permitido contar con el espacio y poder cumplir con los compromisos académicos. A mis compañeras de tesis, porque de alguna manera, esta convivencia me ayudo a formarme como persona, enriqueciendo no solo en la parte académica, sino personal. A todos los que de alguna manera participaron del logro de esta etapa en mi vida, gracias.

Teresa

A mis hijos, Andrés y Juan, quienes son el motor en mi vida y mis más grandes amores. A ti madre, Raquel Muñoz quien es mi compañera, amiga y confidente, gracias por su amor, compañía y enseñanza de vida, por ser esta gran motivadora, en realizar la maestría, superando los grandes obstáculos, a mi esposo por ser mi compañero en este camino de vida y amor, te amo, Michi gracias por su apoyo incondicional, y finalmente a mi hermano por su bondad amorosa en los momentos difíciles, y a mi empresa por permitirme los espacios para asistir a la academia.

Ana Lucia

A mi hija Sofi, por su ilimitada paciencia, amor y apoyo genuino, a mi esposo Fabio, por su amor, soporte y ser mi polo a tierra, en este arduo proceso académico, a mis padres Nelly y Juan,

por su amor infinito y apoyo incondicional. Finalmente, a Dios, quien, es mi respaldo, mi luz y maestro, en la felicidad y en las adversidades, moldeándome y enseñándome, el valor de la resignificación.

## **Agradecimientos**

A ti Dios, que nos diste la fortaleza, humildad y valentía para desarrollar esta investigación que esperamos sea de gran beneficio para la comunidad.

A nuestras familias que nos apoyaron con amor, comprensión y aliento, en los momentos de flaqueza y stress.

Al Grupo CAPS por ser el motor e Inspiración, de esta investigación y que permitió que este trabajo se desarrollara, con todo el rigor metodológico, amor y conciencia del beneficio que puede brindar a la sociedad.

A los profesores de la Maestría de Psicología de la Salud, que, con el aporte de sus conocimientos y formación, se pudo enriquecer esta investigación, para que el resultado se pueda ver reflejado en un impacto en la sociedad.

A la Pontificia Universidad Javeriana, por la misión que tiene de formar personas Integras en valores y conocimiento científico, en pro de una humanidad respetuosa y digna.

Por último, infinitas gracias a Paula Andrea Hoyos Hernández, directora de éste trabajo, por su disposición, disponibilidad y confianza incondicional, hacia nosotras, se hizo posible que la presente tesis, tuviera los aportes que hemos plasmado y que nos ha llevado a culminar nuestra formación de manera satisfactoria.

## Tabla de Contenido

	Pág.
Resumen	
Introducción	1
Diseño de la investigación	45
Participantes	45
Criterios de inclusión	46
Criterios de exclusión	47
Muestreo	47
Categorías de análisis	47
Grupos de discusión	50
Tratamiento y análisis de la información	51
Validez	52
Consideraciones éticas	54
Procedimiento	56
Resultados	58
Discusión	85
Anexos	



## **Lista de Anexos**

Anexo 1. Protocolo grupo de discusión

Anexo 2. Consentimiento informado

Anexo 3. Formato de validación por evaluadores expertos

## **Lista de Tablas**

Tabla 1. Descripción teórica de las categorías	47
Tabla 2. Datos sociodemográficos participantes	57

## Resumen

**Objetivo:** Esta investigación pretendió comprender las representaciones sociales sobre el VIH y el SIDA desde la perspectiva de los adolescentes y jóvenes. **Método:** Se contó con la participación de 18 adolescentes y jóvenes de una universidad privada de la ciudad de Cali (9 mujeres y 9 hombres), en edades comprendidas entre 17 y 22 años. Estudio cualitativo fenomenológico, que recolectó los datos a través de grupos de discusión. Para el análisis de la información, se realizó transcripción de audios de acuerdo a los relatos de los participantes, incluyendo, lenguaje no verbal y paralingüístico, seguidamente, se procedió a ingresar los datos al programa Atlas Ti V7, versión 7.5.4 y se contó con el análisis temático de las categorías: opiniones y creencias, actitudes, y agentes de socialización. **Resultados:** Estos dan cuenta de las distintas percepciones que tienen los jóvenes y adolescentes en relación al VIH y SIDA. El estudio evidenció que algunos participantes, presentan conocimientos básicos sobre la enfermedad, pero, existen dudas sobre las formas de transmisión y las diferencias conceptuales, entre el VIH y SIDA, este último, lo relacionaron más con la etapa terminal de la enfermedad, ligado, a cambios físicos asociados al deterioro. Además, aún existe la creencia, entre contraer el VIH y pertenecer a grupos etiquetados en riesgo, lo cual, manifiesta baja percepción de riesgo en los participantes. Respecto a las actitudes, se evidencia en los participantes, conductas de distanciamiento, al estar en contacto con personas que conviven con la enfermedad, consideran necesario, informarse más en el tema, para saber cómo pueden contribuir al bienestar de la persona con VIH, sin embargo, fueron claro las creencias y la práctica por parte de ellos de comportamientos de discriminación y estigma hacia la población con el diagnóstico. En cuanto a los hallazgos relacionados con agentes de socialización, sienten la necesidad de ampliar sus conocimientos, rescatan que la educación sexual, debe darse desde la infancia con un rol activo

de los padres, madres y cuidadores, sin embargo, expresan que esto no se hace y que estos temas son tratados en la adolescencia con un enfoque más hacia el placer y la evitación del embarazo. Algunos han recibido información en el colegio, universidad y con sus pares, se destaca, además, el rol de las redes sociales como una fuente de apoyo en búsqueda de información, no obstante, no hubo claridad sobre las páginas utilizadas para tal fin.

**Conclusiones:** Se destaca la necesidad del empoderamiento de la familia, como principal agente primario de socialización en temas relacionados con la educación sexual de los jóvenes y adolescentes, además, se resalta la urgencia de fortalecer el respeto por la diversidad cultural de género y condición social, el reconocimiento de todas las personas como sujetos de derechos humanos y el reforzamiento de la inclusión y no estigmatización de las personas con VIH. Se requiere un trabajo mancomunado a nivel social, para la deconstrucción de creencias erróneas hacia el VIH y el SIDA.

**Palabras clave:** VIH, SIDA, conocimientos, creencias, actitudes, agentes de socialización, sexualidad.

## Introducción

En la actualidad, el Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) se considera como una enfermedad de interés a nivel mundial, por esta razón, la Organización Mundial de la Salud (OMS) y el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2016) han aunado esfuerzos con el propósito de día tras día disminuir de manera significativa la transmisión de la enfermedad. Para tal fin, han generado estrategias y políticas en salud pública que involucran a todos los países del mundo y especialmente, a aquellos de escasos recursos económicos, se evidencia que la enfermedad VIH/SIDA ha traspasado fronteras, encontrándose en un gran número de países como lo evidencia la *World Health Organization* (WHO, 2017), quien establece que existen cerca de 36.7 millones de personas en todo el mundo con la enfermedad, de los cuales, 2.1 millones adquirieron el virus en el año del 2016, consecuentemente, 1.1 millones de personas fallecieron a causa de enfermedades asociadas al VIH y el 18% de la población diagnosticada está entre las edades de 15 a 49 años.

En América Latina, hay 3.4 millones de personas que viven con la enfermedad, siendo este un indicador relevante para continuar en la articulación de esfuerzos que permitan su control. Entendiendo lo anterior y teniendo en cuenta que es una enfermedad de interés mundial, se considera relevante comprender que el virus de inmunodeficiencia humana, mejor conocido como virus RNA retrovirus (VIH), causa el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), el cual, produce un deterioro inmunológico progresivo que puede desencadenar otras enfermedades, un aspecto importante a tener en cuenta, es la capacidad del genoma del VIH para integrarse en el DNA del ser humano y ser copiado por la acción de la enzima transcriptasa inversa, lo cual origina, una infección persistente (Rodríguez, 2003).

En Colombia, de acuerdo a la ONUSIDA (2015) y WHO (2015), se estima que existen 150.000 personas con VIH/SIDA, con una prevalencia del 0.5% en la población de 15 a 49 años de edad, así mismo, se reportaron 2.300 personas que fallecieron a causa del SIDA. De igual forma, el Ministerio de Salud y Protección Social en el boletín Análisis de Situación de Salud (ASIS Colombia, 2015) registró datos del SIVIGILA desde el año de 1985 hasta el 31 de diciembre de 2013, con un número de pacientes de 92.379, sin embargo, el Ministerio de Salud y Protección Social y el Ministerio de Hacienda y Crédito de Colombia, reportaron en la Cuenta de Alto Costo (2015), 61.174 personas diagnosticadas con VIH, las cuales, se encuentran en un programa, bien sea en el régimen contributivo o subsidiado. Por último, de acuerdo al sexo de la población con VIH/SIDA, 44.556 (72.83%) son hombres y 16.618 (16.68%) corresponden a mujeres.

Cabe resaltar, que en el informe del Fondo de Enfermedades cuenta de alto costo para Colombia (2015), también se presenta la prevalencia por etnia del VIH/SIDA, donde se hace énfasis en la población de Palanquero de San Basilio, con un 6.03% de personas que conviven con la enfermedad, presentando una proporción del 8.4% en mujeres y un 5.2% para los hombres. En la población afrodescendiente, el 1.42% presentaron la enfermedad, con mayor distribución en las mujeres (2.0%), en relación a los hombres (1.2%). En los indígenas, la proporción de población con VIH/SIDA, es de 0.73%, en contraste, los datos suministrados por el Departamento Administrativo Nacional de Estadística [DANE, 2017], reportaron en el Censo del 2005, para esta etnia, una prevalencia de 0,02%. En la población raizal del archipiélago de San Andrés y Providencia es 0.07%, de los cuales, 20 casos son mujeres en régimen subsidiado y 18 casos en hombres. Por otro lado, en la etnia gitana, el 0.01% de la población reportó VIH/SIDA, de los cuales, cuatro casos son en hombres y dos casos en mujeres del régimen

contributivo.

Respecto a la población adolescente y joven con VIH/SIDA, las cifras a nivel mundial muestran que están en aumento, es el caso del reporte del Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2016), el cual plantea que 4.5 millones de personas conviven con la enfermedad y las edades están comprendidas desde los 10 a 24 años, además, el 34% de las nuevas infecciones a nivel mundial son generadas por los adolescentes y jóvenes de 15 a 24 años.

En América Latina, según el informe de (ONUSIDA 2017) se presentaron 97.000 nuevos casos los cuales corresponden al año 2016, este mismo informe, reporta que Colombia es el tercer país latinoamericano con este tipo de población. Adicionalmente, en las estadísticas entre los años 2010 a 2014, se encuentran registrados 15.087 casos de adolescentes y jóvenes que conviven con el VIH/SIDA, de acuerdo al sexo, se estima que el 26% son mujeres y el 74% son hombres, entre ellos, el 30% se encuentran en fase SIDA, y, por último, se registraron 1051 muertes en el año 2014 de jóvenes en edades comprendidas entre 12 a 28 años (UNFPA, 2016).

De acuerdo al Instituto Nacional de Salud en Colombia (INS, 2016), en la semana epidemiológica 52 de 2016 se notificaron al SIVIGILA 259 casos de VIH/SIDA. Por el contrario, en la misma semana del 2015 se notificaron 160 casos. A la fecha han ingresado al SIVIGILA 13 005 casos confirmados por laboratorio y en el Valle del Cauca se reportaron 1143 casos. Se precisa que existe una concordancia en las cifras registradas por el INS y la cuenta de alto costo, ratificando que el Valle del Cauca es el tercer departamento a nivel nacional con más números de personas que conviven con VIH/SIDA. De igual modo, en el boletín No 44 del año (2016) del SIVIGILA se ha reportado, entre el año 1985 al 2016 en la ciudad de Cali, un comportamiento ascendente en la tasa de incidencia y mortalidad para VIH/SIDA hasta el año

2003, respectivamente así: 0,1 - 0,0, versus 48,3 – 13,0. Posterior al año 2003, se presenta un descenso en las cifras hasta el 2016, en donde se registra una tasa de incidencia del VIH/SIDA de 31,4 y una tasa de mortalidad de 7,1 por cada 100,000 habitantes.

El informe previo, también notificó al SIVIGILA, la tasa de casos VIH/SIDA por grupo de edad y sexo en la ciudad de Cali para el año 2016. En este mismo año se aprecian resultados importantes, en donde se destaca, en el grupo de edad entre 25-29 años, con la tasa más alta (86,6) de casos de VIH/SIDA, consecutivamente, el grupo de edad entre 20-24 años (75,4) y en tercer lugar se encuentra el grupo de 30-34 años, con una tasa de 58,0 casos por cada 100,000 habitantes. En este mismo informe, la población adolescente de 15 a 19 años ocupa el octavo lugar, registrando una tasa de 26,4 por cada 100,000 habitantes.

De igual modo, se reporta que los hombres presentan una tasa más alta de casos registrados, en comparación con las mujeres. En el grupo de 20 a 29 años, se observa, que la tasa de los hombres es 6,8 veces la tasa de las mujeres, seguidamente, en el grupo de 30 a 34 años, la tasa desciende a 3,4. Finalmente, en los adolescentes de 15 a 19 años, la tasa disminuye a 1,7, es decir que, la diferencia entre los casos registrados por cada 100,000 habitantes en ambos sexos es similar. Por otra parte, el barrio que más casos reportó en el 2016, es Terrón colorado (16 casos), seguidamente Mariano Ramos (12 casos), Antonio Nariño (11 casos) y Valle Grande (1 caso) (Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 2016).

De acuerdo a los datos reportados en la semana epidemiológica 45 del año 2016, en la población con diagnóstico de VIH/SIDA en Cali, se registraron el mayor número de casos en condición cesante o desempleado (88), seguidamente, estudiantes (40) y amas de casa (20). Finalmente, más de la mitad (61,5%) del total de la población con VIH/SIDA de Cali, pertenece al régimen contributivo, el 32,6% están afiliados al régimen subsidiado, el porcentaje restante,



corresponde a población afiliada a régimen especial, de excepción y sin afiliación, este último destacándose por representar el 3,3% del total (24 casos) (Secretaría de Salud Pública Municipal de Cali, 2016).

A su vez, las características sociodemográficas permiten tener una mejor visión sobre las particularidades de la población con VIH/SIDA, debido a que esta enfermedad, podría afectar a cualquier persona que tenga una exposición a fluidos como la sangre y el semen, sin importar su sexo, género, momento del ciclo vital y posición social. De la misma manera, los estudios han hallado comportamientos similares en relación a que, la mayor población de pacientes con VIH/SIDA, son solteros, con educación básica, bajos ingresos económicos, sumado, al amplio rango de edad para adquirir el virus (Eyasu et al., 2016; Letta, Demissie, Oljira, Dessie, 2015; Meléndez, Rodríguez, Vélez, 2015; Pacífico y Gutiérrez, 2015; Pérez, Soler, Hung y Rondón, 2016; Revuela, Semir, Pérez, y Selgas, 2012; Varela y Hoyos 2015; Zaballos y Peñaranda, 2015).

En otro orden de ideas, las características previamente mencionadas, ponen de relieve algunas similitudes en la población que viven con la enfermedad, sin embargo, conocer ciertos imaginarios que las sociedades y, especial los adolescentes mayores de edad han tejido alrededor de ella, también es materia de estudio en la presente tesis, por lo cual, profundizar en las representaciones sociales que históricamente se le ha atribuido al VIH y al SIDA es significativo. Para esto, es necesario comprender que las representaciones sociales fueron definidas inicialmente por Moscovici, como un conocimiento construido socialmente, logrando de esta forma, la comunicación entre los miembros de una comunidad sin tergiversación, la cual establece códigos (conscientes, inconscientes, imágenes, figuras, lenguaje verbal y no verbal, entre otros) que señalan y clasifican el saber y el sentido común de todos los aspectos culturales

(Jofré, Marín y Yuli, 2005).

De tal forma, las representaciones sociales hacia el VIH y el SIDA, permiten evocar cómo esta condición de salud, se ha asociado con poblaciones calificadas como marginales, discriminadas y en riesgo de adquirir la enfermedad, como son los homosexuales, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), trabajadoras sexuales, personas consumidoras de sustancias psicoactivas, personas que se inyectan drogas y cómo a su vez, las personas que adquirirían el virus, se relacionaron con tener prácticas sexuales inmorales, ligado con actos pecaminosos y en consecuencia, asociado con cuerpos contaminados o sucios. Lo anterior, marca el inicio del estigma social de la población con VIH y SIDA, la cual se ha caracterizado por cohabitar con una huella social de culpabilidad, aislamiento, inequidad e injusticia (Antunes, Vizeu, Bousfield, 2014; Chacón, Barrantes, Achí, Comerfold y MacCoy, 2014; Earnshaw, Jin, Wickersham, Kamarulzaman, John y Altice, 2014; Fleury, Alves, Galinkin, 2010; Labra y Lacasse, 2015; Revuela, Semir, Pérez y Selgas, 2012; Sánchez, Terrón y Lozano, 2016).

Si bien es cierto, las primeras investigaciones evidenciaron que las poblaciones más afectadas por el VIH eran los homosexuales y trabajadores sexuales, es claro también, que este comportamiento epidemiológico ha cambiado drásticamente en los últimos años y que la población adolescente y joven presenta un riesgo alto. Lo anterior, permite comprender, la distinción cultural atribuida a esta población que en particular debe ser motivo de estudio y análisis, puesto que puede afectar a cualquier ser humano, es decir, la construcción sociocultural hacia el VIH y el SIDA, a la luz de la evidencia epidemiológica, puede ser obsoleta, e indica la falta de conocimiento sobre las formas de transmisión, incrementando los prejuicios negativos y descalificantes hacia las personas afectadas por el virus y peor aún, hacer creer a quienes suponen no estar en los llamados grupos de riesgo, ser un blanco de inmunidad hacia el virus

(Fleury et al., 2010; Labra y Lacasse, 2015).

Un estudio de revisiones sistemáticas realizadas desde 2009 hasta el 2013, en jóvenes y adolescentes desarrollado por Guerrero y Ramos (2015) en la Universidad de Sevilla España, y la investigación que implementó Labra y Lacasse (2015) realizada con estudiantes en la Universidad de Québec Canadá, con metodología cualitativa, relacionaron al VIH y al SIDA como una enfermedad que genera estrés, muerte física y moral. Adicionalmente, asociaron a la población homosexual y a las personas que frecuentan el uso de drogas inyectables como vulnerables, sin embargo, Guerrero y Ramos (2015) también adicionaron como grupo de riesgo para contraer el virus a los profesionales de la salud de áreas asistenciales.

A partir de las investigaciones citadas en los párrafos anteriores, se puede concluir que la población de adolescentes de los estudios descritos, están de acuerdo que hoy en día la población en riesgo para adquirir el VIH se ha extendido, es decir, existe la consciencia sobre la manera de adquirir la enfermedad y que todas las personas pueden ser vulnerables a la transmisión, sin embargo, es arraigado el prejuicio acerca del riesgo de contraer VIH por prácticas sexuales inmorales, considerando la influencia de ciertas creencias religiosas.

En contraparte y, a pesar de los prejuicios en el tema, paralelamente se percibió un concepto humanizado hacia las personas con VIH y SIDA, en el sentido de afirmar que merecen ser tratados con respeto y dignidad y los califican como personas resilientes, luchadoras, valientes por afrontar su condición, sumado a considerar que pueden vivir muchos años con calidad de vida (Guerrero y Ramos, 2015; Labra y Lacasse, 2015). De esta manera, se valora al ser humano como una persona con habilidades para afrontar las situaciones comunes que se dan en una sociedad.

Sumando a lo anterior, el estudio de Labra y Lacasse (2015) describió la percepción de la

conducta sexual de riesgo en los universitarios, encontrando que, mientras los hombres coinciden que el uso del condón es un elemento de prevención, las mujeres orientan más la prevención hacia la fidelidad y confianza en la pareja, adicional a la abstinencia. Lo anterior, merece contrastar con estudios de orden cualitativo realizado a mujeres migrantes mayas de Yucatán entre 20 a 58 años, las cuales no logran percibir el riesgo individual de transmisión del VIH, suponen que las personas que pueden contraer la enfermedad están lejos de su comunidad y corresponden a “las prostitutas” o “mujeres de calle y promiscuas” y en consecuencia, se auto perciben como mujeres fieles, con relaciones de pareja establecidas bajo la monogamia y la confianza, por lo cual creen blindarse de la enfermedad. Lo anterior, invita a una vasta reflexión sobre cómo esas representaciones sociales, aumentan la vulnerabilidad social y de género para la adquisición del VIH y el SIDA (Quintal y Vera, 2014).

Paradójicamente, un estudio cuantitativo descriptivo realizado en Costa Rica a 159 personas mayores de edad (68,6% con edad entre 18 a 30 años) y consideradas en situación de riesgo por ser consumidoras de sustancias psicoactivas (SPA), también reportaron no sentirse vulnerables frente al riesgo de adquirir la enfermedad por la confianza que depositan en su pareja, es decir, aunque este estudio no diferenció esta apreciación por género, si llama la atención la percepción que tuvieron los participantes, de no creer que pueden contraer el VIH con prácticas sexuales de riesgo, como lo es no usar el condón. Sumado a lo anterior, el 24.7% de la muestra no creen que puedan contraer el VIH y el 16% imaginan no transmitir el virus a su pareja. Estos datos dan cuenta de la magnitud de la percepción y la representación social frente al riesgo de contraer la enfermedad y más si se tiene en cuenta que, tan solo el 24,6% de los encuestados manifestaron usar el condón en sus relaciones sexuales vaginales, sumado a que, del total, el 27% afirmó tener relaciones sexuales con parejas casuales en los últimos 30 días

(Chacón et al., 2014).

Es importante retomar, el estudio de Quintal y Vera (2014), el cual expone datos interesantes que refuerzan la vulnerabilidad de las mujeres, particularmente, las mujeres mayas que participaron en el estudio, quienes manifestaron que sí han escuchado sobre el VIH y SIDA, y reconocen el uso del preservativo como una medida de protección. Sin embargo, algunas refieren no saber usarlo y tienen la presunción que, si exigen su uso a la pareja, puede ser visto como un signo de desconfianza, a sabiendas que muchas de ellas, admiten que sus esposos están en riesgo de contraer el virus porque son migrantes y trabajan en zonas alejadas, es decir, ellas en cierta forma se sienten supeditadas a sus parejas y refieren estar bajo la decisión de ellos. Lo anterior, reafirma el rol hegemónico de los hombres, el cual determina que los mismos sean duros, agresivos, dominantes sexualmente, asumiendo el riesgo de tener diferentes parejas sexuales, sin dejar de mencionar como agravante, el consumo de SPA, y el negarse a recibir atención médica. Por el contrario, desde el punto de vista de vulnerabilidad biológica las mujeres son de dos a cuatro veces más vulnerables a contraer el VIH porque la carga viral es mayor en el semen que en los fluidos vaginales.

Lo anterior, permite retomar el entorno social de la población migratoria, en donde se identifican diferentes dimensiones como: el género, el nivel educativo, la etnia, la organización social y de valores, el acceso a los servicios de salud, entre otros, los cuales pueden exacerbar actitudes de sumisión y dependencia hacia su pareja, siendo estos determinantes de gran relevancia para incrementar el riesgo de adquirir ITS como el VIH/SIDA. Sumado a lo planteado, las situaciones sociales como pobreza, marginación, consumo de SPA, trabajo sexual, tener parejas con prácticas sexuales de riesgo o ser pareja serodiscordante y el abuso sexual, incrementan la vulnerabilidad (Quintal y Vera, 2014).

Así mismo, el estudio realizado por O'Brien y Broom (2013), presentó los resultados de entrevistas cualitativas aplicadas a 60 personas mayores de edad de una comunidad económicamente pobre de Harare, Zimbabue, cuyo objetivo fue presentar el panorama cultural del VIH en esta zona, en el año 2010. Uno de los resultados obtenidos, se generó entre las representaciones culturales y la comprensión hacia el VIH, en este sentido, asociaron a las personas con la enfermedad y con pérdida de peso como “hortalizas secas”. Además, refirieron las personas, que quienes tienen VIH tenían el color de los labios rojos, las relacionaban como “si se hubieran comido un hígado”. Otra situación discursiva que determinó el significado del VIH en esta comunidad, fue la acusación de que el VIH, se adquiría a través de la prostitución y promiscuidad, información que ha quedado en la mente de las personas de Harare.

De igual forma, esta población indígena, identificó desventajas importantes en los derechos sociales, económicas y políticas, lo anterior, debido a que los hombres eran obligados a trabajar en minas distantes de sus hogares, dejando a sus mujeres al cuidado del resto de la familia con la responsabilidad del trabajo agrícola a pequeña escala como sustento. Esta situación generaba que las personas buscaran otros compañeros para la intimidad y como apoyo del sustento económico de manera transitorio o permanente (O'Brien y Broom, 2013).

Sumado a lo anterior, en el aspecto político, aunque las leyes se derogan, las actitudes permanecían en el interior de las personas, por lo tanto, las desigualdades continuaban. Adicionalmente, los efectos acumulativos de las actividades del gobierno y de la sociedad civil, lograron que las conversaciones entre los ciudadanos, en relación al VIH, fueran más frecuentes, por ejemplo, es el caso de la aceptación del condón, donde esta forma de transformación cultural ha permitido la disminución de la incidencia del VIH al 0,96 % y en la prevalencia del VIH al 13,6 % (O'Brien y Broom, 2013).

Dentro de las conclusiones de esta investigación, se plantea la importancia del rol de las creencias y las prácticas culturales en el significado que las personas le atribuyen al VIH, en el sentido que se puede modificar la representación de las experiencias de las personas que viven con esta enfermedad, por lo tanto, se identifica la necesidad de involucrar al hombre en el proceso de conocimiento de la enfermedad, la prevención y el tratamiento. Aunque la llegada de la terapia antirretroviral y la educación, permitió en algunos hombres el cambio de conducta sexual segura, logrando igualmente cambios en la comunidad en cuanto a las creencias y actitudes de las personas con o sin VIH (O'Brien y Broom, 2013).

Por otro lado, un estudio mixto descriptivo de cohorte transversal realizado por Antunes et al. (2014), con 300 adolescentes de la ciudad de Florianópolis, Brasil que asistían a escuelas públicas y privadas, con edades comprendidas entre 15 a 19 años, evidenció datos interesantes sobre los estereotipos presentes hacia el SIDA y las personas que conviven con VIH. Es así como, un poco más de la mitad de los adolescentes (57,3%) consideraron no sentirse bien informados respecto a la enfermedad, reconocieron a la escuela como la principal fuente de comunicación sobre la transmisión y la prevención del virus, sin embargo, se resalta que los estudiantes de escuelas privadas obtuvieron puntuación más alta en conocimientos, comparados con los estudiantes de escuelas públicas, esta diferencia fue estadísticamente significativa.

Sumado a lo anterior, los adolescentes evocaron varias palabras que les recordaban las representaciones negativas generadas hacia las personas que viven con VIH y SIDA, en general, las expresiones más frecuentes fueron: enfermedad, delgadez, debilidad, peligro, tratamiento, sufrimiento, tristeza, falta de cuidado, trastornos psicológicos, arrepentimiento, vergüenza, exclusión e irresponsabilidad, esta última representación, también concuerda con lo reportado en el estudio de Labra y Lacase (2015) y Fleury et al. (2010), donde los adolescentes y jóvenes

consideran que la adquisición del virus, es una consecuencia de los comportamientos irresponsables, como por ejemplo, no usar preservativo en las relaciones sexuales, situación que en los tres estudios representa la culpabilidad de la persona que contrae el VIH y SIDA. Aun así, y pese a los prejuicios que se les asignan a las personas con esta enfermedad, este estudio también evidenció que los adolescentes consideran el tratamiento como necesario para el control y la supervivencia de esta población.

Los resultados de los estudios descritos en el apartado anterior, destacan que la percepción frente a las personas que presentan la enfermedad se traduce en significados negativos, aspecto no ajeno a las personas que conviven con el VIH y SIDA, precisamente, el estigma social puede influir enormemente en la forma en cómo las personas que son diagnosticadas asumen su proceso de enfermedad. Una muestra de ellos, es el estudio realizado en Medellín Colombia por Bran, Palacios, Posada y Bermúdez (2016), con metodología cualitativa, en el cual, entrevistaron a 13 personas con VIH, revelando que la construcción sociocultural en torno a la enfermedad, predispone a las personas recién diagnosticadas a percibir su nueva condición de salud como una sentencia a la muerte y un estado de continua vergüenza social. Lo anterior, puede convertirse en obstáculo para asistir oportuna y continuamente a los servicios de salud y en consecuencia el impacto en la adherencia al tratamiento, sumado, a la carga emocional que genera en las personas convivir con la enfermedad que, en varios casos ocultan el diagnóstico a familiares y allegados por el posible rechazo social secundario a su condición (Arrivillaga, 2010; Bran et al., 2016).

Retomando la discriminación social que los adolescentes presentan hacia las personas con VIH y SIDA, respecto a la distancia social, el estudio de Antunes et al. (2014) publicó que los estudiantes percibieron una aceptación condicionada hacia las personas con VIH y SIDA,



siempre y cuando dicha distancia sea mayor, es decir, actividades como estudiar, compartir un refrigerio o tener algún contacto físico alejado, las relacionaron con buena aceptación, no obstante, situaciones como iniciar una relación, compartir menaje y tener relaciones sexuales, claramente mostraron resistencia y distancia social.

Reforzando lo anterior, un estudio realizado por la Fundación Huésped y UNICEF (2011) a 1100 estudiante adolescentes de 14 a 19 años en Argentina, también describió actitudes discriminatorias hacia la población con VIH, la encuesta realizada, determinó que 4 de cada 10 adolescentes presentan un nivel alto de discriminación, el cual se enmarco en actitudes como no querer compartir alimentos o menaje con personas que vivan con la enfermedad, no adquirir alimentos elaborados por personas con VIH, mantener en secreto si algún familiar presenta la enfermedad, sin embargo, la actitud discriminatoria hacia prohibir la enseñanza de algún docente con la enfermedad fue menor. Por último, el estudio resalta que el nivel de discriminación aumentó en la medida que el nivel socioeconómico de los participantes era más bajo, así mismo con el rango de edad, es decir, a menor edad, más probabilidad de discriminación.

Cabe resaltar que el estudio de Guerrero y Ramos (2015) también coincide sobre los preconceptos errados de los adolescentes, los cuales, consideran que compartir elementos como vasos, platos y cubiertos sería un factor de riesgo para adquirir el virus. Reforzando lo anterior, Quintanil y Vera (2014) documentan la carencia de conocimientos que acentúan las creencias erróneas sobre las formas de transmisión del VIH, por ejemplo, las mujeres mayas migrantes de Yucatán, creen que se puede transmitir por la picadura de un zancudo, por besar, abrazar o compartir menaje de consumo de alimentos. Así mismo, la población consumidora de SPA que participó en el estudio de Chacón et al. (2014), manifestaron que el virus se puede transmitir al consumir alimentos preparados por un cocinero con VIH o utilizar baños (61% y 44,7%

respectivamente).

Otro estudio descriptivo exploratorio publicado por Fleury et al. (2010), desarrollado en Brasil, describió las opiniones de 503 universitarios hacia las personas con dicha condición, algo relevante fue el rango de edad de los participantes, el cual estuvo entre los 17 a 44 años. Dentro de los resultados se manifiestan prejuicios y actitudes discriminatorias, que puede conllevar a la violación de derechos hacia la población con VIH, por ejemplo, el 15% manifestaron estar de acuerdo, en que los niños con VIH no deben ir a la escuela, sin embargo, llama la atención, del total de los encuestados que estuvieron de acuerdo con este postulado, tan solo el 5% cursaban carreras de la salud, los restantes, corresponden a estudiantes de carreras de humanidades y ciencias exactas, en contraste, más de la mitad (67,8%) estuvo de acuerdo en que las personas con VIH no deben renunciar a sus labores de trabajo, ni ser despedidos por sus empleadores.

Por otro lado, el estudio referido previamente, reveló que el 30% consideran que las mujeres con VIH deben desistir de la maternidad, en general, afirman que los estudiantes de la salud presentaron menos prejuicios hacia la población con VIH y SIDA, seguido de los estudiantes de humanidades, lo anterior, se deduce por los conocimientos adquiridos en su formación académica hacia la enfermedad, pero paradójicamente, en el cuestionario sobre la maternidad en mujeres con VIH, no hubo diferencia en las respuesta de las tres disciplinas, lo anterior, refleja que pese a los conocimientos adquiridos en los estudiantes de la salud hay desconocimiento y prejuicios sobre los protocolos usados en la actualidad para evitar la transmisión del VIH de madre a hijo (Fleury et al., 2010).

Complementando lo anterior, en países como Malasia, es generalizado el estigma de descrédito social hacia las personas que viven con VIH y SIDA y hacia las personas que catalogan con mayor riesgo y acorde a las estadísticas, son los casos mayormente reportados de

transmisión del virus (personas que se inyectan drogas, hombres que tiene prácticas sexuales con hombres) (Earnshaw et al., 2014).

Earnshaw et al., en el 2014, desarrollaron un estudio exploratorio donde realizaron una encuesta virtual a 1165 estudiantes de carreras de la salud (medicina, 42,2%; odontología, 57,2 y enfermería, 0,6%), pertenecientes a 7 universidades de Malasia. El promedio de edad fue de 22,4 años y el 68% eran mujeres. El objetivo fue explorar la asociación entre el estigma hacia las personas que viven con VIH y SIDA, las personas con VIH que usan drogas inyectables, los HSH y la intención de discriminación, para ello, utilizaron la escala validada multidimensional del estigma del VIH realizada por Stein y Li en el 2007.

Los resultados indicaron, que los estudiantes que reportaron mayor estigma hacia la enfermedad, como, por ejemplo: actitudes de vergüenza con respecto al tratamiento de las personas con VIH/SIDA, temor hacia la enfermedad y mayor desacuerdo sobre el buen cuidado que merecen las personas con VIH y SIDA, tienen las mayores intenciones de discriminación hacia esta población. Adicionalmente, las mujeres, los estudiantes de odontología y los universitarios con menos años de formación, tuvieron las mayores intenciones de discriminación hacia las personas con VIH y SIDA. Aunque los autores del estudio reconocen limitaciones en la aplicación de la escala validada, invitan a reflexionar sobre cómo la discriminación, el estigma social percibido por las personas con VIH y SIDA, puede ser un factor determinante para no sentir confianza con el profesional que los atiende, presentar barreras en el acceso al sistema de salud y, en consecuencia, aumentar el riesgo de no adherirse al tratamiento, para el control de la enfermedad (Chacón, Barrantes, Achí, Comerfold y MacCoy, 2014; Earnshaw et al., 2012). Lo anterior, refuerza las conclusiones de las investigaciones realizadas por Arrivillaga (2010) y Bran et al. (2016).

Partiendo de los planteamientos de Chacón et al. (2014) y Earnshaw et al. (2014), se considera relevante reflexionar, sobre cómo el estigma construido socialmente, en este caso, hacia el VIH y SIDA, puede permear a los jóvenes que se forman en áreas de la salud y, sin desconocer que es un contexto históricamente arraigado, se hace necesario, evaluar no solo el rol de la educación, sino involucrar los diferentes actores gubernamentales de un país, que aportan en la transformación de dichos estigmas, lo cual, se espera contribuya reducir sustancialmente, las actitudes discriminatorias hacia las personas que conviven con la enfermedad. Lo anterior, exige que dentro de la formación académica, los estudiantes, reciban todo el conocimiento necesario para comprender la dinámica de la enfermedad y por ende, convertirse en promotores, no sólo de prácticas encaminadas a la educación en autocuidado y prevención de las ITS, sino también, velar por un trato humanizado y con equidad hacia todas las personas, independientemente de su condición de salud.

En este orden de ideas, es importante reflexionar sobre el origen de las representaciones sociales entorno al VIH y al SIDA, las cuales están determinadas por el tipo de comunidad o grupo social al cual pertenece el joven y la caracterización que conlleva el hacer parte de determinado grupo. Lo anterior, llevó al surgimiento de subpoblaciones, nombradas como “grupos de riesgos”. Esta definición condujo al surgimiento del estigma y la discriminación social que finalmente presenta un arraigo cultural que se transmite generacionalmente y el cual, se encuentra marcado por la moralidad, valorando de esta forma, a las personas que presentan la enfermedad como “externas a las comunidades y sociedades”. Es así como un estudio mexicano con metodología cualitativa, realizado a estudiantes hablantes de lenguas indígenas, quienes efectuaron una transición cultural para poder cursar estudios de preparatoria y universitarios, estimaron sentirse seguros de la trasmisión del VIH en sus comunidades, nuevamente, creen que

las personas que presentan el virus, son los “grupos de riesgo”, etiquetando a los homosexuales, los trabajadores sexuales y consumidores de SPA (Reartes, 2011).

Adicionalmente, los participantes de la investigación previamente mencionada, manifestaron que al establecer relaciones con personas conocidas de su comunidad, se sienten confiados y protegidos frente a la transmisión del virus y cualquier otra ITS, visualizaron más el riesgo en relación a un embarazo, no obstante, los jóvenes que trasladaron su vivienda a la ciudad, sí se sintieron más vulnerables frente a la transmisión del VIH y, este riesgo fue proporcionalmente a la distancia de la ciudad en relación con la comunidad a la que pertenecen, es decir, si la ciudad a donde vivían, estaba más cerca de su comunidad, su percepción de riesgo disminuyó. En conclusión, el riesgo se distinguió en el otro y no se auto percibieron en amenaza por no usar métodos de protección en las relaciones sexuales (Reartes, 2011).

De igual modo, dentro del apartado de representaciones sociales, es relevante, precisar, lo expuesto por Arcila, Mendoza, Jaramillo y Cañón (2010), quienes realizaron una comprensión del concepto de los significados sociales, bajo la perspectiva de tres autores, los cuales desarrollaron un énfasis en el tema, para esto, es pertinente definir los significados, como construcciones propios del ser humano, que están directamente influenciados por la cultura a la que pertenece, es decir, dichos significados, se forman en una sociedad con sujetos activos, de tal manera, se le atribuye un sentido al mundo y al contexto que rodea a las personas. Autores como Lev Semionovich Vygotsky 1987, consideran que los significados, son representaciones que surgen por los estímulos o acontecimientos culturales y por los signos que se expresan, es importante resaltar que, el signo es un elemento que representa una realidad, el cual se constituye por un código de expresión (lenguaje) y por su significado (imagen simbólica) (Vygotsky 1987, citado por Arcila et al., 2010). Sumado a lo anterior, Jerome Bruner 1998, considera a los

significados como una construcción del hombre, en la cual, se negocian dos líneas, la primera es de tipo biológico, la cual designó protolinguística y la segunda es la línea cultural, de tal forma, estas dos líneas se entrecruzan generando la formación y transformación de los significados (Bruner, 1998, citado por Arcila et al., 2010)

Por último, otro autor que ha definido los significados es Kenneth Gergen 1996, quien le da importancia al contexto donde ellos se generan, estima que toda construcción de significados debe propiciarse en un contexto relacional, que necesita de acciones y suplementos para ser contextualizada, de tal forma, el significado adquiere un sentido. Aunque, cada autor mantiene una postura en el análisis y definición del significado, mantienen una concordancia en definir al ser humano, como un sujeto activo, inmerso en una cultura donde continuamente se construyen, de-construyen y co-construyen los significados, entendiendo además que el medio para este fin, es el lenguaje (Gergen, 1996, citado por Arcila et al., 2010).

Complementando lo anterior, dentro de los significados sociales y culturales que se atribuyen al VIH y al SIDA, es importante citar un estudio cualitativo realizado en Argentina por Jones, Barrón e Ibarlucía (2017), cuyos participantes comprendieron un amplio rango de edad (18 a 55 años), los cuales, no presentaban la enfermedad o desconocían tenerla. Lo anterior, permitió nutrir las vivencias, los significados e imaginarios frente a la enfermedad, además, se pudo constatar que continúa arraigado la visualización del VIH como una condición aislada a nivel social, que no termina de sentirse propia, es decir, la significación que se le ha atribuido es como una situación no cotidiana y cuestión de otros, la cual, se percibe con temor y miedo, adicionalmente, su significado también se forja dependiendo del contexto histórico y social en el que se presente.

Adicionalmente, es interesante destacar, cómo las personas mayores de 35 años que

participaron en el estudio anteriormente citado, sienten y expresan que los adolescentes son un grupo de riesgo para contraer la enfermedad por ser etiquetados como “irresponsables”, por practicar su sexualidad sin autocuidado, tener predisposición a la promiscuidad y al consumo de SPA. Lo anterior, detona significados con brechas generacionales, en la cual, se estereotipan a los adolescentes, de cierta manera, es no aceptar que todos, independientemente del rango de edad, son vulnerables a la transmisión del virus, la anterior apreciación, va en concordancia con otros estudios mencionados en la presente tesis. Además, el uso de los términos VIH y SIDA, en la mayoría de los casos se realizan sin distinción, sin embargo, hubo algunos relatos que asociaron el concepto SIDA, como el término que más se usaba para estigmatizar a las personas con la enfermedad (Jones et al., 2017).

Por otro lado, dentro de las prácticas sexuales, varios participantes de la investigación de Jones et al. (2017), antepusieron la confianza en la pareja, como una medida de protección frente al virus, dándole el significado del cuidado eficaz para no contraer la enfermedad, es decir que, prima una lógica de confianza, el amor, y no de autocuidado o prevención. Lo anterior, concuerda con los resultados en los estudios de Labra y Lacasse (2015) y Quintal y Vera, (2014). Además, respecto a la realización de la prueba diagnóstica, el principal motivo para no realizarla, es el miedo y temor por la posibilidad de ser seropositivos y vivenciar la discriminación social y la incertidumbre hacia la evolución de la enfermedad, poniendo de relieve, el impacto físico y psicológico que se generaría al saber si se tiene el virus.

Finalmente, hoy en día la información disponible sobre la enfermedad es mayor, sin embargo, los antecedentes históricos del VIH y el SIDA cobran aún un valor muy grande para atribuirle significados estigmatizantes y discriminatorios, es decir, su simbolismo social es muy arraigado y fuerte, en donde los estereotipos sociales de los grupos catalogados en riesgos,

siguen en los imaginarios colectivos, es decir, los riesgos poco se perciben en primera persona y el VIH es asociado en la mayoría de los casos como una enfermedad mortal, donde prima un juicio moral (Earnshaw et al., 2014; Guerrero y Ramos, 2015; Jones et al., 2017; Labra y Lacasse, 2015; Reartes, 2011). Pese a lo anterior, es apreciable mencionar lo descrito por Jones et al. (2017), en donde para algunos participantes, el convivir o haber estado en cercanía con personas con VIH o SIDA, motivó un viraje de resignificación de la enfermedad, dándole una óptica de no estigmatización, evitación de los prejuicios y, en últimas, como una realidad que compete a toda la sociedad.

Considerando el panorama anterior, hasta este momento se ha venido planteando los antecedentes investigativos en el tema, como lo son, las representaciones sociales, los estigmas y las creencias, con respecto al VIH y al SIDA. Se considera ahora importante ahondar en la socialización y en los agentes de esta, con respecto a la enfermedad, considerando los diferentes entornos sociales a los cuales se enfrentan los adolescentes y a la presión social bajo la cual se ven involucrados. Igualmente, es importante reconocer, cómo los agentes de socialización que generan un mayor impacto, se ve reflejado en la familia, en los pares, el medio educativo y los medios de comunicación, quienes desarrollan un papel relevante en los procesos de construcción e interiorización en esta población.

Por lo tanto, se considera importante conocer investigaciones de agentes de socialización en adolescentes, como es, el estudio transversal observacional, desarrollado por Carrata, Espada y Orgiles (2013), el cual, midió conocimiento y actitudes hacia el VIH/SIDA entre adolescentes españoles en edades comprendidas entre edades de 14 a 17 años de padres casados y divorciados. Dicho estudio planteó, que los adolescentes españoles de padres separados, no presentan más riesgo en cuanto a la transmisión del VIH/SIDA, porque cuentan con una actitud más abierta y



favorable de protección y de cuidado en las relaciones sexuales, a diferencia de estudios previos a nivel internacional, donde se plantea, que los adolescentes de padres separados tienen más variables de riesgo.

De igual forma, en el estudio se evidencia que no existe diferencia en cuanto a su nivel de conocimiento entre los adolescentes de padres separados y de padres casados. Además, en el estudio se esboza que lo anterior, puede ser el resultado de la teoría del aprendizaje social, en donde las parejas divorciados pueden tener una actitud más flexible hacia el manejo del tema de las relaciones sexuales de sus hijos, lo cual, conlleva a que los adolescentes asuman conductas asertivas, contribuyendo a prevenir enfermedades de transmisión sexual como es el VIH/SIDA. Sumado a esto, no hay que desconocer las fuentes de información para los adolescentes, como son la escuela y los amigos, es decir que, independientemente de la estructura familiar, ellos pueden conocer y aplicar estrategias en pro de su salud sexual y reproductiva (Carrata et al., 2013).

Cabe resaltar que, la mayoría de las investigaciones se han centrado en los padres como los agentes de socialización primarios, sin embargo, es importante mencionar, que los hermanos mayores, pueden convertirse en agentes activos secundarios, en el proceso de socialización sexual a través de dos vías como son: la comunicación que se establezca entre hermanos con temas encaminados a las relaciones sexuales y la imitación de comportamientos, actitudes, intenciones y creencias que los hermanos menores perciben, de tal forma, lo anterior puede ser promotor de conductas sexuales preventivas o de riesgo en los adolescentes para adquirir VIH. Lo anterior, fue sustentado en el estudio de revisión literaria científica, seleccionando 20 publicaciones entre 1990 y 2014 en México (Enríquez y Sánchez, 2016).

Concordando con lo anterior, un estudio cuantitativo efectuado a 336 estudiantes de

Paraguay con edades entre 14 a 25 años, evidenciaron que las fuentes de comunicación que más utilizan para abordar temas relacionados con sexualidad, incluyendo tópicos relacionados con el VIH y SIDA, es en primer lugar el colegio, seguido de las conversaciones con sus pares y por último a los padres (Machi, Benítez, Corvalán, Núñez y Ortigoza, 2008). Asimismo, un estudio de orden cuantitativo, realizado a estudiantes españoles, con edades comprendidas entre 14 a 20 años, mostró las fuentes de donde ellos deseaban recibir información en temas relacionados con prevención de ITS. De esta forma, consideraron que prefieren recibir información por educadores expertos en el tema, consecutivamente, de pares entrenados en el tema, llama la atención que, más de la mitad de los encuestados, no desearon recibir información de sus padres (Santín, Torrico, López y Revilla, 2003). Se considera importante mencionar, el estudio realizado en Argentina por la Fundación Huésped y UNICEF (2011), el cual, destaca que los estudiantes sí desean recibir información en salud sexual y reproductiva de sus padres, posicionándolos en segundo lugar, igualmente, estiman a la escuela como primer canal de comunicación deseado en el tema.

De igual forma, se evidencia en una investigación mixta desarrollada por Sevilla y Orcasita (2014) a un grupo de estudiantes adolescentes entre 14 y 18 años de edad donde los abordajes de los temas sobre sexualidad han sido delegados a las mujeres quienes no están preparadas para el afrontamiento en estos temas, y, los conocimientos sobre sexualidad están ligados a sus historias de vida ante marcados por la falta de información en su proceso de crianza por parte de cuidadores o padres. Continuando con la revisión de investigaciones a nivel país, según Cardona, Arboleda y Rosero (2013) no se hallaron resultados significativos sobre el conocimiento del VIH, y la discriminación y estigma es evidente y como en las anteriores investigaciones también consideran importante que la información sea brindada inicialmente por parte de sus padres.

Por consiguiente, es importante destacar, que los agentes de socialización de los jóvenes hoy en día, no solo se limitan a la comunicación transferida por sus padres y demás familiares, así mismo, los pares y el medio educativo, son fuertes actores a la hora de permear a los adolescentes en temas de sexualidad, al igual que, las redes sociales y el internet como medios informativos, producto del mundo globalizado en el que se vive, se han convertido en un recurso de suministro de información a todo nivel, el cual, ha influido en la formación de temas de salud, relacionados al VIH y SIDA.

Cabe mencionar, la investigación elaborada por Sánchez et al. (2016), la cual, permitió realizar el análisis del contenido cuantitativo de 768 publicaciones sobre VIH y SIDA, caracterizándose, por ser una distribución masiva a través de medios impresos y virtuales. Los autores, reportaron que el uso lingüístico entre el VIH y SIDA fue intercambiable, dejando en evidencia el desconocimiento del significado del virus y del síndrome y especialmente, el uso sin distinción de los dos términos. Cabe resaltar, dentro de los hallazgos, que la mayoría de la información suministrada fueron notas informativas breves, seguidamente, de las notas interpretativas (entrevistas, crónicas y reportajes) y, por último, notas de opinión (comentarios y columnas), además, en el contenido lingüístico, se observó que ninguno fue científico. En contraste, el grupo poblacional, del que más se escribió, fue de las personas que conviven con VIH, seguidamente, de los HSH, y un dato interesante, es que, respecto a los hombres trabajadores sexuales, se publicó menos del 1%, mientras, que si hubo publicaciones de las trabajadoras sexuales.

De esta manera, en los estudios realizados por Revuela et al. (2012) y Sánchez et al. (2016), resaltan cómo los medios divulgan información en donde la estigmatización sigue estando dirigida a poblaciones que culturalmente se han etiquetado como “propensas al sida” o

los mal llamados “grupos de riesgo” (HSH, mujeres trans, trabajadores sexuales y personas que se inyectan drogas), en vez de informar sobre las “personas con prácticas sexuales de riesgo”. En este contexto, una muestra de ello es, la primera noticia que se publicó en 1981, en el diario *The New York Times* hizo alusión al VIH y SIDA como impactante: “*Rare cáncer seen in 41 homosexuales*”

Con base a lo mencionado anteriormente, se destacan como reflexiones, la falta de creación de información en VIH y SIDA escrita por redactores que conozcan el tema, lo que puede influir en la interpretación de la información suministrada, es así como no se debe desconocer, que las redes sociales, son grandes aliadas de comunicación hoy en día y se puede medir el impacto que genera la información suministrada respecto al VIH y al SIDA, lo anterior, es importante si se tiene en cuenta que el objetivo de informar o divulgar debe ser con rigor y veracidad, para que contribuya en brindar conocimientos y formas correctas de prevenir la enfermedad, sin sesgar, ni mucho menos estigmatizar, esta condición de salud (Díaz, 2013; Sánchez et al., 2016).

Por último, es importante subrayar, que la información emitida sobre un tema, es decisiva para su percepción social, es decir, los agentes de comunicación se convierten en elementos claves para la percepción social y, por ende, la respuesta de quien recibe la información para interpretarla adecuadamente o no, para este caso, hacia el VIH y el SIDA (Revuela et al., 2012; Sánchez et al., 2016). Es así como, las representaciones sociales hacia el VIH y el SIDA, siguen siendo en gran medida negativas, acorde a la literatura revisada, sin embargo, es evidente la transición que actualmente se vive en materia de información, difundida por diversos agentes de comunicación a nivel mundial en torno a la enfermedad (redes sociales como Facebook, twitter, páginas de internet reconocidas como *AIDS HealthcareFoundation*, Red Latinoamericana VIH Sida, *Luttecontre le Side*, UNESCO “Centro de Información en VIH-SIDA, entre otras). Con lo

anterior, se puede reconocer que la información actual, también hace alusión a comprender que el VIH y el SIDA no deben ser estigmatizados.

En contraste, muchas redes sociales mencionan que es una condición de salud que compete a todas las sociedades y es por esto que, hoy en día se encuentra información, haciendo mención a las denuncias sociales por la discriminación a las que se ven enfrentadas las personas que conviven con la enfermedad, de la misma manera, también se han celebrado publicaciones de asociaciones reconocidas, las cuales han contribuido a informar sobre los conceptos y expresiones correctas que se deben usar al referirse al VIH y SIDA (Revuela et al., 2012).

A partir de la literatura bibliográfica encontrada, otro aspecto relevante identificado, es la falta de claridad en la interpretación de los conceptos de VIH y SIDA, es decir, no hay distinción en el uso de estos términos, tanto en la presentación de los datos estadísticos, como en la referenciación que hacen los diferentes autores para abordar el tema. En otro orden de ideas, un aspecto importante evidenciado, es la poca claridad en el uso de los términos homosexual y HSH, para referirse a la población culturalmente estigmatizada para adquirir el VIH, donde no es claro, si la referencia es a la práctica sexual o a la orientación sexual, lo cual se ve reflejado en los artículos publicados por los autores Chacón et al. (2014) y Earnshaw et al. (2014), los cuales mencionan el término HSH.

De igual forma, en la literatura revisada por las investigadoras, se resalta que a pesar de los estudios que describen las representaciones sociales del VIH/SIDA en adolescentes, no se identifican estudios que hagan alusión, sobre cómo los adolescentes construyen dichas representaciones. De la misma manera, se observa la falta de investigaciones sobre los agentes de socialización, que influyen e impactan en las representaciones que construyen los adolescentes en torno al VIH y el SIDA.

Por otro lado, llama la atención en los estudios que, al referirse a la población en riesgo, en los cuales se menciona de manera frecuente al trabajo sexual, asociado al género femenino, lo anterior, genera una reflexión a la hora de realizar investigaciones que involucren a todos dos géneros.

Con base a lo anterior, se considera que aún es necesario contribuir con investigación social cualitativa respecto al VIH, en donde se pueda identificar la relación de los cambios culturales paralelos al manejo y concepto de esta enfermedad. De esta manera, el presente estudio que se desarrollará en la ciudad de Cali Colombia con jóvenes estudiantes de una universidad privada, tiene como pregunta de investigación: ¿Cuáles son las representaciones sociales construidas sobre el VIH y el SIDA en un grupo de jóvenes y adolescentes hombres y mujeres universitarios? Para lograr responder a este cuestionamiento, la presente investigación, se ha propuesto como objetivo general: comprender las representaciones sociales sobre el VIH y el SIDA desde la perspectiva de los adolescentes y jóvenes. Para lograr el desarrollo del mismo, se establecen como objetivos específicos a) describir las creencias y opiniones que los adolescentes tienen sobre el VIH y SIDA b) describir las actitudes que los adolescentes presentan hacia las personas con VIH y c) reconocer los agentes de socialización que participan en la construcción de opiniones asociadas al VIH y SIDA.

En consecuencia, este trabajo de grado se centró en la población adolescente y joven, siendo preciso, conocer y comprender aspectos de este periodo trascendental de desarrollo del ser humano, debido a que, en él, se inicia la proyección de la personalidad, resaltando las construcciones sociales y psicológicas que se obtienen en etapas tempranas de la vida. En este sentido, la sexualidad adquiere gran relevancia, por ser una dimensión inherente al ser humano, la cual, abarca varios aspectos, entre ellos, las infecciones de transmisión sexual (ITS) (Chacón y

Lugo, 2015).

De la misma manera, la percepción de riesgo sobre las enfermedades de transmisión sexual como el VIH/SIDA, no está presente en los diferentes grupos poblacionales, no obstante, se puede considerar a los adolescentes como una población que pueden tener una mayor vulnerabilidad y riesgo para adquirir la enfermedad. Una de las mayores causas por la cual los adolescentes podrían adquirir la enfermedad, es debido a que comienzan su vida sexual a temprana edad, siendo este un factor de riesgo que se relacionaría con la no vulnerabilidad percibida en comportamiento y actitudes como la falta de información, el bajo nivel de conciencia en la adquisición de la enfermedad, cambios constantes en la relación de pareja, comportamientos promiscuos y bajo uso de métodos de protección (Cahn, 2007; Guerrero y Ramos, 2015). Sumado a lo anterior, otra situación que se considera de riesgo son las diferentes creencias construida en la sociedad como no hacer parte de las poblaciones que ellos mismos etiquetan de riesgo (homosexuales, trabajadores sexuales, consumidores de sustancias psicoactivas, personal asistencial de la salud), se convierte en una situación de mayor vulnerabilidad ante la baja percepción de exposición, considerando que la posibilidad de adquirir la enfermedad es mínima o casi nula. Por lo tanto, trae como consecuencia que se tome el VIH y el SIDA como un estigma social (Guerrero y Ramos, 2015).

Lo anterior, determina que conocer las representaciones sociales y culturales que los adolescentes tienen respecto al VIH y al SIDA es importante y más aún, si se tiene en cuenta que, usualmente ellos construyen sus percepciones, creencias, mitos y prejuicios sobre el tema, con sus pares, en el colegio o universidad y con otro tipo de fuentes externas como lo pueden ser, los medios masivos de comunicación (televisión, música, radio, redes sociales, internet) y en menor medida, con los padres y madres de familia que, en muchos casos parecen estáticos a la

hora de educar frente al tema. Lo anterior, pudiera fomentar una brecha amplia en el conocimiento e interpretación de la información percibida por los jóvenes, lo cual, pudiera ser no fiable y poco científica, aumentando en consecuencia su vulnerabilidad y el riesgo para adquirir el VIH/SIDA (Chacón y Lugo, 2015).

Es importante retomar los resultados estadísticos de la tasa de VIH/SIDA en adolescentes de Cali, publicados por la Secretaría de Salud Pública Municipal (2016), donde registra una tasa de 26,4 por cada 100000 habitantes, en adolescentes de 18 a 19 años, ocupando el octavo lugar según grupos etarios. Lo anterior permite afirmar que, el grupo de adolescentes no es el que presenta las tasas más altas de casos de VIH/SIDA en Cali, sí es necesario generar estrategias para que minimicen el riesgo de posible transmisión de ITS, especialmente del VIH, en su futuro próximo.

Por consiguiente, esta investigación se articula con la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos (PNSDSDR) de Colombia y el Plan Decenal de Salud Pública (PDSP) 2012 - 2021, donde la sexualidad toma una perspectiva de mayor impacto dentro de la sociedad y en la salud pública. Razón por la cual, el Ministerio de Salud y Protección Social de Colombia, crean esta política para brindar mayores herramientas de abordaje integral a toda la población; debido a que la sexualidad está presente en cada ciclo de vida y se vive de manera específica en cada ser humano, desde las diferentes etapas del desarrollo.

En consecuencia, se considera importante plantear programas encaminados a promover una sexualidad segura, teniendo en cuenta al individuo, esto implica, educar en temas biológicos y/o médicos, y psicosocial, entendiendo este último como un aspecto fundamental a la hora de promover conductas que minimicen el riesgo de adquirir VIH/SIDA.



La presente tesis de maestría hace parte del grupo de investigación de Salud y Calidad de Vida, en su línea de salud sexual y reproductiva de la Pontificia Universidad Javeriana de Cali, donde su objetivo principal es:

Contribuir al desarrollo del conocimiento en el campo de la Salud, por medio de la ejecución de proyectos de investigación de alta calidad científica, que a su vez generen programas de intervención con fuerte impacto social, reconocidos por la comunidad científica nacional e internacional. Desarrollar modelos que sirvan a los programas de salud, para la detección e intervención de pautas de comportamiento, dimensiones de riesgo y de protección, relacionados con la salud biopsicosocial y ambiental (GrupLac-Colciencias, 2016, párr.2).

Teniendo en cuenta el impacto mundial en salud que implica el VIH y el SIDA, investigar, desde la psicología de la salud, determinantes esenciales, básicos e importantes, como son las representaciones sociales que tienen los adolescentes respecto a esta enfermedad, se convierte en una labor fundamental y necesaria. En ese orden de ideas, no sería conveniente, apartar el contexto y el significado que una población o un individuo, le atribuyen a determinada situación o condición de salud, así pues, ignorar o pasar por alto este aspecto en la construcción de intervenciones en educación y prevención del VIH, podrían no tener los resultados esperados. Finalmente, es importante el impacto social que deja este tipo de investigaciones, las cuales contribuyen significativamente en la construcción de intervenciones reguladas por los entes territoriales y las instituciones participantes que fomentan la prevención y promoción de la enfermedad.

De igual modo, es importante resaltar que, tener conocimiento sobre un tema, no es garantía para adquirir o modificar un hábito, igualmente, las percepciones, las creencias, la influencia social, los agentes de comunicación, entre otros, son aspectos importantes a la hora de

instaurar hábitos saludables y, en este contexto, comportamientos preventivos para minimizar el riesgo de transmisión del VIH. Lo anterior, se soporta en el Modelo de Creencias en Salud desarrollado por Janz y Becker (1974), en el cual, las creencias generadas como consecuencia de los constructos sociales de las personas, predisponen, la susceptibilidad que se pueda sentir o percibir frente a una enfermedad o una amenaza para la salud (Ríos, 2011).

Para finalizar y reforzando lo anterior, es imprescindible aludir el concepto de psicología de la salud definida por Matarazzo como:

La suma de contribuciones profesionales, científicas y educativas específicas de la psicología como disciplina, para la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención y tratamiento de la enfermedad, la identificación de los correlatos se caracteriza etiológicos y diagnósticos de la salud, la enfermedad y la disfunción asociada, además del mejoramiento del sistema sanitario y la formulación de una política de salud (Matarazzo, citado por Amigo, 2012, p. 815).

Una vez desarrollado los antecedentes, es preciso profundizar en los conceptos centrales como son: VIH/SIDA, adolescencia, juventud, representaciones sociales, agentes de socialización, los cuales, permitirán comprender a profundidad las características que serán la guía para el desarrollo de la investigación y por ende permitirán el cumplimiento de los objetivos en esta investigación.

El VIH/SIDA, es un proceso de enfermedad que afecta el sistema inmunológico, causado por el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH), el cual, tiene la capacidad de transformación tan solo al momento de ingresar a las células del organismo, debido al sistema que tiene para transmitir y multiplicarse dentro de esta. Existen diferentes tipos de virus, pero es claro que el VIH solo ataca las células de los anticuerpos y las deteriora gradualmente, teniendo en cuenta,

que la función de este sistema está compuesto por los glóbulos blancos, los cuales están divididos en: Linfocitos B y Linfocitos T, estos últimos, tienen la proteína CD4, siendo esta donde el virus ingresa y aumenta su producción, cuando el virus sale toma otros nuevos CD4 y la carga viral baja, paralelamente, produciendo la disminución de CD4 y alterando el sistema inmunológico, el cual, tiene como función defender el organismo de las diferentes enfermedades a las cuales el ser humano está expuesto, denominadas enfermedades oportunistas (Cahn, 2007).

De esta manera Cahn (2007) refiere, cómo el virus altera la producción de las células CD4, lo anterior, se comprende como la alteración del sistema inmunológico deteriorado por el VIH y de ahí, surgen las diferentes enfermedades, llegando a un estado SIDA. Esta condición varía de acuerdo a cada sujeto y depende en gran medida de la adherencia terapéutica farmacológica y no farmacológica, así mismo, el SIDA hace referencia a un grupo de enfermedades oportunistas que afectan a las personas que tienen VIH debido al deterioro del sistema inmune.

Por lo anterior, se considera importante tener en esta investigación una mirada histórico hermenéutica (perspectiva subjetiva), enfoque de las ciencias antrópicas de la escuela de Frankfurt. En estas disciplinas se plantean dos aspectos centrales: a) trabajan con la historia como eje, la cual no se ve exclusivamente desde el pasado, sino que se articula las dimensiones histórico, culturales, sociopolíticas y del contexto participativo de las personas en esa historia; y b) la hermenéutica, la cual está basada en la interpretación y comprensión de un hecho, dándole sentido, de tal manera que el grupo lo acepte como una praxis social (Vasco, 1994).

Partiendo de la fisiopatología del virus, se debe tener en cuenta, la forma de transmisión del mismo. El VIH está presente en todos los líquidos corporales del ser humano, pero donde hay mayor agrupación de virus para generar la enfermedad es en la sangre, el semen, los fluidos

vaginales, la leche materna y el líquido pre seminal. Otro aspecto a tener en cuenta, es la vía de transmisión, identificando tres maneras de contagio de las cuales son: relaciones sexuales, sangre y la madre portadora de VIH al bebé durante el embarazo, el parto o en la lactancia materna. adicionalmente, las relaciones sexuales tanto anales, como genitales y orales sin uso del preservativo son un factor de riesgo, debido a que, durante la penetración o el frote, se pueden generar laceraciones microscópicas, la cual permite el ingreso de VIH por medio de los diferentes fluidos corporales durante la práctica sexual.

Sumado a esto, los riesgos de transfusiones sanguíneas, día tras día se ha ido minimizando, debido a los estrictos controles que los bancos de sangre realizan a las personas donantes, sin embargo, el riesgo de contacto en sangre se debe en mayor medida, en aquellas personas que son consumidoras de SPA inyectables, cuando realizan intercambios de agujas. Finalmente, la transmisión durante el embarazo, el parto o la lactancia materna, se denomina transmisión vertical, siendo este, el mayor riesgo si la madre no comienza a recibir un tratamiento psicoprofiláctico y atención médica especializada durante su control prenatal (Cahn, 2007).

Por consiguiente, el VIH no se adquiere fácilmente debido a que el virus no sobrevive fuera del cuerpo humano y solo se multiplica dentro de las células CD4 que se encuentran en el sistema inmune, razón por la cual, su forma de contagio no se da a través de comportamientos del diario vivir del sujeto tales como: besar, abrazar, realizar actividad física, compartir menaje, dormir en la misma cama, cocinar, usar los muebles, entre otras actividades que las personas desarrollan diariamente (Cahn, 2007).

Una vez revisado las diferentes formas de transmisión del VIH, riesgos de la misma y teniendo en cuenta que la presente investigación se centra en el ciclo de vida de la adolescencia la cual se considera importante retomar, el constructo según Papalia, Feldman y Martorell (2012)

donde hace referencia a la “transición del desarrollo entre la niñez y la adultez que implica importantes cambios físicos, cognoscitivos, emocionales y sociales, y que adoptan distintas formas en diferentes escenarios sociales, culturales y económicos” (p. 354), de acuerdo a los autores anteriormente mencionados, la adolescencia está comprendida entre los 11 y 19 o 20 años de edad.

Es importante reconocer que, en esta etapa del ciclo de vida, no solamente se generan cambios físicos, sino que también se incluyen, cambios en el procesamiento de la información, en los estados emocionales, cambios sociales en búsqueda de una independencia. De acuerdo a la literatura, los autores han identificado que estos constantes periodos de transición por el cual cursa el adolescente, se debe, a que se encuentra en la transformación de su pensamiento, el cual, es crítico y elaborado (Moreno 2015). Es así, como esto se corrobora con la teoría planteada por Piaget, donde define que, en el desarrollo cognitivo del adolescente, se pueden identificar dos etapas: las operaciones formales, donde el adolescente procesa de manera abstracta y el razonamiento hipotético deductivo, donde construye hipótesis y las válida (Papalia et al., 2012).

La adolescencia de acuerdo a diversos autores, presenta diferentes etapas por las cuales se realizan diversos cambios, autores como Mosso y Penjerek, (2004) definen: la pubertad que va desde los 11 hasta los 14 años aproximadamente, la cual, se enfoca en su cuerpo, mediana adolescencia de los 14 a los 18 años, la cual, se orienta en los aspectos psicológicos e internos de sí mismo y por último, el fin de la adolescencia comprendida desde los 18 hasta los 21 años donde experimenta y se enfrenta a nuevos cambios y roles en la sociedad. La Organización Mundial de la Salud (1965), define la adolescencia como la etapa de transición gradual que transcurre entre los diez y veinte años y la juventud entre los 15 y 24 años. Marchesi y Coll (1992) define la adolescencia “por una doble negación: ni niño, ni adulto es decir que la

adolescencia se puede entender como un estadio de la vida humana intermedio entre la infancia y la edad adulta”. Así también, (Dávila 2004) plantea el concepto de juventud como el periodo del desarrollo físico y de un conjunto de transformaciones psico-sociales para darle paso a la edad adulta. Sin embargo, el concepto de juventud varía de acuerdo a los contenidos sociales y culturales de cada país.

Es así, como el adolescente se encuentra en una permanente búsqueda de identidad, definida por Erikson como “una concepción coherente del yo, constituida por metas, valores y creencias con las cuales la persona tiene un compromiso sólido” (Papalia et al., 2012, p. 390). Lo anterior, hace referencia a cómo el adolescente se encuentra en una constante búsqueda de identidad, la cual, no se logra por completo durante esa etapa del ciclo de vida. Sin embargo, continúa evolucionando de manera permanente para encontrar y lograr su propia confianza, su autonomía, y desarrollo laboral, desafiando así la nueva etapa a iniciar como es, la adultez, siendo esta el mayor reto de los adolescentes, pues deben confrontar la crisis de la identidad (Papalia et al., 2012).

Todos los comportamientos de las personas, en las diferentes etapas del ciclo de vida, tienen una situación de riesgo, pero, en la adolescencia algunos se encuentran experimentado y buscando explorar nuevas emociones, con el fin, de ser aceptados dentro de un grupo social y por último, alcanzar sus logros, sin tener consciencia de las posibles causas que estas acarrearán, sin embargo, se plantea que este tipo de situaciones en algunos adolescentes, les pueden ayudar en autorregular las diversas situaciones, que se enfrentan día tras día para fortalecer su crecimiento personal (Moreno, 2015). Sin embargo, es importante hablar de las conductas de riesgos, a las cuales están expuestos, como son, el consumo de sustancias psicoactivas en los adolescentes, de acuerdo al último estudio realizado en Colombia por el Ministerio de Salud y Protección Social

(2013), los resultados hallados, evidencian la prevalencia de consumo de algún tipo de sustancia psicoactiva, en el grupo de adolescentes con edades comprendidas entre 17 –22 años, los cuales, ocupan el primer lugar de prevalencia con un resultado de 8.68%. Otras conductas de riesgo de exposición son la delincuencia, alteración de estados emocionales e incumplimiento de la norma.

Es importante retomar la sexualidad, como uno de los factores de riesgos que mayor cambio experimentan los adolescentes, debido, a las múltiples interrogantes a los cuales debe darle respuesta: tener claridad en su orientación sexual, aceptar los cambios generados a nivel físico y el inicio de las primeras experiencias sexuales, todos estos aspectos, son inducidos de manera biológica, pero, el entorno social, ejerce un papel de presión para definirlo, siendo esto uno de las consecuencias de adquirir fácilmente una ITS. Por ejemplo, en la época de la industrialización, se dio una transformación en relación a la aceptación de las conductas y actitudes sexuales, que permitió una liberación en la sociedad, generando un mayor riesgo sexual al que están expuestos los adolescentes (Papalia et al., 2012).

Por lo anterior, se considera relevante, continuar con el ciclo vital que plantea Papalia et al. (2012), con respecto a la transición de la etapa de la adolescencia a la madurez temprana, aunque, dicho periodo se contempla desde los 20 a 40 años, se dice que los jóvenes de 20 a 25 años, transitan por una adultez emergente, la cual, se caracteriza por un status quo, donde los roles como adultos aún no están definidos. Una particularidad de esta etapa, es la identificación de un culmen en la condición física, la resistencia, la fuerza, la energía y la salud.

Adicionalmente, este periodo se caracteriza por tener un número mayor de parejas sexuales, sin embargo, si la vida sexual inicia en este periodo, suelen tener menos conductas sexuales de riesgos, comparado con el inicio de la vida sexual en la adolescencia. Sumado a lo anterior, en esta etapa de adultez emergente, se da la presencia de un mayor compromiso en las

construcciones cognitivas y juicios de valor de la realidad que experimentan, esto, por la diversidad de ideas y opiniones que interactúan con la comunidad universitaria (Papalia et al., 2012).

No hay que desconocer que la etapa universitaria viene cargada de una trayectoria ya recorrida por el estudiante, la cual, puede ser determinante en la forma como afronta diversas situaciones. Algunos autores sostienen que, en la etapa de la primaria, sobresalen y cobran valor los vínculos con los docentes y las actividades dadas en el contexto escolar y extra escolar, entre tanto, en la secundaria, priman las relaciones y las experiencias que se establecen con los pares, mientras que en la etapa universitaria, se genera un viraje de las vivencias, las cuales, son más de tipo subjetivo, social y cognoscitivo, pero, con una gran movilización interna, motivada por nuevas vivencias que se presentan (Gómez, Etchegorry, Avaca y Caón, 2016). Adicionalmente, Se establecen nuevos vínculos con pares y profesores, así mismo, se pueden generar situaciones de ansiedad y estrés por las nuevas responsabilidades, pese a esto, es una etapa donde la libertad y la autonomía crecen y por ende el inicio de nuevas experiencias sexuales.

Reforzando lo anterior, se considera que no solo se debe tener en cuenta la experiencia con la que llegan los adolescentes y jóvenes a la universidad, esta última, es una etapa de gran importancia, pues los cambios que ahí se generan son trascendentales para esta población, puesto que es donde se empieza a definir o adoptar estilos de vida en ellos, que para algunos son positivos y otros, lo asumen de manera negativa en las diferentes etapas, físico, familiar, emocional y social. Estos cambios, pueden perdurar o no el resto de sus vidas, dependiendo de su estructura y contexto, llámese condición económica, las condiciones de la universidad y el más significativo, el apoyo familiar (Gómez et al., 2016).



Así mismo, también es importante entender la sexualidad desde otra postura teórica para comprender el comportamiento humano frente a este tema, como lo plantea Rubio (1998), el cual, se basa en 4 componentes claves para la libre expresión de la sexualidad haciendo referencia a: primero, la reproductividad, donde el autor hace una clara diferencia sobre la reproducción donde no solo se enfatiza en el hecho biológico sino a la capacidad de expresarla desde una acción. Segundo, el género, entendiéndose como el constructo donde el hombre y la mujer deben tener unas características específicas. Tercero, el erotismo, el cual hace referencia a la capacidad del ser humano de sentir goce sexual, el cual se desarrolla con mayor capacidad en las diferentes etapas del ciclo de la vida y en aquellas personas que no presentan alteraciones orgánicas. Cuarto, el vínculo afectivo, el cual hace referencia a la unión que experimentan las personas y que se fortalece en la edad adulta.

Es así, como algunos adolescentes y jóvenes están expuestos a diferentes situaciones de riesgo, al tener prácticas sexuales a temprana edad generando alteración en la falta de autocuidado, aumentando el riesgo de adquirir ITS e incrementando el VIH/SIDA, siendo este, una problemática de orden social.

En otro orden de ideas y completando los conceptos teóricos necesarios para el desarrollo de la presente investigación se describe la definición y el proceso de construcción de las representaciones sociales (RS). Es importante establecer que las primeras RS, se construyen e interactúan colectivamente bajo la influencia familiar y social, permitiendo, darle a eso que se vive o se está conociendo, un significado, que, a su vez, se internaliza y se transforma en la representación de algo (Moscovici, 1961).

Las RS han sido históricas y están directamente influenciadas por la cultura, es decir, se crean bajo un dominio e interacción social, que inicia desde la infancia y posteriormente se van

construyendo y moldeando a lo largo de la vida de los seres humanos. En este sentido, existen varios determinantes que predominan en dicha construcción como son: el entorno familiar, las experiencias escolares, las experiencias individuales, la interacción con los pares, el entorno y los medios de comunicación (radio, televisión) incluyendo el internet y las redes sociales. De esta confluencia, subyace lo que se percibe como bueno o malo, negativo o positivo, justo e injusto, legal o ilegal, entre otros (Botero et al., 2008; Rateau y Lo Mónaco, 2013).

Uno de los autores que más ha definido el significado de RS es Moscovici (1986), el cual las conceptúa como: fenómenos que se viven y se presentan de formas variadas y complejas, las cuales se les da una interpretación, permitiendo crear imágenes o ideas con diferentes significados (Botero et al., 2008). Para este autor, las representaciones sociales "son un factor constitutivo de la realidad social (...) están inscritas en los pliegues del cuerpo, en las disposiciones que tenemos y en los gestos que realizamos" (Moscovici, citado por Botero et al., 2008, p. 39).

Otros autores como Jodelet (1986), define las RS como una forma de conocimientos propios, cuyo proceso y contenido de construcción está respaldado por el contexto o entorno en el que se presente (Botero et al., 2008). De la misma manera, Rober Farr (1988), refiere: "las representaciones sociales tienen una doble función: hacer que lo extraño resulte familiar y lo invisible perceptible" (Botero et al., 2008, p. 40).

De igual modo, se puede decir que las RS, influyen profundamente en el sistema social de creencias, actitudes, las opiniones, los pensamientos, las emociones, los estereotipos y los comportamientos. Para una mejor comprensión las RS interpretan las creencias como las ideas o pensamientos específicos que se construyen, las cuales, permiten emitir juicios sobre lo que se considera verdadero o falso. Estas creencias se forman bajo una concepción subjetiva de las

cosas o las situaciones vividas y en gran medida influyen la forma de creer y actuar del individuo y los colectivos (Morales et al., 2017; Moya, 2004). Las actitudes, se enfocan en la tendencia evaluativa, la cual puede ser positiva, negativa o neutra, hacia las personas, las ideas, cosas o situaciones. Constituyen fenómenos mentales que se pueden inferir en las personas a través de tres componentes: a) Cognitivo: pensamientos y creencias acerca del objeto, b) Afectivo: sentimientos y emociones asociadas al objeto y c) Conductual: comportamientos e intenciones de acción hacia el objeto de actitud (Morales, Moya, Gaviria, Cuadrado, 2007).

Las opiniones Proviene del latín “opinari”, siendo esta, una forma como el individuo fija su posición, juicio o valoración, frente a los objetos sociales cuyo interés es compartido con un grupo social. Es decir, es la forma como el individuo comprende la realidad social y la expresa por medio de las opiniones (Mora, 2002). Y los Agentes de socialización como aquellas instancias o vías como redes sociales, Padres, Familia, Medios masivos de comunicación, escuela, pares, los cuales, se encargan de transmitir conocimientos, normas, valores, creencias, modelos de conducta y pautas de comportamiento, influyendo directamente en las personas (Pallarés, 2014)

Es así, como las personas se guían en su mundo personal y social, comunicándose y actuando bajo un intercambio de códigos intersubjetivos previamente establecidos que, finalmente, se convierten en la realidad percibida de las personas. En consecuencia, es importante resaltar que las RS, no se establecen aisladamente, no son estáticas, circulan y se construyen teniendo en cuenta la información recibida de las diferentes situaciones de vida (Botero et al., 2008; Piña y Cuevas, 2004; Rateau y Lo Mónaco, 2013).

Por último, es importante describir el proceso de construcción de las RS, acorde a la literatura hay dos momentos: objetivación y anclaje. El primer proceso, hace referencia a la

transformación de los conocimientos en experiencias y construcciones precisas, las cuales se pueden atribuir a las personas y objetos. Para dar cumplimiento a lo anterior, es necesario la ejecución de tres pasos: a.) Selección y descontextualización de una teoría para lograr una apropiación, teniendo en cuenta los referentes individuales, b.) Formación del Núcleo Figurativo, en donde se acogen nociones que estructuran las dimensiones existenciales de un individuo, formando de esta manera las unidades de significación que se adhieren a los pensamientos y c.) La Naturalización, en donde los elementos del pensamiento, se hacen realidad, estableciendo así, la guía y la directriz de las percepciones y los juicios que se elaboran socialmente (Moscovici, citado por Botero et al., 2008).

El segundo proceso denominado anclaje, hace referencia a la fase de arraigo social, de acuerdo al significado y valor que se les dan a las representaciones. A su vez, este proceso enlaza tres funciones las cuales se centran en: a.) Asignación de un sentido a la red de significados que están presente en el sistema de valores y contravalores, generando de esta forma, la estigmatización de algo o de alguien, b.) Instrumentalización o uso del saber, que se adquiere a partir de las interpretaciones que actúan como formas de intersección entre el individuo y su medio y c.) Enraizamiento en el sistema del pensamiento, facultando la familiarización de lo extraño (Botero et al., 2008).

Resumiendo lo anterior, se evidencia cómo las RS se internalizan en las emociones, los pensamientos y los comportamientos de los individuos, construyendo de esta forma, las creencias, las imágenes, las nociones, los pensamientos, los paradigmas, los estereotipos y las actitudes, esta última, siendo un fuerte pronóstico del comportamiento que se ejecute frente a algo o alguien, es decir que, ellas guían lo que para un individuo y un grupo social es aceptado o no aceptado, positivo o negativo, bueno o malo (Botero et al., 2008).

Para complementar el proceso de entender los significados sociales y culturales de los adolescentes, y cómo los agentes externos de socialización influyen en estos para enseñarlos a ser sociales, se revisó el estudio de Vergara y Rodríguez (2010), donde se expresa que uno de los agentes que influyen en la adolescencia es la publicidad, lo anterior, debido a que ésta interviene en la percepción de la realidad social, constituyendo un proceso cultural, donde a su vez, se elabora el conocimiento de la realidad, para así orientar, comprender y participar en las actividades y relaciones cotidianas. Por lo anterior, se considera que la publicidad es un producto de la cultura, que, a través de la experiencia, la interpretación, la metáfora y los rituales, confiere significados personales y grupales.

Adicionalmente, Pallarés (2014), menciona como el primer agente socializador a la familia, la cual, establece el puente entre el adolescente y la sociedad en que viven. Por lo tanto, es la familia, la que socializa de una manera anticipada a los niños, ofreciéndoles la posibilidad de absorber o nutrirse de los elementos básicos de la sociedad y el desarrollo de los fundamentos de su futura personalidad. Es así como se establece que la familia, no es un conjunto de personas que comparten vínculos de sangre, por el contrario, es un conjunto de personas, donde las relaciones entre sus miembros, contienen un profundo carácter emocional y son éstas relaciones, las que marcan la diferencia con respecto a otra familia, es decir, las reacciones emocionales que se dan en la familia, se convierten en mecanismos de retroalimentación de las conductas esperadas entre los miembros de una familia.

Por lo anterior, se dice que las relaciones familiares, tienen un grado de importancia elevado en el constructo de la personalidad, debido a que una relación negativa en la familia, puede ocasionar tendencias en comportamientos asociales, como también llegar a derivar en los casos más críticos, tendencias en comportamientos antisociales por parte de los hijos, como, por

ejemplo, situaciones de violencia, falta de interés hacia el estudio, entre otros comportamientos. Mientras que un entorno afectuoso, se convierte en un entorno protector y estimulante, que enriquece la autoestima, el optimismo, la sensación gratificante de pertenencia de un grupo y todo lo que esto implica, el sentido de hermandad y, la aptitud para ponerse en los zapatos del otro, con afecto y comprensión.

Por último, se plantea que el proceso de socialización, está relacionado con aspectos tales como la subjetividad, las ideas mentales anticipadas y los grupos de pertenencia, por tanto, se debe considerar que el concepto de socialización cada vez más, se va dirigiendo hacia la consideración activa de cada persona por lo que hay que entenderlo como un proceso bidireccional, donde el agente social es al mismo tiempo una construcción social y construye la sociedad, es decir, es agente de su propia realidad.

Para concluir y teniendo en cuenta lo reportado por los diferentes autores, las investigadoras consideran que se han identificado brechas significativas, las cuales evidencian, incongruencia de algunos informes estadísticos, en relación con las cifras del VIH/SIDA, adicionalmente, hay información apreciable, sobre las representaciones sociales y culturales que los adolescentes han construido alrededor de la enfermedad. Sumado a lo anterior, se pudo constatar que, aunque existen estudios de investigación que han indagado sobre los agentes de socialización que los adolescentes usan para obtener información sobre el VIH y el SIDA, falta más estudios que investiguen y reconozcan los agentes de socialización y la influencia que ellos originan, en la forma de cómo construyen representaciones sociales, específicamente hacia esta enfermedad, situación última que, ha generado gran interés y motivo para participar en el proyecto desarrollado en la Pontificia Universidad Javeriana en la línea de Salud Sexual y Reproductiva denominado “Conocimientos, actitudes, prácticas y significados sociales y

culturales asociados al VIH, el SIDA y la realización de la prueba diagnóstica del VIH en adolescentes y jóvenes de Instituciones educativas de la ciudad de Cali.

Se estima que el presente trabajo de grado, será un aporte a la comunidad vallecaucana, permitiendo entender y comprender, cómo los adolescentes mayores de edad, construyen y perfilan un modelo de representaciones sociales hacia el VIH y SIDA, llevándolos de esta manera, a ser partícipes de su realidad individual, la cual, se va edificando en un mundo globalizado. En consecuencia, se hace necesario conocerla, para plantear alternativas de intervención en salud efectivas, que finalmente contribuyan a minimizar el riesgo de adquirir la enfermedad.

Como aporte social, metodológico y teórico en esta investigación, las investigadoras han conocido y documentado las controversias planteadas alrededor del VIH y el SIDA por diferentes autores, no solo en su epidemiología mundial, nacional y local, sino, entorno a las representaciones sociales y, de forma más general, los principales agentes de socialización que nutren la construcción de creencias e imaginarios frente a la enfermedad. Adicionalmente, se debe comprender que para promover prácticas sexuales seguras, es indispensable tomar en cuenta los significados y las representaciones sociales que en materia de sexualidad tienen los adolescentes y jóvenes, entendiendo que, la cultura puede ser determinante, es decir, limitar o incentivar las prácticas de autocuidado.

Sumado a lo anterior, se considera que la presente tesis, posibilitará un proceso de análisis por parte de los prestadores de servicios de salud e instituciones a deeducación superior, para que antes de intervenir individual o colectivamente a adolescentes, jóvenes y otros grupos sociales, se involucren primero en el conocimiento de los usuarios o estudiantes, lo que sienten y lo que creen frente al VIH y al SIDA, permitiendo así, que el personal desarrolle habilidades y

destrezas para brindar información, logrando permear a la población y contribuir a unas prácticas de autocuidado efectivas.

Además, se considera que la presente investigación brinda elementos que permitirán fortalecer las intervenciones, encaminadas a evitar el estigma y la discriminación hacia la enfermedad. Lo anterior, es de suma importancia si se tiene en cuenta que los derechos humanos a la justicia, la igualdad y la equidad social no se obtienen por un condición particular, en este sentido, proteger los derechos de las personas con VIH y SIDA es un imperativo universal, teniendo en cuenta los antecedentes culturales descritos anteriormente y los efectos destructores que genera la perpetuación de la discriminación hacia la enfermedad, lo que puede genera obstáculos en el acceso a la prevención en la población, al tratamiento y toda la atención que amerita las personas que conviven con el VIH y SIDA.

Finalmente, se estima que la presente tesis de maestría en Psicología de la Salud, proporcionará insumos para diseño de políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva, desde una visión integral de las personas que incluye su entorno familiar, social, educativo y laboral, haciendo énfasis en las relaciones interpersonales, las prácticas sexuales, los hábitos saludables y el empoderamiento del VIH y SIDA.



## **Método**

### **Diseño de la investigación**

Partiendo de los objetivos planteados en esta investigación se implementó un estudio cualitativo, con diseño fenomenológico-interpretativo, el cual pretendió conocer, comprender y describir los fenómenos de las representaciones sociales que construyen los adolescentes en edades comprendidas entre 17 y 22 años en relación al VIH, al SIDA y a la población que presenta el diagnóstico, como también, el rol de los agentes socializadores en el proceso de construcción de dichas representaciones. Lo anterior, soportado en el planteamiento de Husserl, donde argumenta que este estudio permite conocer la relación del individuo con el mundo, desde las experiencias del mismo y comprendiendo cómo este individuo ve, siente y lo que piensa de esta interacción, logrando así, realizar la construcción representativa que lo ubica en una sociedad y una cultura (Sancho, Solano y Solera, 2015). De igual forma Willig (2013) menciona que los estudios fenomenológicos interpretativos obtienen la información desde el discurso y la vivencia, permite contar y ampliar sus significados, así mismo, realizar un comentario crítico para realizar la descripción de la experiencia desde un significado dentro del contexto social. Cultural y particular.

El estudio de investigación bajo el diseño fenomenológico se apoyó en las características propias del mismo como son: explorar, describir y comprender las vivencias de los individuos en un determinado fenómeno, es así, cómo se realizó una reflexión de lo que expresa el sujeto acorde a sus vivencias (Hernández, Fernández y Baptista, 2014).

### **Participantes**

La investigación se realizó en una universidad privada de la Ciudad de Cali, Colombia, con la

participación de 18 adolescentes (9 hombres y 9 mujeres) con edades comprendidas entre los 17 y los 22 años ( $M = 19.5$ ;  $DE = 1.38$ ) convocados aleatoriamente a partir de su deseo y aceptación de participar en el estudio. Cada grupo de discusión, estuvo conformado por aproximadamente cinco estudiantes de diferentes carreras de pregrado (Psicología, Medicina, Ingeniería Industrial, Contaduría, Diseño y Nutrición). Estos se llevaron a cabo de forma mixta (hombres y mujeres), previa autorización de los participantes, quienes, manifestaron la satisfacción por los grupos pequeños y mixtos, verbalizando sentir más confianza y mayor tiempo para que todos pudieran participar.

La convocatoria de los estudiantes a los grupos de discusión se realizó por parte del equipo investigador del Grupo Salud y Calidad de Vida de la línea de investigación en Salud Sexual y Reproductiva, quien lideró el presente proyecto, participando primero en la parte cuantitativa del Proyecto Macro. Este proyecto macro, en su parte cuantitativa, contó con la participación de 1057 estudiantes (de 1863 matriculados en alguna de las carreras profesionales de la Universidad e invitados a participar en la investigación de forma voluntaria), los cuales cumplieron con los horarios y criterios definidos. Lo anterior, permitió obtener información de estudiantes con perfiles, procesos y aprendizajes diferentes.

### **Criterios de inclusión**

- a) Estudiantes de la Universidad privada de Cali Colombia que cursen una carrera profesional, b) Ser estudiante activo del primer y segundo año académico, c) Tener entre 17 y 22 años de edad, d) Estudiantes que deseen participar en el estudio, e) Haber firmado el consentimiento informado.

**Criterios de exclusión**

a) Estudiantes extranjeros o nacionales que estén de manera temporal en la universidad cursando pasadías o semestres académicos, b) Estudiantes que no vivan en la ciudad de Cali, c) Estudiantes de postgrado o matriculados en educación continua, d) Estudiantes con alguna condición mental o cognitiva que limite o sesgue la participación en el grupo de discusión, la cual sea indicada según auto reporte.

**Muestreo**

La presente investigación de orden cualitativo, se realizó en la ciudad de Cali (Valle del Cauca, Colombia) en una universidad privada, durante 9 meses del presente año 2017, se estableció como fundamento, la definición del muestreo teórico, el cual, se expresa como un proceso de recolección, análisis y codificación de información por parte del equipo de investigadores, con el fin, de generar una nueva teoría (Flick, 2004). En la medida en que se desarrollaron los grupos de discusión, se evidenció saturación de información concerniente a las categorías de análisis, motivos por el cual, se decidió dejar la muestra que se había obtenido, puesto que dejó de emerger información nueva sobre el VIH y SIDA.

**Categorías de análisis**

De acuerdo a la revisión bibliográfica realizada por el equipo de investigadoras se definieron cuatro categorías de análisis tales como: opinión, creencias, actitudes y agentes de socialización, las cuales, permitieron la recopilación de diversas perspectivas de los estudiantes universitario a partir de los hallazgos encontrados en dicha población. Según las categorías establecidas a continuación se definieron los conceptos que buscaron dar una guía a la investigación (ver Tabla 1).

Tabla 1.

*Descripción teórica de las categorías*

Categoría	Definición	Subcategoría
Creencias frente al VIH y SIDA	Ideas o pensamientos específicos que se construyen, las cuales, permiten emitir juicios sobre lo que se considera verdadero o falso. Estas creencias se forman bajo una concepción subjetiva de las cosas o las situaciones vividas y en gran medida influyen la forma de creer y actuar del individuo y los colectivos (Morales et al., 2017; Moya, 2004).	Creencias sobre la apariencia física de las personas que presentan VIH y SIDA
		Creencias sobre el impacto que tendría para alguien recibir el diagnóstico del VIH
		Creencias sobre las relaciones sexuales con personas que presentan VIH
Opinión frente al VIH y SIDA	Proviene del latín “opinari”, siendo esta, una forma como el individuo fija su posición, juicio o valoración, frente a los objetos sociales cuyo interés es compartido con un grupo social, es decir, es la forma como el individuo comprende la realidad social y la expresa por medio de las opiniones (Mora, 2002)	Concepciones sobre el VIH y SIDA
		Descripciones sobre las diferencias entre VIH y SIDA
		Concepciones sobre formas de transmisión del VIH
		Conocimientos sobre pruebas diagnósticas del VIH
Actitudes frente al VIH Y	Tendencia evaluativa, la	Actitud hacia personas

---

SIDA	<p>cual puede ser positiva, negativa o neutra, hacia las personas, las ideas, cosas o situaciones. Constituyen fenómenos mentales que se pueden inferir en las personas a través de tres componentes: a) Cognitivo: pensamientos y creencias acerca del objeto, b) Afectivo: sentimientos y emociones asociadas al objeto y c) Conductual: comportamientos e intenciones de acción hacia el objeto de actitud (Morales, Moya, Gaviria, Cuadrado, 2007).</p>	<p>desconocidas diagnosticadas con VIH</p> <p>Actitud hacia personas conocidas diagnosticadas con VIH</p> <p>Actitud hacia la prueba diagnóstica del VIH barreras y facilitadores de acceso a la prueba diagnóstica del VIH</p>
<p>Agentes de socialización frente al VIH/SIDA</p>	<p>Instancias o vías como redes sociales, Padres, Familia, Medios masivos de comunicación, escuela, pares, los cuales, se encargan de transmitir conocimientos, normas, valores, creencias, modelos de conducta y pautas de comportamiento, influyendo directamente en las personas (Pallarés, 2014</p>	<p>Fuentes de información sobre el VIH y SIDA y la prueba diagnóstica del VIH</p> <p>Principales redes de apoyo informativas</p>

---

### **Técnicas de recolección de datos**

A continuación, se describen las técnicas de recolección de datos utilizadas en el transcurso de la investigación.

### **Grupos de discusión**

Los grupos de discusión, tienen como característica particular, la recolección de datos de manera colectiva, dentro de estos grupos, se identifican tipologías que los hacen más sensibles a la recolección de información, debido a que, de manera inicial, solo se enfoca en una situación específica y en la construcción de los mismos a partir de la caracterización (Sandoval, 2002). El objetivo de esta técnica de recolección de información, es buscar la obtención de datos de manera grupal, lo cual se logra, debido a un aumento de integralidad en la recolección hallada en el grupo. Para realizar grupos de discusión, se debe tener en cuenta un número de participantes e intervenciones (Flick, 2004).

Otro aspecto relevante a tener en cuenta por parte del moderador, es generar un ambiente dinámico, permitiendo que el grupo encuentre su conexión con el tema a desarrollar, aceptandola libre expresión y un entorno confortable, consiguiendo el intercambio de experiencias previas entre los participantes. Para lograr lo anteriormente mencionado, el moderador puede contar con diferentes ayudas didácticas como son videos, imágenes, diapositivas, textos ayudas audiovisuales entre otras (Flick, 2004).

Durante la investigación, los grupos de discusión fueron conformados por aproximadamente cinco adolescentes y jóvenes, estando orientados, por un moderador especialista en el tema y apoyado por un relator (integrantes del equipo de investigadores del proyecto macro), quien estuvo a cargo de la grabación en audio de las sesiones y del registro de la información no verbal. La recolección de los datos cualitativos, se desarrolló a través de cinco

grupos de discusión, con aquellos participantes que, durante el desarrollo de la primera fase de proyecto, manifestaron su interés en participar. Las invitaciones se realizaron vía telefónica y correo electrónico. Estos grupos, se realizaron en salones privados con un ambiente confortable y de confianza entre el moderador y los participantes. Finalmente, las sesiones de cada grupo de discusión, tuvieron una duración aproximada de una hora y media, la recolección de los datos cualitativos se realizó en agosto de 2017.

Se construyó una guía de preguntas abiertas como apoyo para desarrollar en los grupos de discusión, las cuales contaron con el aval del equipo investigador (ver Anexo 1), esto, contribuyo para la conducción de las sesiones definidas, aunque con la dinámica de las mismas se fue construyendo de manera *in situ*, dando origen a nuevas preguntas a partir de las narrativas de los jóvenes y las interacciones. Esta guía de entrevista, fue construida por dos investigadores del equipo del proyecto macro, junto con las estudiantes de la Maestría que lideran este Trabajo de Grado y luego fue revisada, por dos investigadores también del equipo expertos en el tema de VIH, que no participaron en la construcción de esta guía de preguntas. Ellos revisaron los ítems a nivel de pertinencia, suficiencia y redacción. Los expertos son una psicóloga magíster en familia, docente e investigadora universitaria, con experiencia en consultoría asociada a VIH y salud sexual y reproductiva, y un psicólogo, con experiencia en atención a personas con VIH desde hace más de 25 años, docente e investigador universitario.

### **Tratamiento y análisis de la información**

Para obtener la información a través de los grupos de discusión, se realizó transcripción de los audios de la forma más fiel posible, incluyendo lenguaje no verbal y paralingüísticos. Una vez finalizada la recolección de la información, se procedió al ingreso de los datos en el software de apoyo ATLAS TI. versión 7, el cual, es una herramienta de análisis cualitativo de datos, que

cuenta con todas las condiciones de seguridad en cuanto a custodia y privacidad de la información que se maneje, además, permitió extraer, categorizar e inter-vincular segmentos de datos desde una gran variedad y volumen de documentos. Basándose en su análisis, el software ayudó a descubrir patrones y probar hipótesis, (Cuevas, Méndez y Hernández, 2014).

No se puede dejar de mencionar, que esta investigación contó con el análisis temático de actitudes, agentes de socialización e imaginarios colectivos y opiniones. Lo anterior, debido a que son obtenidos a través de grupos focales, donde la información se adquiere con notas de campo, documentos, audio, situación que hace que se tenga que tener una metodología de trabajo organizada, la cual, permitirá una recuperación pertinente y ágil (Mieles, Tonon y Alvarado, 2012)

En este contexto, es necesario enfatizar que el método de análisis temático, permite identificar, organizar, analizar en detalle y reportar los patrones o temas que se derivan luego de la lectura concienzuda y relectura de la información recolectada en los grupos de discusión. Lo anterior, con el propósito de lograr una adecuada inferencia en la comprensión/interpretación del fenómeno que se pretende estudiar, de esta manera, se busca evidenciar y examinar, las circunstancias, las experiencias, creencias, imaginarios y actitudes, en torno al VIH y al SIDA, desde las realidades de los sujetos (Mieles et al., 2012).

### **Validez**

El punto de partida de la validación de la investigación, está soportada por la legalización de los datos de acuerdo a lo planteado por Flick (2004), en este caso, se plantea:

- 1) Retroalimentación sistemática en el proceso: es decir, los investigadores estuvieron vinculados durante todo el proceso de la investigación, donde se realizó retroalimentación de cada etapa, adicionalmente, a los participantes se les explicó en qué consistía la



investigación y se estableció el compromiso de informarles los resultados, una vez se terminará la misma, lo cual, permitió autenticidad del estudio.

- 2) Observador: en este aspecto se acordó que unos de los investigadores asumirían el rol de observador externo, el cual tenía como condición, no participar, sino que cumpliría la función de anotar de manera explícita lo sucedido por cada uno de los participantes en cuanto al lenguaje verbal, no verbal y paralingüístico. Posterior a cada sesión, se comentaba de manera personal y profesional de la información recolectada.
- 3) Triangulación: una forma de asegurar los resultados de la investigación en cuanto a la confiabilidad y validez, es decir, la conjugación de diferentes métodos, para lograr recolectar la información lo menos sesgada posible. Con el fin de continuar con el rigor metodológico en la investigación cualitativa, se han definido las siguientes estrategias que garantizarán la calidad de la investigación (Hernández et al., 2014; Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005). La presente investigación desarrolló la triangulación en la realización de los grupos de discusión, en donde se contó con un moderador y dos personas observadoras (de diferentes niveles y/o áreas de formación), lo anterior, permitió tener una amplia y diferentes miradas durante la recolección de la información. Así mismo, se realizó una triangulación teórica, donde se buscó la información pertinente y organizada, lo cual, permitió dar una mirada amplia, entre los diferentes referentes teóricos e investigaciones realizadas para fortalecer y construir un nuevo conocimiento.
- 4) Credibilidad: hace referencia a la captación del significado completo y profundo de las experiencias de los participantes por parte del investigador, para lo anterior, se debe contar con la capacidad de comunicar los sentimientos, pensamientos, lenguaje y punto de vista de los participantes, es decir, tener la capacidad de correspondencia entre la

información que se recibe del participante y la forma como se representa. Para asegurar la credibilidad, el investigador debe considerar las siguientes características: observación persistente, triangulación, comentario de pares, comprobación de los participantes y recolección de material (Hernández et al., 2014; Rodríguez, Lorenzo y Herrera, 2005). Es así como durante los grupos de discusión, la credibilidad se evidenció al momento de captar la información, a través de la realización de la triangulación con los participantes y los materiales de apoyo.

- 5) Autenticidad: hace referencia al equilibrio en la forma de expresarse, tanto de los participantes como del investigador, dicho equilibrio, se logra con la declaración inédita de ambas partes (Hernández et al., 2014). En el desarrollo de la investigación, esta se logró, a través de la transcripción exacta de los audios grabados en cada grupo de discusión, así mismo, se realizó una transcripción fiel de lo sucedido en la actividad con cada uno de los participantes, tanto del lenguaje verbal y no verbal, al final, de cada evento se realizó el cierre de los mismos.
- 6) Seguimiento de protocolo de grupo de discusión, lo cual permitió controlar la mayoría de errores posibles en el desarrollo del mismo.

Todo lo anterior, estuvo revisado y aprobado por dos jueces expertos en investigación cualitativa, dos profesionales en psicología, docentes e investigadores universitarios con experiencia entre 11 años y 30 años en el trabajo de VIH y con adolescentes. Adicionalmente, las sesiones grabadas en audio, previa autorización de cada uno de los participantes, para posteriormente realizar la transcripción y análisis.

### **Consideraciones éticas**

La presente investigación se basa en fines académicos para obtener el título de Magíster en

Psicología de la Salud, de igual forma, se ampara bajo los lineamientos éticos de la ley 1090 del 2006, donde se dicta el código Deontológico y Bioético de los psicólogos en Colombia, y la ley 73 de 1979 “Por la cual se reglamenta el ejercicio profesional de Nutrición y Dietética”, teniendo en cuenta que una de las investigadoras no es psicóloga. Sumado a lo anterior, también se toma de base, la resolución 8430 de 1993, donde se define que la investigación presenta un riesgo mínimo. Sin embargo, en caso de acontecer una posible situación de alteración emocional en algún participante, como consecuencia del desarrollo del tema de investigación, se remitirá al bienestar universitario para que el estudiante reciba apoyo para contención emocional.

El estudio buscó identificar las representaciones sociales que tienen un grupo de adolescentes sobre el VIH/SIDA, ajustándose, a un tema de gran interés para la salud pública, de esta manera, se introduce rigurosamente al enfoque ético y científico, con un enfoque metodológico previamente definido. Es así, como se señala la responsabilidad que todos los procesos de investigación, están ligados al conocimiento científico y humano “haciendo ciencia con consciencia” aportando en la construcción reflexiva del pensamiento sobre los diferentes fenómenos que vive el ser humano (Sevilla 2009, pág. 293)

Finalmente, la recolección de los datos se llevó a cabo, una vez los participantes firmaron el consentimiento informado y se mantendrá en custodia por el grupo de investigación de salud y calidad de vida por cinco años. (Ver Anexo 2). Por último, a los participantes se les garantizo la reserva de su identidad, utilizando seudónimos o letras en el momento de entregar los resultados. De igual forma, se estableció una aclaración donde el investigado, podrá retirarse del proceso cuando lo desee, adicionalmente, se les informó que la investigación no presenta ningún prejuicio o daño que afecte su integridad.

## **Procedimiento**

La presente investigación se realizó en diferentes fases:

Fase 1: Acercamiento al grupo de investigación de línea salud sexual y reproductiva, con el fin de conocer el proyecto e intereses de las investigadoras, lo cual, fue de gran interés basado en el aporte académico y social del tema.

Fase 2: El grupo de investigadoras realizó una revisión detallada y sistemática, de documentos científicos, lo cual, permitió conocer los antecedentes y marco teórico de la situación a investigar, posteriormente, se inició la construcción del documento escrito, argumentando el sustento teórico que permitiera obtener el rigor científico de esta investigación, previo acompañamiento de la directora del trabajo de grado.

Fase 3: Reunión del equipo de investigación para el adiestramiento a tener en cuenta al momento de desarrollar los grupos de discusión.

Fase 4: Definición de logística, en cuanto a personas que realizarían la convocatoria, protocolos de llamada, refrigerios, materiales, tiempos de sesiones de recolección de datos y resultados, lugar para los grupos de discusión y medios audiovisuales. Capacitación al personal que convoca.

Fase 5: Convocatoria a los adolescentes y jóvenes participantes y diligenciamiento de los consentimientos informados, lo anterior, teniendo en cuenta los tiempos definidos para la convocatoria.

Fase 6: Realización de los grupos de discusión en un lugar privado y acorde para tal fin. En Anexo 2 se detalla la forma en que se realizó.

Fase 7: Análisis de los datos y realización de informes finales. Una vez se recolectaron los datos, estos se transcribieron y se analizaron a través del software Atlas Ti versión 7.0. Posteriormente se hizo el análisis de la información, a través de los resultados y la discusión de

las investigadoras. Elaboración del documento final y los informes respectivos a las instancias de la Universidad, con el fin de orientar los procesos de universidad saludable, específicamente en relación con el VIH y el SIDA.

## Resultados

Los participantes en el presente estudio fueron 18 (9 hombres y 9 mujeres) y las edades estuvieron comprendidas entre los 17 y los 22 años ( $M = 19.5$ ;  $DE = 1.38$ ). Se destaca que el 78%, fueron estudiantes de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, cuya carrera más predominante fue Psicología (10). El porcentaje restante, correspondió a estudiantes de las Facultades de Ciencias de la Salud, Ciencias Económicas e Ingeniería, como se ilustra en la tabla 2.

Tabla 2.

*Datos sociodemográficos participantes*

Pseudónimo	Datos Sociodemográficos participantes Grupos de Discusión						
	Sexo	Edad	Carrera	Semestre	Estatus socio	Estado civil	Nacimiento
Álvaro	Hombre	17	Ciencias Política	1	5	Soltero	Cali
Víctor	Hombre	18	Diseño	1	4	Soltero	Cali
Andrea	Mujer	18	Psicología	4	4	Soltero	Cali
María	Mujer	18	Psicología	4	4	Soltero	Cali
Carlos	Hombre	18	Ingeniería Industrial	5	5	Soltero	Cali
Diana	Mujer	19	Psicología	4	4	Soltero	Cali
Valentina	Mujer	19	Nutrición	1	3	Soltero	Cali
Eduardo	Hombre	19	Contaduría Pública	6	4	Soltero	Cali
Érika	Mujer	19	Psicología	6	4	Soltero	Nicaragua
Mario	Hombre	20	Ciencias Política	1	4	Soltero	Quito
Marta	Mujer	20	Medicina	4	2	Soltero	Pasto
Julio	Hombre	20	Psicología	5	2	Soltero	San Vicente
Sebastián	Hombre	21	Ciencias Política	9	6	Soltero	Bogotá
Natalia	Mujer	21	Psicología	7	6	Soltero	Cali
Juan	Hombre	21	Psicología	4	4	Soltero	Cali
Andrés	Hombre	21	Psicología	8	4	Soltero	Cali
Angélica	Mujer	21	Psicología	8	4	Soltero	Cali
Aura	Mujer	22	Psicología	6	6	Soltero	Cali

A continuación, se especifican los resultados organizados según las categorías de análisis seleccionadas en la presente investigación: opiniones y creencias, actitudes y agentes de socialización. Se realizará una descripción representativa de las narrativas de los participantes y posterior a ello, se presentarán algunas de las verbalizaciones que dan cuenta de las representaciones sociales que los participantes han construido en torno al VIH, al SIDA y a la población con el diagnóstico. Igualmente, se muestran los agentes de socialización que han participado en la construcción de sus imaginarios y, por último, se señala las actitudes que los participantes tienen hacia la población con VIH y SIDA y hacia la realización de la prueba diagnóstica. Lo anterior, en congruencia con los objetivos planteados en la presente investigación, es de especificar que no se dieron categorías emergentes. Sin embargo, si se fueron ajustando el nombre de las categorías según la información suministradas por los participantes y sus narrativas.

## **Opiniones**

### **Concepciones sobre el VIH y el sida**

Las personas participantes en los grupos de discusión refieren tener conocimientos básicos y medianamente claros sobre lo que es el VIH. Ellos refieren que es un virus que se transmite por fluidos, a excepción de un participante que, aunque lo duda, indica que la orina es uno de esos fluidos, especialmente, aquellos con los cuales se tiene contacto por vía sexual. Igualmente, ellos indican que el virus ataca el sistema inmunológico, haciendo vulnerable a la persona a otras enfermedades. Sin embargo, en algunos momentos esta puede ser asintomática. Algunos indican que para controlar el virus se requiere de un tratamiento a lo largo de la vida y para prevenirlo, utilizar condón.

*Creo que el VIH primero es un virus, que no presenta síntomas y después, no sé como pero ya después se vuelve sida y ahí es cuando como ataca como cuando se vuelve una enfermedad en si (Víctor, 18 años).*

*Sé que traduce en el virus de inmunodeficiencia humana, se trasmite especialmente por los fluidos humanos, como la sangre, el semen, los fluidos vaginales, creo que también la orina (expresión de duda), bueno (nuevamente expresión de duda) no sé si la orina. Bueno, especialmente los fluidos y es tratable más no curable (Sebastián, 21 años).*

*No, no sé mucho, lo que he leído alguna vez y lo que se me quedó, es que es la falla del sistema inmunológico, es una enfermedad venérea (Mario, 20 años).*

*Que es una enfermedad que se contagia a través de las enfermedades sexuales, que en la actualidad no tiene cura, más de eso no, que se puede prevenir con la utilización de métodos anticonceptivos como el condón no más (Eduardo, 19 años).*

Respecto al SIDA, algunos lo refieren como una etapa avanzada o terminal del VIH y otros hacen diferencias con el VIH. Los participantes expresan que este es un síndrome que genera debilitamiento en las defensas y hace que el VIH se manifieste a través de signos y síntomas. Sin embargo, la mayoría no refiere mayor claridad sobre las diferencias con el VIH, muestran muchas expresiones no verbales de duda y poca claridad, permitiéndose algunos expresar sus ideas y otros abstenerse de ello. Las personas refieren que el sida es la parte sintomática del VIH y eso los hace diferentes.

*Pues (expresión de duda), o sea, yo tenía entendido, algo así que, es como la etapa más grave del virus, ya no puede transformarse en algo más, sino en sida y, estas propenso a otras enfermedades (Pues -expresión de duda-) (Erika, 19 años).*



*Lo que yo conozco sobre el Sida, es que es una enfermedad de transmisión sexual, que puede ser transmitida por determinados fluidos, que afectan el sistema inmunológico y que puede ser transferido a los hijos, a través del parto, entonces, hay unas formas de evitar eso y otras de evitar que sea tan grave el Sida (...) El sida pues hasta donde yo sé (Juan, 21 años).*

### **Conocimientos sobre formas de transmisión**

Las formas de transmisión que indican las personas son: transfusiones de sangre, a través de relaciones sexuales (anales, vaginales u orales), compartir jeringas y por transmisión materno infantil. Las personas refieren que, si bien no se transmite por tocar a la persona con VIH, no hay claridad sobre la transmisión a través de besos y compartir bebidas.

*Es una enfermedad, un virus que se adquiere por sexo sin protección ó por utilizar agujas de una persona que está infectada... que, si hay mucho mito sobre eso, la gente dice que simplemente por tocarlo ó porque que lo abrace se le va a pegar, creo que no es así, más que todo por los fluidos, el sexo sin protección o por sangre (María, 18 años).*

*Por Contacto sexual(Angélica, 21 años).*

*(...) en cuanto a la transmisión, sé que puede ser sexualmente, madre e hijo, creo, si no se está en terapia medica que impida eso en el parto (dice que cree) y por vía sanguínea, se lo pueden pegar a uno en la peluquería o por compartir jeringas(Sebastián, 21 años).*

De acuerdo a lo expresado por los participantes, muchos opinan que todas las personas pueden ser vulnerables para contraer el VIH, sin embargo, otros refieren a través de sus narrativas que consideran o han escuchado que el VIH puede estar mayormente concentrado en "prostitutas,

travestis u homosexuales” o en encuentros sexuales con múltiples parejas, como las orgías. Al tocar este último caso, una persona explica, como existe una práctica sexual que se llama la ruleta rusa y en la cual se tiene relaciones sexuales con muchas personas y alguna de ellas puede tener VIH. Igualmente, en las narrativas, se observa como las personas refieren que está la idea en los jóvenes de que no es necesario usar condón con todas las personas, por ejemplo, cuando se tiene una pareja estable, pero si hay que usarlo con ciertas personas o cuando hay relaciones sexuales casuales con personas que no se conocen. Asimismo, que es posible que el virus esté presente en el organismo de la persona y no manifieste síntomas, sino después de un tiempo particular.

*Diría que todas las personas, independientemente de cualquier categoría social como su género, su estrato socioeconómico, su nacionalidad, independiente, nadie se salva de eso (Sebastián, 21 años).*

*(...) pues sí, yo también opino que, todos podemos estar expuestos al VIH, no expuestos de que salgo y me puedo contagiar del VIH, (pausa la idea), pero, como lo explico, o sea, nadie es como ah que yo no lo voy a tener, (...) porque no me cuido o algo así...yo creo que es algo así (Erika, 19 años).*

*Para mí, que los primeros son como desde mi percepción como de irresponsabilidad, como con la pareja de una relación que uno hace que confía de que se deja llevar por el momento y también de las mujeres casadas, porque digamos una mujer casada confía en su marido y el otro yendo por allá por la 80 a buscar prostitutas o un travesti, entonces llega y le pega el VIH a ella que le fue fiel y ella pensaba que él estaba siendo fiel entonces también es como eso (Marta, 20 años).*

*Yo creo que en esas edad por promiscuidad y desarrollo del ser humano como tal*

*empieza a ser promiscuo y falta de educación, entonces, como que se deja llevar por el momento o, lo que se dice que con condón no se siente o escucha uno mujeres decir, es que a mí con condón no me gusta, entonces, por estas creencias y estos hábitos porque es habito a esa edad y las mujeres casadas, pues lo mismo puede que el hombre vaya y se meta con cualquier vieja y se lo pega a la mujer o puede que la mujer tanga su amiguito y si (Juan 21 años).*

### **Descripciones sobre las diferencias VIH y el SIDA**

Las opiniones que verbalizan los jóvenes sobre el VIH/SIDA son de desconocimiento, manifestando que estas dos condiciones de salud son iguales y no identifican cambios con las personas que tienen el VIH/SIDA

*Yo creería que el VIH es el virus, o sea, como tener un virus de la gripa o algo así y nuestro sistema inmune lo va a atenuar de alguna manera, en cambio el Sida, ya es la enfermedad como tal, cuando se deprime el sistema inmune y eso (Marta 20 años).*

*Hasta el momento creo si es igual, hasta el momento (...) Sí, sería lo mismo, no lo diferenciaría de la población, porque tengo entendido que no es contagioso, sino hasta el método sexual, pero no tiene un distintivo que tenga que tener en cuenta (Eduardo 20 años).*

*Yo en realidad, pensé que era lo mismo, no sabía, así como lo dijo ahora Caro que era una fase terminal, yo pensé que era igual, pensé que VIH y SIDA era un sinónimo y ya (Natalia 21 años).*

## Conocimientos sobre prueba diagnóstica del VIH

Los jóvenes indican que conocen la existencia de una prueba para saber si se tiene VIH, pero no conocen el tipo de prueba específica para determinar si la persona es portadora del virus. La más frecuentemente referenciada en sus narrativas es la de sangre y algunos refirieron la de saliva, aunque con poca claridad al respecto. Sobre el acceso a esta, algunos manifestaron que han participado de campañas en el campus universitario y algunos refieren tener acceso a través de su sistema de salud.

*Conozco una que es la que es por liquido activador o algo así que es compacta, es la que generalmente dan para las campañas de prevención, es como la de diabetes, que te chuzan el dedo, gotea sangre y la persona aplica un líquido y uno espera 1 minuto y ya, después te dicen si salió negativa, lo cual significa que es bueno, y si no, creo que, te manda a hacer otra, antes de saber el verdadero diagnóstico (Sebastián, 21 años).*

*A base de sangre es la que más conozco yo, no estoy seguro (...), tal vez este mal, hay una a base de saliva (...), de lo cual no estoy seguro, tal vez leí mal, pero no se (Mario, 20 años).*

*Realmente yo no sé nada (Angélica, 21 años).*

*No mucho, que de pronto sacan sangre y lo evalúan para ver si uno tiene la enfermedad, pero no se mucho de eso (Eduardo, 19 años).*

Los participantes de manera general refieren miedo y ansiedad de realizarse la prueba, especialmente por obtener un posible resultado positivo. Estas emociones se dan por lo que implicaría vivir con el diagnóstico y los cambios que exige el vivir con la enfermedad. Igualmente, refieren que, aunque hay miedo, sienten que no han estado en mucho riesgo dado que han tenido pocas parejas y estas han sido estables.

*A mí, ansiedad y miedo, antes, durante y después (se ríen los demás participantes y Sebastián). Ninguna de las veces que me he realizado, puedo decir que he estado tranquilo, así no haya tenido una conducta, que yo diga que he estado en riesgo, siempre he estado nervioso, siempre he tenido miedo(Sebastián, 21 años).*

*En mi opinión, yo diría que miedo, porque siento que va a determinar mi futuro, o sea, de ya no como voy a vivir mi vida, de que, sino en algún dado caso, lo comparto con alguien, voy bajo un estigma de esa persona. ¡Miedo!(Erika, 19 años).*

Muy pocos refieren poderla adquirir en su EPS y en laboratorios privados pagándola. Sin embargo, los que se la han hecho refieren que es fácil acceder a ella y a bajos costos.

*Yo quería aportar y era por ejemplo, yo si me he hecho la prueba del sida anteriormente y por medio de mi EPS lo solicite, o sea, hice una cita con el médico general y yo decidí solicitarlo pues porque me sentí como en riesgo, entonces como me sentí en riesgo pues yo solicite le prueba y me la dieron y el costo pues tampoco es muy elevado si lo hacen por medio de la EPS y pues lo que yo tengo entendido pues se hizo el proceso fue echo en sangre, me hacen firmar un consentimiento informado el caso del sida sé que uno puede solicitarlo constantemente pues he escuchado que es bueno si uno tiene una pareja o lo que sea o si tienen actividades sexuales recurrentes, es necesario hacérselo cada 6 meses, también la forma de detención de esta enfermedad, pues tiene que ver, o sea, tiene un tiempo como que no se puede conocer si tiene o no la enfermedad no me acuerdo el tiempo ni como se llama, porque eso tiene un nombre entonces en ese tiempo no se llega a dar cuenta la persona que tiene el VIH pero que pasado 3 meses aproximadamente o 6*

*meses porque no sé si existen diferentes pruebas, ahí ya se puede detectar entonces recomiendo que después de las relaciones sexuales se pueda hacer después de ese tiempo para que la prueba sea verificada (Andrés, 21 años)*

## **Creencias**

### **Creencias relacionadas con la apariencia física de personas que presentan VIH y SIDA**

En algunas de las narraciones, se observa que los jóvenes consideran que, pasado un tiempo de tener el diagnóstico, la persona dejaría de ser “normal” y manifestaría síntomas físicos u orgánicos como, por ejemplo: delgadez, palidez, deterioro, vulnerable a enfermarse y cansancio. Lo anterior, lo relacionaron más con la condición de presentar SIDA. Solamente, una de las personas establece conocimientos más claros sobre el VIH e incluso sobre formas de tratar y los derechos de mantener la confidencialidad del diagnóstico.

*Normales, al principio, normales (Diana, 19 años).*

*Pues hasta donde tengo entendido, eehh (pausa), no es fácil, o sea, no se identifica físicamente quien tenga por ejemplo VIH, porque es una enfermedad bastante tratable, con un tratamiento de antirretrovirales, entonces, uno no podría darse cuenta, pero creo que como a uno le han descrito las personas ya con sida, uno empieza a ver como ciertos síntomas determinados hacia la enfermedad, especialmente, respiratorias y empiezan a tener como unas llagas en la piel, no se causadas por cual enfermedad y se les ve reducido el peso, ya con un mayor malestar frente a la persona con VIH que pasa desapercibido (Sebastián, 21 años).*

*Con sida me imagino que más pálidas, pero es que yo soy muy blanca y a mí por lo*

*menos si me han preguntado y se me notan mucho las venas y se me bajan mucho las defensas, he pasado por persona con sida, entonces, eso me parece un poco estereotipado en esa parte, de las personas que somos muy blancas y que las venas se nos notan y personas ojerosas, entonces, realmente yo me las imagino y porque vi constantemente una persona cercana a mí que tenía sida, se le venía mucho la sangre por la nariz y mantenía muy recaída, o sea, las fuerzas ya cuando la enfermedad va avanzando, es como muy poco funcional de acuerdo a la motricidad, ya quedan y, al final en una cama fallece, ellos quedan en una cama como sin poca energía (Angélica, 21 años).*

*Yo quiero hablar algo que me paso personal, tengo un amigo que está viviendo en Turquía, pero es de Estados Unidos y hemos hablado y todo el cuento y una vez estábamos hablando y me comentó que él tenía VIH y yo como que, no te lo puedo creer (expresión de asombro), no lo podía creer, porque yo lo veo físicamente y no tiene nada es y yo como que es ¿enserio?, incluso, me dijo que había pasado por un tipo de cáncer y yo como que, ¿cómo pasó todo eso? y es una persona que tiene por ahí, unos treinta y algo de años, 35 más o menos, entonces, ver una persona así que habla tranquilamente del tema, me muestra las pastas que está tomando y yo simplemente quede como en shock, puede ser algo cultural, no sé, pero sentí que como que no lo podía creer fue algo muy así (....). Una persona que tiene sida si me lo imagino flaco, me lo imagino una persona pálida, pues algo así que, pierde muy fácil peso y una persona, pues, según lo que leí una vez, también le pueden salir como unas llagas, algunas cositas así eso de resto no se más (...)* (Andrés, 21 años).

Contrario a las opiniones de la mayoría de los participantes, hubo tres estudiantes que

consideraron que no hay relación entre la evolución o avance de la enfermedad y la aparición de síntomas que evidencien un deterioro físico perceptible.

*Yo no sabría cómo diferenciarlos, sé que podrían aparentar estar como más enfermo que otro, o sea, estar en un periodo de deterioro, o que se mire muy mal, pero, no sabría, (...) lo que dijeron, yo no podría decir, si tiene, por que no conocía nada de esa información. (Érika, 19 años).*

*Yo no puede diferenciarlos porque, yo tuve que estar un tiempo hospitalizado y dure como 5 días y había un pabellón donde había 5 personas adultos y estaban acabados y yo le pregunte a la enfermera, que qué les pasaba y me decía que uno tenía sida y otros dos tenía cáncer y yo, los veía igual y no por discriminar y o diferenciar algunas personas por un tipo de enfermedad en específico no. (Carlos, 18 años)*

*Sí, no se diferencian de una población no pueden diferenciarse, internamente de pronto tienen su enfermedad, pero dentro de una población yo diferenciarlas no podría.*

*Entrevistadora: ¿Y comparado con una persona con sida para ti sería lo mismo?, respuesta: “Yo no sé cuál es la diferencia todavía. (Eduardo, 19 años)*

### **Creencias relacionadas con el impacto que tendría para alguien tener VIH**

Los jóvenes, refieren que el diagnóstico de VIH generaría en ellos sorpresa y asombro y en quien lo recibe, podría cambiar su interacción a nivel social ya que algunos participantes consideran que el VIH, es una condición asociada a la exclusión y discriminación.

*“excluida, diría yo” (Andrea, 18 años).*

*Cuando uno habla con amigos y dice: tengo VIH, ah entonces no me puede tocar, muchas veces lo dicen como en serio o charlando (María, 18 años)*

*(...), yo tengo un amigo, pues, tengo 3 amigos homosexuales y ellos salían para todo lado, que, por aquí, que, por acá, que este uno que este el otro, entonces, siempre era*



*como que siempre hablábamos que se tuviera cuidado o que se pusiera condón y pues le descubrieron VIH hace poquito. Entonces, hablando con ellos mismos, decían que lo hacían como por las caras, pero, yo les decía que, ¿que pretendían?, que alguien tuviera cara de VIH o porque pues obviamente la gente piensa como que hay, yo que me voy a estar acostando con esa persona que es habitante de la calle, porque mínimo tiene VIH, pero nadie va a pensar es que no, el gerente de Banco X (se sustituye el nombre) tiene VIH, entonces, las gentes estigmatizan que por cómo se ven y pues eso nada nada tiene ver. (Aura, 22 años)*

*(...) es que de pronto, no decida contarles a todo el mundo ya que es un diagnóstico para ellos, de pronto no es algo que se va a decir así a los cuatro vientos, no creo que eso sea lo deseable para ellos, porque es muy posible que se puedan llegar a sentir distanciados por la sociedad, avergonzados o discriminados, creo que es algo que pueden llegar a sentir ellos. Incluso, cuando mi compañero me conto, pues que tenía sida, o sea, me vio como la cara de asombro y me dijo: ¿estás bien?, ¿paso algo?, o sea, ¿hay algún problema con que yo tenga la enfermedad?, entonces le dije: no pasa nada, pero entonces siento que ellos pueden atribuirles a otras personas y saber que pueden existir la probabilidad de que te discriminan en alguna situación por otra parte (Andrés, 21 años).*

### **Creencias relacionadas sobre las relaciones sexuales con personas que presentan VIH**

En sus narraciones, la mayoría de los participantes expresan dudas e inquietudes y sentirse en una situación de riesgo, ante la posibilidad de tener relaciones sexuales con personas que tengan VIH. No obstante, en sus relatos también revelan la importancia de la protección en la relación sexual. Adicionalmente, algunos manifiestan respetar la decisión de una persona de

tener o no prácticas sexuales con personas que conviven con la enfermedad.

*(...) pero yo creo que es una persona que tiene que tener mucho, o sea, tiene que tener mucha responsabilidad, porque, si va a tener una relación sexual, por ejemplo, con otra persona, tiene que informar, es lo que me imagino yo (...) porque obviamente, pues, que es portador de esa enfermedad y creo yo que tiene que tener mucha responsabilidad sobre su propio cuerpo, porque puede ser incluso, como decíamos de los tatuajes y demás, pues, tiene que informar y decir siempre: perdoná, pero yo en este caso yo tengo esta enfermedad, igual lo que utilices para mí, pues tiene que tener un trato distinto (Álvaro, 17 años).*

*Pues, la verdad, me parece muy normal, porque es una enfermedad, pero tampoco que esa persona tenga que estar condenada a la castidad después de su diagnóstico, (hace pausa). Sí me preguntaría, no sé si sería muy invasivo, si la persona está en tratamiento o porque sé que, si la persona está en tratamiento, puede llegar a tener una carga viral muy imperceptible y la verdad, sería como acostarse con una persona que no tendría VIH, como que no hay lio ahí, la verdad, por ese lado, lo vería muy normal. De resto, se supone que debería que protegerse en cada relación sexual, entonces, el resto sobra, solo me preguntaría, si la persona está en tratamiento, lo cual, creo que tampoco debería (hace una pausa), porque no es mi asunto (Sebastián, 21 años).*

*Yo pienso que sería como que la persona está tomando un tanto arriesgado, es que lo pienso en la primera, pero, (...) si esa persona que está teniendo relaciones con una persona que tiene VIH, está tomando las medidas, las dos personas se están cuidando, como que no le miro nada de riesgo, pero no sé, si por ejemplo en sexo oral u otras*

*cosas, ya si lo miraría como arriesgado, (hace pausa), pero, (hace pausa), son conductas de ellos, (se ríe), pero yo a la primera pensaría que es arriesgado (Erika, 19 años).*

*Pues sí, o sea, tengo varias preguntas internas, como por ejemplo: ¿Qué tipo de cuidado están teniendo, si la persona está en tratamiento? (...), ¿cómo sería?, ¿cómo lo están llevando? (...), así sería, es lo que yo mismo me preguntaría. Yo tenía una pareja allá en Quito, la hermana comenzó a salir con un israelí, que tiene VIH, y a la final ellos dos definitivamente se juntaron, lo cual, me sorprendió a mí, porque en ese momento no estaba tan empapado de lo que significaba, entonces, cuando viene la pregunta si tuviera relaciones sexuales con una persona con VIH?, creo que también dependería mucho de mi educación, de la educación de esa persona, como este tomando esa persona el tratamiento, porque hay varias cosas que yo también pueda ignorar, si me entiende?, a primera diría no, tal vez pueda contagiar (...), pero tal vez muchas cosas y me pueda estar perdiendo de otras (Mario, 20 años).*

### **Actitudes hacia las personas con VIH**

Se observa en las narrativas de los jóvenes, imaginarios construidos socialmente que dan cuenta de estigma y discriminación. Aunque algunos refieren mayores conocimientos y una interacción basada en el respeto e inclusión, otros refieren que el VIH, puede ser contagioso y por ello hay que tener cuidados al relacionarse. Por su parte, en sus discusiones plantean argumentos en favor y en contra de que las personas con VIH tengan una vida sexual activa. Los que están en contra manifiestan que pueden propagar el VIH, motivo por el cual, aceptan el no ser capaz de relacionarse con las personas con VIH, pues, reconocen, además, ser escrupulosos, no tener claro cómo se trasmite y cómo pueden prevenir la enfermedad, sintiendo que están expuestos todo el

tiempo, llevándolos a tomar decisiones, hasta de romper las relaciones sentimentales con sus parejas.

*Yo soy muy escrupulosa con el aseo, entonces tenga o no tenga, yo tengo mi propio vaso en mi casa, es mi vaso y mi plato y digamos que, si se queda a dormir, pues peor y no pues, la tasa no, yo, en ese sentido soy muy escrupulosa, con el antibacterial no puedo, entonces, digamos que, con una persona de VIH, tendría el doble de cuidado (Angélica, 21 años).*

*Pienso que hay dos situaciones y en ambas situaciones diría que no, o sea, que terminaría con la persona, con mi novia, pues, la primera es que me haya sido infiel y la segunda, que la haya adquirido por medio de un accidente, por ejemplo, a través de la sangre, por ejemplo digamos que sea el ejemplo de cine, que le haya pasado a ella entonces no necesariamente hay que pensar que haya sido infiel, en ese caso, sin embargo, diría también que no, porque siempre tendría la preocupación de adquirirlo por x o y motivo (Carlos, 18 años).*

*Yo también terminaría la relación más que por el hecho de que me haya sido infiel o no o si, uno diría me ha sido infiel, pero, el hecho de que me haya sido infiel, pero yo no tenga el VIH pues allí ya hay que darle gracias a alguien porque el hecho de tener la posibilidad de adquirirlo por cualquier falla no sé, porque yo no sé si dándole un beso a una persona que digamos mi novia tiene VIH y tenga una herida en la boca, no sé si sea posible (Juan, 21 años).*

*En mi opinión, en cuanto a precauciones con mis familiares, sería, así, igual (...), si ese familiar se corta en la casa o algo así, ver si la herida esta vendada, o no sé,*

*eliminar el vaso con el que se cortó, no sé, cosas así. (Erika, 19 años).*

Entre tanto, los otros participantes dicen que, si pueden, pero deben tener precauciones basadas en relaciones sexuales con protección, e incluso uno plantea que sí, tendría relaciones sexuales con alguien, que tenga VIH, usando ciertas precauciones y evitando ciertas prácticas, sin embargo, esta misma persona reflexiona que es probable que haya estado con alguien que pudiese tener el diagnóstico y no haberlo dicho. Ante la opción de ellos mismos tener VIH las personas refieren miedo y que ello los llevaría a cambiar sus prácticas y estilos de vida, por ejemplo, la evitación a tener una vida sexual activa con el fin de evitar contagiar a otros.

*Entrevistadora ¿Tú creerías que una persona con VIH no debería tener relaciones sexuales? “sí, pero con más precaución” (Diana, 19 años).*

*Yo personalmente creo que, la verdad, sería lo mismo,... Cuando tenés control, cosas así, creo que lo que cambiaría, sería que yo me pondría un poco más pendiente en la parte de salud de mi familiar, y pues si es una persona que tiene una vida sexual activa, también como ¿te estas cuidando?, no es algo que comúnmente yo le preguntaría a un familiar, pero es lo que el debería hacer (Sebastián, 21 años).*

*(...) yo me abstendría rotundamente a tener relaciones sexuales, aunque, conozco que existen posibilidades y que hay formas y que no sé qué porque me la han comentado, pero yo sabiendo la condición no concibo el riesgo, eso es como una parte, también siento como compasión de la persona, de pronto si la comienzo a ver cómo, oh por Dios, como, que va a pasar con esta persona, como con preocupación, es más que todo, es algo como lo básico que yo podría llegar a pensar, pero nunca me ha pasado así, también he llegado a pensar de pronto, pues que existan probabilidades así, súper minuciosas de que*

*pueda contagiar a alguien (Andrés, 21 años).*

*Yo sí tendría relaciones con esa persona con VIH, porque sigue siendo una persona, así este enfermo, no tiene nada de diferente (Eduardo, 19 años).*

*No, a mí me daría pánico, o sea, ni siquiera, o sea, lo de la infidelidad pasaría a un segundo plano, si fue así o no fue así, pero no, el hecho de que tenga esa enfermedad, ya para mí es horrible y me generaría un pánico de riesgo porque cualquier posibilidad, por mínima de adquirir la enfermedad ya es duro (Julio, 20 años).*

### **Actitud hacia personas conocidas diagnosticadas con VIH.**

Los participantes refieren que, al recibir la noticia de que alguien cercano a su familia que tiene diagnóstico positivo de VIH, sus reacciones serían de sorpresa y precaución. Otros entrevistados, reportaron que al tener conocimiento de que las personas allegadas tenían VIH, su actitud, no cambiaría, por el contrario, manifestaron sentimientos de consideración hacia la persona con esta enfermedad. Así mismo, resaltan la educación en VIH, como un aspecto clave, en todas las personas, en especial, hacia quienes rodean a la persona con esta enfermedad.

*Pues en mi caso, si es un familiar, y me daría la noticia, me echaría a llorar, porque obviamente en el contexto que me lo presentan es grave y que la persona se va a morir, entonces, yo, me echaría a llorar, y luego, estas más preocupado por esa persona, eh, pero ya (Erika, 19 años).*

Teniendo en cuenta lo expresado por Erika, dos participantes responden:

*Lo mismo (Mario, 20 años)*

*Lo mismo (Álvaro, 17 años).*

*A mí me generaría intriga, saber cómo porqué y que está haciendo para enfrentar la situación, más que como muchas personas que les da como asco. O tratan de evitar a mí me daría más intriga. Les da miedo, evitan el contacto. Yo me quedaría como en schok y al mismo tiempo como si son portadores del VIH y no han dado información de eso los categorizaría como irresponsables porque si ellos lo tienen porque no dan esa información para poder prevenir eso. (María, 18 años).*

*Yo personalmente tengo un amigo que tiene VIH,.... O personalmente creo que, la verdad, sería lo mismo, pero cambiaría (hace pausa), por ejemplo, cuando uno tiene un familiar con cáncer, o sea, que él tiene que empezar un tratamiento, el VIH es igualmente una enfermedad que tiene que empezar a tratar, que uno sería muy pendiente, por ejemplo, ya te tomaste la pasta? Cuando tenés control, cosas así, creo que lo que cambiaría, sería que yo me pondría un poco más pendiente en la parte de salud de mi familiar, y pues si es una persona que tiene una vida sexual activa, también como ¿te estas cuidando?, no es algo que comúnmente yo le preguntaría a un familiar, pero es lo que el debería hacer. (Sebastián, 21 años).*

*En mi caso, yo diría que no trataría distinta a esa persona, por ejemplo, yo me pongo a pensar y en el momento yo estoy diciendo que no la trataría distinto, pero realmente yo no tendría la oportunidad de convivir con una persona y no sé si en el momento cambio de opinión, entonces, pero, aquí en este instante eso es lo que opino, que no la trataría distinto. (Erika, 19 años).*

*Sería una preocupación, o sea, ayudaría a estar súper pendiente de esa persona, literalmente ya sea como, tomate las pastas o no hagas más las cosas que te dañe más la*

*salud, o sea, si lo pudiera meter en una burbuja lo haría, o sea, pues, pero me preocuparía mucho, precisamente por la parte de la salud básicamente eso. (Andrés, 21 años).*

*En mi caso, si es muy cercano a mi igual a Felipe estar muy pendiente, también, teniendo un poco los límites pero como somos personas muy diferentes él lo metería en una burbuja y yo trataría de que siguiera el tratamiento, porque mi vida también sigue y no puedo hacer que la vida dependa de mí o yo dependa de ella y en caso de una amistad, mi comportamiento sería igual, pero, si digamos que con la excepción sin necesidad de recordárselo tanto si está pendiente de ella de como está de ánimo o de salud, si hoy me voy a mejorar si hoy empeoro los medicamentos. (Angélica, 21 años).*

*Tristeza, porque es un familiar que se contagió de una enfermedad sin cura, sería tristeza pero no me afectaría de manera directa, porque continuaría con su vida normalmente, él tendría precauciones en su vida personal, íntima, relaciones pero en su vida social y laboral, seguiría siendo el mismo no tendría gran cambio, es decir, digamos beberías del mismo vaso que bebe esa persona, compartirías platos, cubiertos, toalla David, “si (Eduardo, 19 años).*

### **Actitudes hacia prueba diagnóstica VIH**

Algunos de las y los jóvenes, refieren que se harían la prueba, en casos en los que se hayan sentido en riesgo o algún comportamiento que les generara duda, o en algunos casos por autocuidado, por ejemplo, relaciones sexuales sin usar algún método de barrera, con alguien que no conocían o porque se enteran que la pareja sexual fue diagnosticada con VIH. Por otro lado, se observa que casi la mitad de los participantes de los grupos de discusión, se abstienen de responder las preguntas relacionadas con las actitudes hacia la prueba o la realización de esta y,



evitan entrar en la discusión que sus compañeros en el grupo comenzaron y/o mantuvieron durante el tiempo del encuentro. Tampoco reportaron haber tenido barrera en el acceso a la prueba diagnóstica del VIH.

*“yo si lo haría, si me doy cuenta que alguna ex pareja, de pronto descubrió que tiene VIH, si me hago la prueba (Erika, 19 años).*

*Yo me haría la prueba, entonces es como porque yo no le he sacado el tiempo, como que nunca me viene a la mente y también porque me debe de dar un susto horrible(Julio, 20 años).*

*Yo si tuviera duda también lo haría como para conocerme a mí mismo y tener precaución (Juan, 21 años).*

*... incluso voy a decir algo y es que hace rato no me la hago y la he venido posponiendo y siento que es necesario hacérmela entonces sí, he estado, así como con esa sensación de susto frente a la prueba, pero esa sensación de que si lo hago y sale negativo siento un descanso, pero también no solo eso es como tomar las precauciones, comenzar a ser más consiente de la situación entonces yo digo que hacerse la prueba es muy bueno (Andrés, 21 años).*

*Porque si tengo la sospecha de haber adquirido la enfermedad me gustaría realizarme la prueba como para no ir a contagiar a las demás personas y tener conocimiento de que dentro de mí no hay ningún virus que pueda hacer daños a los demás ningún virus o bacteria(Eduardo, 19 años).*

*Mi novio me dice pues hacerte la prueba ya mismo y yo como que hay no, yo no*

*me la voy hacer, que susto, no pero para salir de esto porque imagínate yo como que voy a estar con eso toda la noche, no voy a poder dormir y yo no yo no me la hago y cuando me la voy hacer yo ni quiero ver eso, entonces, uno como que no uno con el miedo,....Como decir que susto yo que me la voy hacer si esta la probabilidad, pero yo creo que si yo tuviera dudas yo lo haría sin duda lo haría. (Aura, 22 años).*

*En mi caso procuro siempre de que si tengo algún tipo de relaciones sexual que sea con una pareja estable....me haría la prueba inmediatamente no sin antes hablar con la persona como confrontarla de pronto y me la haría muy rápido para iniciar el tratamiento creo es mucho mejor para mi bienestar y pues si él se lo quiera hacer, pues bien, pero por mi parte si me preocuparía muchísimo por mi bienestar primero (Angélica, 21 años).*

## **Agentes De Socialización**

### **Fuentes de información en VIH y sexualidad**

Los jóvenes refieren que, la educación sobre sexualidad debería ser desde la primera infancia y manifiestan que la responsabilidad debería estar en manos de los padres. Sin embargo, expresan que esta no se hace y es más frecuente en la adolescencia o cuando a las mujeres les llega la menstruación. Algunos han recibido educación en sus colegios y unos cuantos, en su casa, por relaciones cercanas con sus padres, más con la madre y hermanos mayores. No obstante, es un tema socializado más centrado en el placer o evitación del embarazo, así mismo, cuando refirieron hablar del tema con sus pares, se observó que las conversaciones están más enfocadas en contar sus experiencias sexuales, el placer y la protección.

*Yo tenía una clase que hablábamos de sexualidad, ahora que recuerdo era buenísima, porque el profesor hablaba abiertamente sobre el tema y todo el mundo le entendía, hasta que un papá no le gusto y dijo que lo iba a demandar, entonces, al profesor le toco cancelar las charlas que nos tenía y dar la clase típica (Diana, 19 años).*

*Creo que debería informar bien, desde el hecho que el niño tiene como la duda de cómo llegan los niños al mundo, porque la mayoría de veces, los niños se enteran por otro lado, en cambio mis papás, desde chiquita me fueron muy claro los niños vienen al mundo de esta manera(...).Yo por eso, yo creería que es por la falta de información que ellos también toleran, porque ellos no están bien informados, a veces les da pena hablar también por el tabú que ellos tienen, si ellos no están informados pues no nos van a informar bien de eso (...).Yo pienso que principalmente los padres, porque después que los padres tengan esa mentalidad y sepan instruir a los hijos ya para el colegio, es más fácil tratar esos temas y no volvería tan complicado que el colegio hablara esos temas o esos tipos de materia, para que los demás conozcan de ahí ya el colegio (Andrea, 18 años).*

*En el colegio, con mis amigos y amigas hablábamos de todo, contaban las experiencias y nosotros escuchábamos (...). Basan más la sexualidad como en eso de evitar el embarazo o el placer, que pensar como en otro tipo de consecuencias que no solamente es el embarazo (Valentina, 19 años).*

*Yo veo que esos temas de sexualidad, se dan más entre amigos y que cuidado, utilizar el condón o que tal cosa, es más para prevenir embarazos, pero no miran tanto el VIH o el Sida (...) O también los condones hacen mucho comercial relacionado con el placer,*

*con más duración, no le meten lo de las enfermedades (María, 18 años).*

*Yo creo que es preferible que, o sea, que los papás piensan eso, yo creo que es preferible que los papas nos cuenten, igual la curiosidad va a estar mientras los papas le cuenten a uno. Es preferible que ellos nos cuenten como que nos informen a que uno lo escuche de un amigo o de otra fuente, no sé (Víctor, 18 años).*

*Pues, muy poco la verdad con amigos, más es un tema de tal vez con pareja y con familia, creo, no es que se ronda o se menciona mucho, pero se tocan algunos temas, pero con amigos, solamente cuando llega el tema es advertencia, nada más, cuídate, cuídate mucho, pero, de que nos pongamos a indagar o preguntarnos a cerca de una u otra cosa puntual del tema, no (Mario, 20 años).*

Por otro lado, algunas narrativas dieron cuenta de que los participantes abordan temas de sexualidad con sus hermanos o hermanas y adicional, resaltan el rol de este, en algunas experiencias vividas por los participantes:

*Yo con mi hermana mayor también, pero también, como muy en lo básico, en la parte más conceptual y, trasciendo un poco como en donde uno se puede hacerse la prueba, las pruebas que hay, cada cuanto uno se la debería hacer, pero muy normalizado, como, hay no me he hecho tal prueba (Sebastián, 21 años).*

*ya uno es señorita como a las 15, uno cumple los 15 y ya la niña como que deja de ser niña y ya entonces cualquier salida entonces yo soy la menor entonces mandaban a mi hermana mayor a que hablara conmigo, ella es mucho más grande y digamos que hablaba de mi autocuidado y el cuidado del otro entonces que en el momento que yo*

*quisiera empezar mi vida sexual ella si me presento una página y allí estaba sífilis bueno un mundo de imágenes y realmente para tener 15 años fue desagradable y yo me Salí de allí y yo pues sabía que el método era el condón y ya como método de barrera ya no más(Angélica, 21 años).*

*A mí se me había olvidado mucho con mi hermana sobre el tema y ella también me acompañó a hacerme la prueba de profilaxis, mi hermana mayor, entonces no le contamos a mi pareja y mis papas tampoco se dieron cuenta, realmente, en ese momento, si me sentí como solo, lo hicimos como muy clandestino. En realidad, si tenía susto de que se dieran cuenta que estaba tomando antiretrovirales y además que mis papas son farmaceutas y conocen de los medicamentos, entonces, también no me quería imaginar que ellos supieran, creerían que hasta tendría sida (Andrés, 21 años).*

Los participantes también indican acceder a información a través de páginas web y material por internet, comerciales o programas de televisión, los cuales están más centrados la protección con el condón, en temas relacionados con el placer y no en informar de manera más amplia sobre ITS. Por otro lado, refieren las campañas realizadas por la Universidad, asimismo, mencionaron recibir con poca frecuencia información en la EPS y profesionales de la salud, a excepción de una participante que refirió tratar el tema específicamente con ginecólogo.

En general, se percibe que los jóvenes expresan hablar poco sobre el VIH y cuando han querido ampliar información lo han hecho de forma autónoma y auto dictada, buscando material en internet, sin embargo, algunos participantes expresaron realizarlo en páginas denominadas por ellos como “confiables”. No obstante, no hubo claridad sobre la fuente de ellas. Se resalta que solo hubo un participante que, si expresó la página web de una institución de salud, en la cual ha

indagado sobre el tema, manifestando agrado y confianza por la información ahí proporcionada.

*Yo diría que los medios de comunicación de aquí (Colombia), muestran más como las estadísticas y cómo en el qué vamos en el VIH y el SIDA, más que en detenerse en el qué es, como prevenirlo y la prueba diagnóstica, ya esa información, la he encontrado más en redes sociales que en medios como la televisión y ya es por trabajo personal, que uno ha ampliado un poco más el tema(Sebastián, 21 años).*

*Pues, hablarlo en grupo con amigos, no, pero, por iniciativa propia, tal vez alguna inquietud, una pregunta propia sí, (...), o sea, donde yo he utilizado los recursos como internet(Mario, 20 años).*

*Ginecólogo, amigos, internet (Natalia, 21 años).*

*EPS (Juan, 21 años).*

*De pronto, he visto publicidad cuando voy a la EPS (Eduardo, 19 años).*

*Yo he buscado a través de la página de pro familia, he buscado información allí y me dio mucha y muy buena información (Andrés, 21 años).*

*Si, pues, digamos que el tema VIH o Sida, digamos que es como muy repetitivo y es contradictorio a la vez, porque uno puede que lo escuche mucho, pero tampoco se informa mucho y también es como que todo el mundo lo está trabajando en pequeños proyectos, entonces, no lo quieres volver a tocar o, ya es un tema tan tratado tan hablado, que ya no sabes que es verdad y que no, entonces, como no tienes un profesional al lado entonces le crees al amigo, entonces, como que no prefiero hablar*

*más de eso, no tocarlo. (Angélica, 21 años).*

### **Principales redes de apoyo informativo**

Los jóvenes refieren como fuente principal a los padres, especialmente a la madre. En sus narraciones expresan que han acudido a la madre para resolver inquietudes o comentar sobre alguna situación particular. En general, ellos establecen que estos temas deberían ser desarrollados por ellos y que podrían ser más frecuentes y profundos.

*Mi mamá es la única con la que me dice que hay que cuidarse que con el condón siempre, yo si mamá, pero que me diga que la prueba eso no (Sebastián, 21 años).*

*Yo, por ejemplo, he hablado con mi mamá de eso, pero no como un grado de confianza que me sienta súper cómodo, no, pero si hemos hablado (Víctor, 18 años).*

*(... ) Solo que en ese tema de la sexualidad no lo hemos tratado, casi es más como exploración propia, pero que el tema se haya hablado así en casa mucho no me dicen que la protección y por ser niña con más razón me tiene que cuidar y evitar enfermedades de transmisión sexuales, pero, así que sea de tema de hablar en la mesa no (Angélica, 21 años).*

*Con los padres, yo diría que sí, (...) únicamente, por lo menos en mi caso, son papá y mamá los que más mencionan el tema, sobre todo, porque hace mucho tiempo mi mamá trabajo con niños que tenían VIH, entonces desde eso, ella se informó mucho acerca del tema y de alguna u otra manera sale, (...) pero como dije, no siempre muy puntual (...) para comentar mucho, sino, tal vez lo básico” (Mario, 20 años).*

*Principalmente, nuestros padres nos transfieren a mi hermana de no embarazarse y yo no*

*embarazar a mi pareja, pero, nada referente al VIH solo de abrazo y tener prevención y todo eso (Eduardo, 19 años).*



## Discusión

Teniendo en cuenta los resultados de la investigación, se realiza la discusión, de acuerdo al planteamiento del objetivo general del estudio, el cual, se centró en comprender desde la perspectiva de los adolescentes y jóvenes, las representaciones sociales que ellos han construido sobre el VIH y el SIDA. Así mismo, se establecieron como objetivos específicos: a) describir las creencias y opiniones que los adolescentes tienen sobre el VIH y SIDA, b) describir las actitudes que los adolescentes presentan hacia las personas con VIH y c) reconocer los agentes de socialización que participan en la construcción de opiniones asociadas al VIH y SIDA.

Para profundizar en los objetivos definidos, fue importante revisar y evaluar diferentes estudios que han aportado en el campo del VIH/SIDA, siendo este, un tema de gran interés a nivel mundial y de salud pública, convirtiéndose, en un tema relevante en los diferentes contextos de la sociedad, y así, lograr una mayor comprensión de las representaciones sociales sobre el VIH/SIDA.

Para lograr describir las representaciones sociales basadas en las creencias, se tuvo en cuenta la teoría de Moscovici (1961), la cual, tiene como elementos, los conocimientos, opiniones y actitudes. Además, para facilitar la descripción de lo narrado sobre el VIH/SIDA, en los adolescentes y jóvenes, fue pertinente realizar un proceso metodológico, basado desde un enfoque histórico hermenéutico, el cual, se basa desde una perspectiva subjetiva, teniendo en cuenta, la experiencia individual, permitiendo de esta forma, identificar cuáles son las representaciones construidas por ellos mismos, (Vasco,1994) respecto al tema de estudio, a través, de los grupos de discusión, las diversas narrativas de los estudiantes y el conocimiento previo de las investigadoras en el presente trabajo, permitieron nutrir la investigación.

De acuerdo a la propuesta del estudio, las representaciones sociales, se forman y se relacionan bajo los vínculos sociales y familiares, construyendo significados, los cuales, el individuo los apropia y los transforma según su contexto sociocultural (Moscovici, 1961). A partir de lo observado en el desarrollo de los grupos de discusión y sus diversas narrativas, los estudiantes participantes, de diferentes facultades, de una universidad privada de la ciudad de Cali, presentan conocimientos propios, construidos a través de la relación con él otro o en su entorno, lo anterior, se respalda en el planteamiento de Botero et al. (2008), el cual reafirma que, las representaciones sociales son conocimientos propios, cuyo proceso y contenido de construcción, se apoyan en el contexto propio o entorno en el que se presente, en este caso, un espacio común como es el universitario y la ciudad de Cali, como lugar de residencia actual de todos. No obstante, es preciso resaltar la procedencia de 5 participantes, los cuales, no son de la ciudad de Cali. Este aspecto es clave, en la medida en que las representaciones se van construyendo y resignificando según las experiencias diarias.

Acorde con las narrativas de los participantes, acerca de la descripción de las creencias durante la investigación, se identifica cómo los conocimientos previos construidos de forma individual y colectiva, a través, de las creencias propias, hacia el diagnóstico, volviendo a las personas más vulnerables hacia la enfermedad (Ríos, 2011). De esta forma se evidencia que las construcciones individuales que tienen los adolescentes y jóvenes sobre la definición conceptual del diagnóstico son posiciones independientes que los lleva a tener diferentes perspectivas sobre el conocimiento real de la enfermedad.

Por lo anterior, es importante, tener en cuenta lo planteado por Cahn (2007), quien define el VIH de manera teórica y científica, como una enfermedad que ataca el sistema inmunológico, a causa del virus y como consecuencia de esto, se derivan diversas enfermedades, que

desencadenan el estadio SIDA. Sumado a lo anterior, es relevante resaltar, una brecha de conocimiento que se identificó en los estudiantes durante las narrativas de los grupos de discusión referente, al tema de las opiniones donde ellos no logran identificar diferencias significativas en los dos conceptos convirtiéndose esto en un gran reto para las instituciones de salud y educativas para lograr la interiorización de los conceptos desde dinámicas innovadoras, que impacten en los adolescentes y jóvenes, situación que también se identificó en la investigación realizada por Sánchez et al. (2016). Teniendo en cuenta lo mencionado es de vital importancia que los adolescentes y jóvenes comprendan los significados y diferencias de los términos VIH/SIDA, para romper paradigmas y adquirir otros basados en la evidencia científica. Es clave que las instituciones educativas junto con las de salud fomenten las actividades necesarias para su debida socialización y se puedan obtener los resultados esperados como son tener conocimiento científico de la enfermedad, la importancia del cuidado y una sexualidad responsable.

Con base en las narraciones de los participantes en los diferentes grupos de discusión, se identifica una de las dimensiones de las representaciones sociales como es la información (Moscovici 1971), la cual, permite a los sujetos, la construcción de las diferentes creencias sobre el VIH y el SIDA, enfocadas, desde la experiencia previa del diagnóstico, lo que genera diferentes opiniones, que hacen que cada sujeto lo interiorice y construya una interpretación de acuerdo a lo vivido frente a la enfermedad, razón por la cual, el conocimientos no está ligado exclusivamente a la academia, a los contextos de educación formal y los entes de salud, sino que, se involucran otros agentes de información.

Por otra parte, los adolescentes y jóvenes señalaron, que las personas de las cuales se encuentran en mayor situación de riesgo, para adquirir el virus, son los homosexuales, travestis y

prostitutas. Es decir, acorde a sus narrativas, en general, se percibió que, ellos aún sienten muy débil la idea sobre que todas las personas, pueden estar en riesgo de contraer el virus y esto, refuerza aún más, los resultados expuestos en estudios de investigación, donde se reitera que en los imaginarios colectivos, sigue consolidada la idea del VIH/SIDA, como una enfermedad de “otros”, lejos de la cotidianidad (Earnshaw et al., 2014; Jones et al., 2017; Labra y Lacase, 2015).

En este sentido, las investigadoras consideran, resaltar dos aspectos fundamentales, lo cual es motivo de análisis, como lo es, anteponer una confianza en la pareja o cualquier otra persona que se considere cercana socialmente (por ejemplo los pares), por no considerarla perteneciente a un grupo de riesgo para VIH (homosexuales, travestis y prostitutas), de esta forma, poco se percibe el riesgo y por ende, las posibilidades de tomar medidas de protección de barrera son bajas, frente a una práctica sexual. De igual modo, este imaginario colectivo, traducido en una conducta riesgosa para adquirir el VIH, fortalece la idea de la existencia de grupos sociales que también ejecutan prácticas sexuales, pero, con el estigma, que ellos si pueden contraer la enfermedad.

Lo anterior, intensifica la construcción social discriminatoria hacia estas poblaciones, afectando sus dinámicas de vida y de inclusión plena en la sociedad, potencializando de esta forma, la no aceptación de la diversidad cultural, tanto sexual como de género y los diferentes modos de vida. Consecuentemente, se perpetúa la división cultural y el inicio de una estructura social inequitativa, hacia las personas percibidas socialmente en grupos de riesgo, como de las personas que conviven con el VIH/SIDA.

Resumiendo lo anterior, a partir de lo que indican los adolescentes y jóvenes, se identifica baja percepción de riesgo en sus prácticas sexuales, argumentando tener relaciones

sentimentales, aparentemente estables y bajo uso de protección, refiriéndose a la confianza que se tiene en su pareja, estos hallazgos son congruentes con los resultados encontrados en los diferentes artículos de investigación realizados (Chacón et al., 2014, Guerrero y Ramos, 2015; Quintal y Vera, 2014; Reartes, 2011). No obstante, esto no significa que los adolescentes y jóvenes que participaron de la investigación, carezcan de información al respecto sobre el VIH, porque sí manifestaron haber recibido algún tipo de educación, a través, de un medio informativo o redes sociales o información brindada por familiares o allegados. Lo expuesto anteriormente, invita a revisar las estrategias de capacitación que se ha brindado, por los diferentes agentes educativos, teniendo en cuenta, los hallazgos encontrados en los grupos de discusión, en torno a la baja percepción de riesgo de adquirir VIH, ligado a que no se reconocen como un grupo susceptible a la transmisión del virus.

Otro aspecto, a tener en cuenta y no menos importante, el cual surgió en los grupos de discusión, fueron los conocimientos, sobre las diferentes formas de transmisión del VIH, identificando, algunas brechas de información en los adolescentes y jóvenes, tales como, el conocimiento y el concepto teórico del VIH/SIDA, como también, desconocimiento en la forma de transmisión, es decir, si este se adquiere por otros fluidos corporales, diferentes a la sangre o a fluidos vaginales o semen. Esto implica una falta de conocimiento pleno sobre el concepto del virus, de la enfermedad y las vías de transmisión.

Sumado a lo anterior, respecto a las creencias sobre el VIH y el SIDA, los resultados obtenidos en los grupos de discusión, permitieron comprender que los jóvenes, perciben diferencias en la apariencia física y los dos estadios de la enfermedad, pese a que la gran mayoría de los estudiantes, no tienen claridad conceptual sobre la diferencia entre el VIH y el SIDA, si es marcado, la asociación del SIDA, como la etapa terminal que genera afectaciones como:

“desgaste, disminución de peso, palidez, cansancio, pérdida de habilidades motrices” y que finalmente, desencadenaría la muerte de la persona. Lo anterior, se contrasta y coincide con los resultados obtenidos por varios estudios de investigación en jóvenes y adolescentes universitarios, lo cual, pone de relieve la vigencia de una representación social, que estereotipa el aspecto físico de las personas que conviven con la enfermedad (Antunes et al., 2014; Brand et al., 2016; Chacón y Lugo, 2015; Labra y Lacase, 2015) y que puede afectar en gran medida la forma como se auto perciben las personas recién diagnosticadas con VIH. De igual manera, se evidencia en el estudio planteado por Cardona et al. (2013) quienes encontraron un resultado significativo en la discriminación en los adolescentes y jóvenes, evidenciando que aún se continúa presentado una discriminación sobre la enfermedad.

Adicionalmente, llama la atención en uno de los relatos, las diferentes expresiones de asombro e incredulidad al enterarse o saber de personas que presentan el diagnóstico de VIH no presentan cambios físicos significativos, esta situación, se adiciona a la forma como la cultura socialmente construida en este aspecto a continuando impregnada en el imaginario de las personas. Sumado a lo anterior, se resalta que del total de los participantes de la presente investigación algunos no establecieron estereotipos del punto de vista físico para esta población; sin embargo, sus apreciaciones, están enmarcadas en el desconocimiento o desinformación, que ellos mismos manifestaron tener. En otras palabras, dan por hecho que hay cambios corporales y diferencias físicas entre las personas que tienen VIH y SIDA, pero que no las conocen. Lo anterior, hace parte de las creencias colectivas las cuales, a la luz de la evidencia actual, no son reales.

Los resultados obtenidos, invitan a una reflexión profunda sobre la representación social históricamente arraigada, en relación, a la forma como se percibe la enfermedad y, se considera

pertinente citar los estudios realizados por Labra y Lacase (2015) y Torres et al., (2010), los cuales, permitieron al grupo de investigadoras de la presente tesis, cuestionar cómo los relatos de los participantes, dan cuenta de la visibilización y el significado del VIH, como una enfermedad asociada a un dictamen de desgaste y muerte, más que ser concebida, como una enfermedad crónica no curable, pero, sí tratable. La situación anterior, merece consideración, en el sentido, del impacto social que se puede generar, el concebir erradamente la enfermedad, precisamente, por los aspectos negativos que se siguen entretejiendo y a su vez, cómo esta situación puede permear a los jóvenes, en la posición que asuman frente a la enfermedad, tanto en su autocuidado y prácticas preventivas, como también, en la socialización que ellos establezcan con las personas que conviven con la enfermedad.

Entre tanto, parece factible comprender desde sus narrativas, cómo sus creencias respecto al aspecto físico, se entrelazan con aspectos morales y psicológicos de quien padece la enfermedad y, esto a su vez, hace sentir a los participantes, que las personas con VIH, se sienten menospreciadas, discriminadas, avergonzadas, aisladas y finalmente, excluidas socialmente. Inclusive, en este aspecto, también se destacan algunas asociaciones entre el tener VIH y pertenecer a grupos etiquetados socialmente, en vulnerabilidad como los “habitantes de la calle”.

La anterior apreciación, muestra una vez más, la creencia ambivalente de los jóvenes, es decir, expresan que pueden estar en riesgo de adquirir el virus, pero, a su vez, consideran que hay grupos o poblaciones con mayor riesgo, incluso, se sienten aún ajenos a la problemática y a la determinación de ejecutar un autocuidado en sus prácticas sexuales, sin condicionar su decisión de protección, por la apariencia física o condición social de la otra persona. En este aspecto, se puede entender, cómo la historia del inicio de la epidemia del VIH y su asociación con poblaciones específicas (homosexuales, trabajadores sexuales, consumidores de SPA,

poblaciones marginales), sigue imperante en las representaciones sociales actuales de muchos jóvenes y adolescentes, situación, reportada ampliamente en la literatura (Earnshaw et al., Cardona et al., 2013; 2014; Guerrero y Ramos, 2015; Huesped y UNICEF, 2011; Jones et al., 2017; Labra y Lacasse, 2015; Reartes, 2011).

Igualmente, es necesario mencionar, el impacto negativo que conlleva el perpetuar esta representación social equivocada, en las poblaciones previamente mencionadas, por las implicaciones que tienen en su desarrollo emocional, psicológico, físico, educativo, social y económico, puesto que son un blanco de violación de sus derechos humanos que, legítimamente adquiere todo ser humano, indistintamente de su raza, expresión de género o condición social. Lo anterior, ampliamente descrito en la legislación colombiana (decreto 1965 de 2013; ley 1620 de 2013), lo cual hace, que el grupo de investigadoras, refuercen más la necesidad, de crear estrategias educativas, que impacten desde etapas tempranas de los jóvenes y adolescentes, un sumo respeto por la diversidad cultural y por la práctica inalienable de los derechos humanos, como una condición universal, la cual, debe ser de obligatorio cumplimiento, en todo contexto social.

Por último, es importante traer a colación, lo planteado en la constitución política colombiana de 1991, donde se reconoce la multiculturalidad y la diversidad de etnias en todo el territorio nacional. Por esta razón, es indispensable que se reconozca y se asuma un rol de cosmovisión, donde se integren los saberes, el yo y el otro, es por esto que, el reto es lograr que la sociedad también visibilice la interculturalidad desde la enfermedad, abarcando no solo al individuo, a su familia, las redes de apoyo efectivas y los diferentes entes institucionales que tienen la responsabilidad de participar en el proceso de atención integral de la salud.

Sin embargo, para que el principio anteriormente mencionado se materialice, vale la pena



destacar, el rol fundamental que debe tener la familia, como agente primario de socialización de los jóvenes y adolescentes (Enríquez y Sánchez, 2016). Finalmente, y, teniendo en cuenta la literatura referenciada en la presente tesis de maestría, es el entorno familiar el que permea y construye las primeras bases de las representaciones sociales, en este caso, hacia la sexualidad.

Complementando lo anterior, es importante resaltar que el estado colombiano, ha definido normas que garanticen la mejor calidad de vida y una adecuada atención en salud a las personas con VIH/SIDA, como son: el decreto 1543 de 1997 y la ley 972 de 2005, en las cuales, se “reconoce al ser humano, como un sujeto de derechos”, en este sentido, la interculturalidad se relaciona con la salud, puesto que la población con VIH/SIDA, independientemente de su raza y condición social, históricamente presenta estigma social, discriminación y vulneración en sus derechos a la salud y la participación social.

Por otro lado, al referirse los participantes sobre las relaciones sexuales entre personas con VIH o, si ellos mismo tuviesen relaciones sexuales con personas que conviven con la enfermedad, en general, se observó temores, inquietudes y dudas, no están seguros y es claro que el tomar o no la decisión, depende de “la educación que tengan frente al tema”, inclusive, llama la atención, sobre la postura de algunos jóvenes, respecto la responsabilidad que deben tener las personas con VIH, en informar al momento de tener relaciones sexuales con otras personas, si bien es cierto, este planteamiento puede ser lógico, parece excluir, la responsabilidad de la otra persona en la toma de una determinación, a la hora de ejecutar prácticas sexuales, es decir, asumir un autocuidado no supeditado a la otra persona. La proposición anterior, contrasta con lo publicado en varios estudios, donde los jóvenes, creen que la responsabilidad de la protección en las prácticas sexuales, recae en las personas con VIH. En este aspecto, es importante precisar, cómo la representación social de “creer irresponsables a las personas por contraer la

enfermedad”, aumenta los prejuicios de estigma, hacia la población con el diagnóstico y refuerza la falta de autocuidado en las prácticas sexuales de los jóvenes y adolescentes (Labra y Lacase 2015 y Fleury et al., 2010).

En otro orden de ideas, a partir de lo observado en las diferentes narrativas, se evidencia lo planteado por Morales et al. (2007), sobre las tendencias evaluativas en verbalizaciones, siendo algunas positivas y otras negativas o neutras, lo anterior, basado en las experiencias personales, familiares o de pares, donde se ha obtenido información que los ha llevado a tener, una actitud hacia las personas con diagnóstico de VIH y SIDA, a partir de este planteamiento, se puede comprender que, habían desarrollado pensamientos y creencias de las personas con éste diagnóstico, generando a su vez sentimientos y emociones asociadas que se evidenciaban en un comportamiento o actitud con las personas con VIH/SIDA, es decir, en los grupos de discusión, se evidenció a través de las verbalizaciones, claras actitudes de estigmas y discriminación.

En este sentido, nuevamente los desconocimientos hacia las formas de transmisión del virus cobran relevancia en las actitudes que ellos toman para relacionarse con las personas que conviven con la enfermedad. Sus actitudes al respecto son condicionadas, ya que manifiestan que sí se relacionarían y mucho más si fuera un familiar o allegado. No obstante, con ciertas particularidades como: “tener cuidado, tener precaución en el contacto, indagar y educarse sobre los cuidados que necesitan las personas con VIH, separar menaje y objetos de aseo, no recibir agua”. Paralelo a sus actitudes discriminatorias, socialmente construidas, algunos participantes manifestaron la importancia del respeto, la consideración y el ejercicio de un trato humanizado y un comportamiento de inclusión hacia la población con VIH; reconociendo así, que el apoyo y las muestras de afecto son necesarias. Las posiciones contrarias, anteriormente mencionadas, son altamente influenciadas por la cultura, el entorno familiar, educativo y social en que se

desenvuelve la persona.

De acuerdo a los resultados mencionados anteriormente, una de las principales problemáticas evidenciadas en la presente investigación, hacen referencia a la discriminación que hacen las personas en el momento de establecer un contacto con alguien que tiene el virus, generando una incoherencia en lo manifestado durante los grupos de discusión pues esta se ve condicionada según lo planteado por Antunes et al. (2014) quienes argumentan que la interacción está mediada por una distancia física y emocional moderada.

El siguiente aspecto a considerar, trata sobre los hallazgos identificados durante los grupos de discusión, concerniente a los agentes de socialización, involucrados en la construcción de creencias en VIH/SIDA, donde los participantes, expresaban que, las instituciones educativas, hablaban del tema de manera general y por la información que brindaban los participantes, se puede concluir, que la información brindada fue entregada de manera general y no existe conocimiento actualizado, de cómo ha ido evolucionando, lo que hace referencia al tratamiento y prácticas clínicas exitosas, en cuanto al control de la enfermedad. Adicionalmente, algunas verbalizaciones de los jóvenes, se mostraron con una tendencia a reclamo en cuanto a que, los padres no hablaran abiertamente del tema de la sexualidad y de las enfermedades ITS como VIH.

Se considera importante resaltar que, el miedo a hablar de la enfermedad, como al de adquirirla, fue un sentimiento generalizado, lo cual, puede evidenciar la falta de información clara y precisa de todo lo que tiene que ver con la enfermedad del VIH/SIDA, (etiología, tratamiento, riesgos a la transmisión, impacto físico, emocional y social de las personas con la enfermedad, como las limitaciones de la misma). Igualmente, se evidenció que muchos jóvenes no dan importancia a campañas de prevención de ITS que se dan por diversos medios de comunicación como canales televisivos nacionales dado que ellos no necesariamente acceden a

estos programas, por ejemplo, invierten más tiempo en series de ciertas aplicaciones online o por sus actividades no ven este tipo de programas. Esto lleva a plantear que se debe revisar la forma de incursionar en estrategias de prevención, a nivel de redes sociales y utilizar también la música que ellos escuchan, como hip-hop, trap, reggaeton, rap, de despecho y otros para enviar mensajes de prevención como una forma de contraposición a los mensajes que utiliza la música mencionada anteriormente, como lo plantea Chacón y Lugo (2015).

Una estrategia que se desarrolla en el ámbito universitario es la semana de la salud, sin embargo, existe poca documentación fundamentada sobre este tipo de actividades y sus resultados, según ONUSIDA, UNFPA y el Ministerio de Salud y Protección Social reglamentan intervenciones para prevenir el aumento de número de casos a nivel país, de igual forma las evidencias muestran que los estudios que se han desarrollado en Colombia se han realizado en un marco educativo escolar tomando los últimos años de secundaria los cuales arrojaron resultados bajos en conocimiento, actitud positiva y un comportamiento que no es coherente con lo que manifiestan con respecto a la sexualidad segura. (Orcasita et al., 2012). Lo anterior se refuerza con otro estudio que concluye que existe un alto nivel de conocimiento frente a la temática del VIH/Sida, pero el comportamiento es opuesto al saber, porque muchos no hacen uso del preservativo, los adolescentes y jóvenes empiezan su vida sexual a edades tempranas (promedio 13 a 14 años) hay mayor número de parejas sexuales (Uribe y Orcasita, 2009).

En cuanto a la actitud para la realización de la prueba diagnóstica, se identifican algunas narrativas que dan cuenta de actitudes de temor y miedo al realizarla. Así mismo, otro grupo de participantes, demostraron una actitud positiva, en cuanto a la toma de la muestra, pero, condicionada a una experiencia catalogada como riesgosa posterior a una práctica sexual. Igualmente, se rescata en sus narrativas que, desde la percepción de ellos, no manifestaron

tener barreras en el acceso al momento de la toma de un examen de laboratorio por parte de las instituciones prestadoras de servicios de salud.

Con relación, al componente educativo, se considera un elemento de gran importancia porque a través de él y las diversas metodologías y métodos ayudan a la adquisición de unos conocimientos que en el caso particular de este trabajo ayudaría a reducir la brecha de desconocimientos que influyen en las creencias, opiniones y actitudes de los adolescentes y jóvenes. Esto coincide con el Modelo de Creencias en salud donde se argumenta que el factor cognitivo es determinante para el cambio conductual. La educación para la salud ha evolucionado de forma rápida y la ampliación del conocimiento favorece conductas específicas de conservación y promoción de la salud. En toras palabras permite adoptar hábitos saludables (Soto et al., 1997).

Por otro lado, se propone revisar los agentes de socialización por los cuales se realizan las diferentes campañas educativas para la población joven y adolescente, teniendo en cuenta los hallazgos de la presente investigación. Es así como, las diversas fuentes de información y de apoyo son canales de comunicación claves para difundir y fortalecer un conocimiento determinado. En este sentido, surgen medios como la televisión, la publicidad y el internet para promocionar prácticas sexuales seguras y desvirtuar toda conducta discriminatoria hacia la población con VIH. Esto coincide con estudios que el beneficio del apoyo social tiene efectos positivos a la salud y bienestar de los individuos en especial de las personas enfermas por que le permite mayor adaptación a la situación y tener recursos para su afrontamiento (Orcasita et al., 2010).

De igual forma, se hace imperioso, rescatar el rol activo que debe ejercer la familia como desenvuelven los padres y acudientes, como por ejemplo, el ámbito laboral y las escuelas de

padres, en este sentido, puede ser fructífero, articular los procesos educativos y la construcción de programas con la academia (universidades principal agente de socialización y por ende, responsable de los primeros procesos de construcción de las representaciones sociales en sexualidad de los jóvenes y adolescentes. Surge la idea, del aprovechamiento de los diferentes escenarios en el que se) y las administradoras de riesgos laborales (ARL), lo cual, se convierte en una estrategia con impacto positivo para intervenir las brechas en conocimientos, creencias y actitudes en torno al VIH y SIDA que se han planteado en la presente tesis de maestría.

En el presente estudio se logró comprender las representaciones sociales sobre el VIH y el SIDA desde la perspectiva de los adolescentes y jóvenes de una universidad privada de la ciudad de Cali. Para ello se puede concluir, con respecto a las opiniones, que las personas participantes poseen conocimientos básicos sobre los conceptos de VIH y SIDA y vías de transmisión. De igual manera, identifican que el virus afecta el sistema inmunológico de la persona haciéndolo vulnerable a adquirir alguna enfermedad que comprometa su vida. También conocen, que el tratamiento médico para la enfermedad es de por vida y que un mecanismo para evitar la adquisición del virus es utilizar métodos anticonceptivos de barrera como el condón.

Se identifica que los jóvenes poco conocen sobre las diferencias que existen entre VIH y el SIDA, donde las catalogan como iguales y que sus manifestaciones no se resaltan de manera significativa. Referente a las formas de transmisión, se concluye que la población encuestada, identifican algunos elementos por los cuales se propaga el virus como son las transfusiones de sangre, relaciones sexuales sin protección, compartir jeringas y transmisión materno-infantil. Si bien se observa que algunos reconocen que un examen de sangre ayuda a determinar si un individuo es portador del virus del VIH la gran mayoría desconoce cuál es la prueba específica para tal fin. Se destaca que muchos tienen temor de acudir a su centro de atención en salud para

practicarse una prueba de laboratorio rutinaria (por ejemplo, un hemograma) y que en dichos resultados se evidencie la presencia del virus. Este es uno de los elementos a trabajar con las diversas poblaciones para brindar asesoría sobre las pruebas específicas para precisar la presencia del virus, porque no todos los exámenes de laboratorio son para ese objetivo.

Con respecto a las creencias de la población encuestada se observa que muchos de los entrevistados manifiestan que la apariencia física de una persona con el VIH cambia con el tiempo, donde los cambios más notorios están en la disminución del peso, palidez, vulnerabilidad a otra enfermedad y cansancio. Muchos creen que, si alguien es notificado que tiene el virus, generaría en él o ella expresiones de sorpresa, asombro y temor, entre otros, influyendo en las interacciones sociales donde la discriminación y exclusión de los diversos grupos (familiar, laboral, amistad) serían las conductas que tomarían contra el individuo con VIH. Sobre las creencias relacionadas en cuanto a las relaciones sexuales con personas con VIH, muchos expresan inseguridades de estar con alguien en esta condición y sentirse en riesgo de contraerlo, por ello muchos destacan la importancia de utilizar protección en el encuentro sexual y también, algunos argumentan, que respetarían la decisión del individuo con VIH sobre si desea tener o no encuentros íntimos.

Con respecto a las actitudes que poseen los encuestados hacia las personas con VIH, se puede argumentar que los comentarios están divididos porque algunos manifestaron que darían apoyo basado en el respeto y la inclusión en cambio otros establecerían diversas maneras de cuidado evitando el contacto físico. Se observa testimonios en contra sobre si las personas con VIH tengan una vida sexual activa, plantean que pueden propagar el virus y, por tal motivo, no se relacionarían con alguien en esta condición. También manifiestan que están de acuerdo que quien tiene el VIH tenga una vida sexual activa, pero con las precauciones necesarias para no

contagiar a la pareja. De otro lado, la actitud hacia una persona conocida con VIH las respuestas estuvieron divididas también, muchos argumentan que les generaría sorpresa y tendrían precaución con el trato si es alguien de la familia o círculo de amistades; en cambio, otros argumentan que tendrían consideración y apoyo incondicional. Por último, y referente a las actitudes hacia la prueba diagnóstica las opiniones también estuvieron divididas porque muchos reconocen que la harían en el caso de haber estado con alguien desconocido, que no tuvo medidas de autocuidado o que su pareja fue diagnosticada con VIH y a la misma pregunta se evidencio que otros se abstuvieron de responderla.

Respecto a los agentes de socialización, los jóvenes manifestaron que las fuentes de información sobre el tema de VIH y SIDA debería ser manejada, en primera instancia, por lo padres de familia; que desde el interior de los hogares se realice esta intervención desde edades tempranas, pero muchos narran que lo reciben cuando están en edad avanzada de la adolescencia y cuando la mujer tiene su menstruación. Otros manifiestan que la educación sobre temas de sexualidad fue brindada en los colegios. También argumentan que el tema es tocado con personas de su misma edad, pero más centrado en comentarios de placer, la vivencia y la protección. Muchos de ellos hablan poco del tema y cuando quieren ampliar la información lo hacen de manera autónoma cuya fuente principal es el internet sin precisar el sitio específico para ello. Como fuentes de apoyo para obtener la información la mayoría la obtuvo de la madre para manifestarle sus dudas o una situación en particular, recalcando que es responsabilidad de ellos y que deben ser más profundos en el tema.

Por último, se observa que no hubo diferencias entre géneros, facultades o edades referentes a las opiniones, creencias, actitudes y agentes de socialización del VIH/SIDA. Se menciona que, de la población encuestada, tres (3) personas manifestaron no tener



inconvenientes en establecer alguna clase de contacto o vínculo con alguien que tuviera el VIH sin importar si se trata de un familiar o amigo al hablar de conocimientos y actitudes.

De acuerdo con las narrativas encontradas y los estudios que sirvieron de base para esta investigación se pone en manifiesto que existe una brecha entre conocimientos del tema de VIH/SIDA y las prácticas adecuadas para la prevención del mismo. Por tal motivo, la población adolescente y juvenil debe contar con el acompañamiento de profesionales o personas que conozcan bien del tema para recibir la información adecuada sobre los conceptos básicos sin que exista alguna clase de sesgos.

Las investigaciones referentes al tema de sexualidad en el ámbito universitario son escasas y las existentes tienen más de una década para Colombia. También, gran parte de éstos se desarrolla con grupos poblaciones que están terminando su vida académica en el bachillerato. Por tal motivo sería importante que las universidades actualicen sus bases de datos con investigaciones de este tipo porque en éstos ámbitos, en la época actual, la educación superior recibe personas de diversas regiones geográficas lo que aumenta la diversidad cultural y se realicen actividades encaminadas a la intervención del tema y que los estudiantes tengan los conocimientos y conciencia sobre el tema de VIH/SIDA.

Se deja abierta la posibilidad para que el grupo de investigación continúe desarrollando este tema. Involucrar a estudiantes de pregrado y posgrado para realizar las intervenciones necesarias y que estas sean documentadas en un artículo científico para su correspondiente divulgación ante la sociedad internacional donde se dé a conocer los proyectos realizados por parte de la universidad como una campaña y compromiso para educar, prevenir y reducir la prevalencia de VIH/SIDA en su población estudiantil.

La Universidad, la vice rectoría del medio y el centro de bienestar con esta

información, se puede aprovechar los diferentes recursos humanos (profesores, alumnos, colaboradores) y técnicos (políticas, tecnologías) para realizar un programa de intervención enfocado a conocimientos, prevención y diagnósticos, en el tema del VIH y SIDA, donde se establezca de manera sistemática encuentros con los adolescentes y jóvenes a través de conversatorios, para que ellos puedan expresar sus inquietudes con respecto a la sexualidad. En las actividades musicales se sugiere hacer publicidad cruzada y con mensajes de texto como por ejemplo “Te queremos bien, si vas a tener relaciones sexuales usa condón” estos mensajes, deberían ser transmitidos con frecuencia y con una intensidad mayor durante el fin de semana especialmente los jueves, viernes y sábados días en que los adolescentes y jóvenes están más expuestos al riesgo de tener relaciones sexuales. De la misma manera, la universidad debe considerar incluir en su pensum académico, materias abordando el tema de la sexualidad, y no dejarlas como electivas.

Uno de los desafíos vivenciados para el presente trabajo fue la participación por parte de la población objeto de estudio. Cerca de mil estudiantes fueron invitadas a participar, haciendo énfasis en el objetivo y la confidencialidad, de los cuales cerca del 20% de ellos manifestó su interés de querer estar en los encuentros grupales. A todos ellos se les invitó a un espacio concreto la fecha, pero solo el 10% de ellos acudieron al llamado.

Referente a la literatura sobre el VIH/SIDA, a pesar de la búsqueda exhaustiva y constante de la información, son pocos los artículos que existen sobre el tema, con grupos mixtos y en poblaciones universitarias en Colombia. Los encontrados tienen la característica principal que la muestra fue realizada a estudiantes de últimos grados de bachillerato.

Por último, se espera un trabajo arduo y mancomunado con los diferentes actores del sistema del país (secretaría de salud, secretaría de educación, secretaria de medio ambiente,

planeación), donde el rol de los profesionales con maestría en psicología de la salud, juega un papel muy importante, para la transformación cultural que se debe hacer, estableciendo como premisa, la otredad del individuo. En este sentido, es necesario desarrollar estrategias educativas transversales, que se basen primero en reconocer la diversidad cultural de los sujetos, las familias y las comunidades y, todos los aspectos motivacionales, creencias, valores, actitudes y hábitos, que juegan un rol determinante en la salud y en la conversión del conocimiento, para poder lograr un cambio, hacia conductas saludables evidenciables y perdurables. Lo anterior, a partir, de la claridad y veracidad en la información que se transmite sobre la enfermedad, generación de prácticas en promoción y prevención primaria en salud y, por último, suscitar una participación activa de los magister, en el aporte a políticas públicas en salud sexual y reproductiva.

## Referencias

- Amigo, V. I. (2012). *Manual de psicología de la salud*. Madrid, ES: Difusora Larousse - Ediciones Pirámide. Recuperado de <http://www.ebrary.com>.
- Antunes L., Vizeu B. y Bousfield A. (2014). Representaçõessociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivemcom HIV/Aids. *Revista Psicologia: Teoría e Prática*, 16(3), 43-57.
- Arcila, P., Mendoza, Y., Jaramillo, J. y Cañón, O. (2010). Comprensión del significado desde Vygotsky, Bruner y Gergen. *Diversitas-Perspectivas en Psicología*, 6(1), 37-49.
- Arrivillaga, M. (2010). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/sida: cuestión de derechos de salud. *Salud Pública de México*, e56(4), 350-356.
- Arrivillaga M. y Useche B. (2011). *SIDA y sociedad: crítica y desafíos sociales frente a la epidemia*. Bogotá, Colombia: Aurora.
- Botero, P., Alvarado, S., Salazar, M., Vásquez, M., Ospina, H., Gutiérrez, M. y Gómez, E. (2008). *Apuntes sobre la categoría representaciones: Una perspectiva epistemológica y metodológica en las ciencias sociales*. Recuperado de: [www.umanizalez.edu.co/ceanj/index.html](http://www.umanizalez.edu.co/ceanj/index.html).
- Bran, L., Palacios, L., Posada, I. y Bermúdez, V. (2016). Concepto Sociocultural del VIH y su Impacto en la Recepción de Campañas de Promoción de la Salud en Medellín. *Rev. Cienc. Salud*, 15(1), 59-70.
- Cahn, P. (2007). El VIH/Sida desde una perspectiva integral. Buenos Aires, recuperado <http://www.ebrary.com>.
- Cardona, J., Arboleda P.y Rosero. C. (2013). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de

- infecciones de transmisión sexual en adolescentes del municipio de Caldas (Colombia). *Revista en Salud Uninorte*, 29(2), 236-248.
- Carrata, E., Espada, J. y Orgiles, M. (2013). Conocimiento y actitudes hacia el VIH/SIDA: diferentes entre adolescentes españoles con padres casados y divorciados. *Salud mental* 36 (5), 387- 391.
- Chacón, L. y Lugo, M. (2015). Representaciones Sociales de Padres de Adolescentes sobre la Sexualidad en San José de Cúcuta, Colombia. *Revista MundoFesc*, 9, 22-44.
- Chacón, M., Barrantes, k., Achí, R., Comerfold, M. y MacCoy, C. (2014). Sex Practices and Knowledge About hiv/aids Among Drug Users in a Low-income Urban Community of Costa Rica. *Health and Addictions*, 14(1), 27-36.
- Cuevas, A., Méndez, S. y Hernández, R. (2014). Manual de introducción a ATLAS. ti 7. Recuperado de [http://novella.mhhe.com/sites/dl/free/000001251x/1016239/Manual\\_ATLSti\\_7.pdf](http://novella.mhhe.com/sites/dl/free/000001251x/1016239/Manual_ATLSti_7.pdf)
- Dávila, O., (2004). Adolescencia y juventud: de las nociones a los abordajes. *Revista Última Década* 21, 83-104
- Departamento Administrativo Nacional Estadística, DANE (2017). Nacimientos por grupos de edad de la madre, según departamento y municipio de residencia de la madre. Recuperado de: <https://www.dane.gov.co/index.php/estadisticas-por-tema/salud/nacimientos-y-defunciones/nacimientos/nacimientos-2016>.
- Díaz, H (2013). Especialización y rigor periodístico, antídotos contra los estigmas asociados a la enfermedad. *Revista de Comunicación y Salud*, 3(2), 33-38.
- Earnshaw, V., Jin, H., Wickersham, J., Kamarulzaman, A., John, J. y Altice, F. (2014). Exploring intentions to discriminate against patients living with HIV/AIDS

- among future healthcare providers in Malaysia. *Tropical Medicine and International Health*, 19(6), 672-679.
- Enríquez, D. y Sánchez, R. (2016). Influencia de los hermanos en el comportamiento sexual de riesgo y preventivo: una revisión. *Revista Digital Internacional de Psicología y Ciencia Social*, 2(1), 114-132.
- Eyasu, M., Mentaba, T. y Kekana, N. (2016) Adherence to antiretroviral therapy among HIV and AIDS patients at the Kwa-Thema clinic in Gauteng Province, South Africa. *African Journal of Primary Health Care & Family Medicine*, 8(2), 1-7.
- Fleury, E., Alves T. y Galinkin A. (2010). Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/AIDS: um estudo exploratório sobre preconceito, *Psico-USF*, 15(1), 103-112.
- Flick, U. (2004). *Introducción a la Investigación Cualitativa*. Madrid, España: Ediciones Fondo de Población de las Naciones Unidas. (2016). El Fondo de Población de las Naciones Unidas se une a la conmemoración del Día Mundial de respuesta frente al VIH/Sida. Recuperado de <http://colombia.unfpa.org/noticias/el-fondo-de-poblacion-de-las-naciones-unidas-se-une-la-conmemoracion-del-dia-mundial-de-respuesta-frente-al-vih-sida>
- Fondo de Población de las Naciones Unidas, (2016). El Fondo de Población de las Naciones Unidas se une a la conmemoración del Día Mundial de respuesta frente al VIH/Sida. Recuperado de <http://colombia.unfpa.org/noticias/el-fondo-de-poblacion-de-las-naciones-unidas-se-une-la-conmemoracion-del-dia-mundial-de-respuesta-frente-al-vih-sida>
- Fundación Huésped y Unicef (2011). *Conocimientos, Actitudes y Prácticas en Vih y Salud Sexual y Reproductiva (ssr) y uso de Tecnologías de la Información y la Comunicación*

- (tic) entre Adolescentes de Argentina. Recuperado de:  
[https://www.unicef.org/argentina/spanish/salud\\_comunica\\_Informe-UNICEF-FH.pdf](https://www.unicef.org/argentina/spanish/salud_comunica_Informe-UNICEF-FH.pdf).
- Gómez, S., Etchegorry, M., Avaca, F. y Caón, C. (2016). Trayectos escolares previos y vida universitaria. *Praxis educativa*, 20(3), 38-46.
- GrupoLac-Colciencias (2016). Recuperado de:  
<http://scienti.colciencias.gov.co:8080/gruplac/jsp/visualiza/visualizagr.jsp?nro=00000000003000>.
- Guerrero, L. y Ramos A. (2015). Conocimiento, actitudes y creencias de los adolescentes sobre el VIH/Sida. *Metas enfermería*, 18(9), 68-75.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, M. (2014). Metodología de la investigación. Recuperado de:  
<http://upla.edu.pe/portal/wp-content/uploads/2017/01/Hern%C3%A1ndez-R.-2014-Metodologia-de-la-Investigacion.pdf.pdf>
- Hoyos, P.A. y Varela M.T. (2005). La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista Salud Pública*, 17(4), 528-540.
- Instituto Nacional de Salud. (2016). Boletín Epidemiológico Semanal Semana (42-2016). Recuperado de  
<http://www.ins.gov.co/boletinepidemiologico/Boletn%20Epidemiolgico/2017%20BoletnC3%ADn%20epidemiol%C3%B3gico%20semana%202016.pdf>
- Jennings, Ch., (1996). Que es el SIDA y cómo prevenirlo. Bogotá, Colombia. Editorial Norma.
- Jofré, M., Marín, L. y Yuli, M. (2005). La representación Social sobre el sida en Profesionales de la Salud. *Psicología y Salud*, 15(1), 13-23.
- Jones, D., Barrón, S. e Ibarlucía, I. (2017). ¿Qué piensan y hacen las personas ante el VIH y el

- sida? Un estudio sobre significados asociados al VIH y al sida en población general en la Argentina. Recuperado de: [http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000978cnt-2017-06\\_que-piensen-hacen-vih.pdf](http://www.msal.gob.ar/images/stories/bes/graficos/0000000978cnt-2017-06_que-piensen-hacen-vih.pdf)
- Labra O. y Lacasse A. (2015). Représentations sociales du vih/ sida chez les étudiants de niveau universitaire d'une région éloignée du québec, *Canadian Social Work Review*, 32(2), 167-186.
- Letta, S. Demissie, A. Oljira, L. y Dessie, Y. (2015), Factors associated with adherence to Antiretroviral Therapy (ART) among adult people living with HIV and attending health care, Eastern Ethiopia. *BMC International Health And Human Rights*, 15(33), 1-8.
- Macchi, M., Benítez, S., Corvalán, C., y Ortigoza, D. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas acerca del VIH/SIDA en jóvenes de nivel medio de Educación, del área metropolitana, Paraguay. *Revista chilena de pediatría*, 79(2), 206-217
- Marchesi, A., Palacios, J., y Coll, C. (1992), La adolescencia y su significado evolutivo, *Revista Desarrollo psicológico y educación*(1) 433-452
- Meléndez, M., Rodríguez, J. y Vélez, M. (2015) Personas trans y su adherencia a la terapia antirretroviral para el VIH/SIDA. *Revista Interamericana de Psicología*, 49(3) ,315-331.
- Mieles, M., Tonon, G. y Alvarado, M. (2012). Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas humanística*, 74, 195-225.
- Ministerio de Salud y Protección social (2013). Estudio nacional de consumo de sustancias psicoactivas en Colombia.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2014). Política Nacional De Sexualidad, Derechos



Sexuales y Derechos Reproductivos.

Ministerio de salud y protección social, Ministerio de hacienda y crédito público en la Cuenta de Alto Costo (2015). Situación del VIH/SIDA en Colombia 2015

Ministerio de salud y protección social, Ministerio de hacienda y crédito público en la Cuenta de Alto Costo (2015). Situación del VIH/SIDA en Colombia 2015 Recuperado de [https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC.CO\\_20150814\\_LIBROVIH2014\\_V-0.0.VERSI%C3%93N%20FINAL](https://cuentadealtocosto.org/site/images/Publicaciones/CAC.CO_20150814_LIBROVIH2014_V-0.0.VERSI%C3%93N%20FINAL).

Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). Análisis de situación de Salud (Asis) Colombia Recuperado de: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2015>.

Molinares, V. y Madariaga, C. (2007). Imaginario y Conflicto: Determinadores en la construcción de lo real, *Revista de Derecho*, 27, 166-183.

Mora, M. (2002). La teoría de las representaciones sociales en Serge Moscovici. *Athenea Digital*, 2, 1-25.

Morales, J., Moya, M., Gaviria, E. y Cuadrado, I. (2007). Psicología Social. Recuperado de: [http://eva.sepyc.gob.mx:8383/greenstone3/sites/localsite/collect/superior/index/assoc/HA\\_SH019f/abe8b975.dir/05120010034.pdf;jsessionid=5DB9F17C23BF84CA7A8398A2A1187F90](http://eva.sepyc.gob.mx:8383/greenstone3/sites/localsite/collect/superior/index/assoc/HA_SH019f/abe8b975.dir/05120010034.pdf;jsessionid=5DB9F17C23BF84CA7A8398A2A1187F90)

Moreno, F. A. (2015). La adolescencia. Barcelona, ESPAÑA: Editorial UOC. Retrieved from <http://www.ebrary.com>.

Moscovici, S. (1961). *El Psicoanálisis, su Imagen y su público*. Recuperado de: <https://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>

- Mosso, L., y Penjerek, M. M. (2004). *Adolescencia y salud*. Buenos Aires, AR: Editorial Maipue. Retrieved from <http://www.ebrary.com>.
- Moya, C., (2004). Creencia, Significado y Escepticismo. *Ideas y Valores*, 125, 23-47.
- O'brien, S. y Broom, A. (2013). Gender, culture and changing attitudes: experiences of HIV in Zimbabwe. *Culture, Health & Sexuality*, 15(5), 583-597.
- Orcasita, L., Uribe, A. y Valderrama, L. (2013). Conocimientos y Actitudes frente al VIH/sida en Padres de Familia de Adolescentes Colombianos. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 59-73.
- Orcasita, L., Peralta, A., Valderrama, L. y Uribe, A. (2010). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 31, 155-195.
- Organización Mundial de la Salud OMS (1995). *Adolescencia y juventud recuperada de:* <http://www.who.int/es/>
- Pacifico, J. y Gutiérrez, C. (2015), Información sobre la medicación y adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes con VIH/Sida de un hospital de Lima Perú. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 32(1), 66 – 72.
- Pallarés, M. (2014). Medios de Comunicación: ¿Espacio para el Ocio o Agentes de Socialización en la Adolescencia? *Pedagogía Social. Revista Universitaria*, 23, 231-252.
- Papalia, D., Feldman, R. y Martorell, G. (2012). *Desarrollo humano*. México D.F, México: Mc Graw Hill.
- Pérez, E., Soler, Y., Hung, Y., y Rondón, M. (2016) Programa educativo para favorecer la adherencia terapéutica en pacientes con tratamiento antirretroviral. *ArchMedCamagiuey*,

20(2), 177-187.

Piña, J. y Cuevas, Y. (2004). La teoría de las representaciones sociales. Su uso en la investigación educativa en México. *Perfiles Educativos*, XXVI (16), 102-124. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=13210605>.

Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA. (2016). Estimaciones sobre el VIH y el sida Recuperado de: <http://www.unaids.org/es/regionscountries/countries/colombia>.

Quintal, L. y Vera L (2014). Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diada migración y vih/sida entre mujeres mayas de Yucatán, *Vulnerabilidad Social y de Género*, 197-226.

Rateau, P. y Lo Monaco, G. (2013). La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y métodos1. *Revista CES Psicología*, 6(1), 22-42.

Reartes, D. (2011). La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al Vih-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. *Saberes y razones*, 35, 59-74.

Revuela, G., Semir, V., Pérez, C. y Selgas, G. (2012). La comunicación pública en torno al sida y el VIH. Informe Quiral 2012. Recuperado de: [www.fundaciovilacasas.com/download-publicacio.php?id=604](http://www.fundaciovilacasas.com/download-publicacio.php?id=604).

Ríos, H. (2011). Comunicación en salud: Conceptos y Modelos Teóricos *Perspectivas de la Comunicación*, 4(1), 123-140.

Rodríguez, C., Lorenzo, O. y Herrera, L. (2005). Teoría y Práctica del Análisis de los Datos Cualitativos. Proceso General y Criterios de Calidad. *SOCIOTAM*, XV(2), 133-154.

Rodríguez, T. (2003). Intervención breve para prevenir el VIH/SIDA en Adolescentes.

- Enseñanza e investigación en psicología*. 8 (2). 309- 324.
- Rubio, E. (1998) Sobre la sexualidad humana: los cuatro holones sexuales. Antología de lecturas sobre sexualidad, de red democracia y sexualidad. Recuerdo de: [http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S\\_01\\_06\\_Sobre%20la%20sexualidad%20humana.pdf](http://www.dgespe.sep.gob.mx/public/genero/PDF/LECTURAS/S_01_06_Sobre%20la%20sexualidad%20humana.pdf)
- Sánchez, M., Terrón, J. y Lozano, J (2016). Estigmatización y usos léxicos en el tratamiento informativo del VIH/sida en cinco diarios mexicanos de 2012 a 2013. *Comunicación y Sociedad*, 25, 71-100.
- Sancho, D., Solano, C. y Solera, S. (2015). Conocimientos Previos de la Mujer en la Enfermedad Coronaria: un estudio fenomenológico. *Index de Enfermería*, 24(3), 129-133.
- Sandoval, D. (2002). Investigación Cualitativa. Recuperado de: <https://panel.inkuba.com/sites/2/archivos/manual%20colombia%20cualitativo.pdf>.
- Santín, C., Torrico, E., López, M. y Revilla, V. (2003). Conocimiento y Utilización de los Métodos Anticonceptivos y su Relación con la Prevención de Enfermedades de Transmisión Sexual en Jóvenes. *Anales de psicología*, 19(1), 89-90.
- Secretaria de Salud Pública Municipal. (2016). *Grupo de Salud pública vigilancia epidemiológica*. Diapositivas power point.
- Sevilla, T. y Orcasita, L. (2014). “Hablando de sexualidad”: una mirada de los padres y las madres a los procesos de formación con sus hijos/ as adolescentes en estratos populares de Cali. *Avances en Enfermería*, 32(2), 191-205. doi:<https://doi.org/10.15446/av.enferm.v32n2.46097>
- Sevilla, M. (2009). Ética en investigación. Una realidad social. *Signo y Pensamiento*, 28 (54), 2929 -297.

- Soto, F., Lacoste, J., Papenfuss, R., y Gutiérrez, A. (1997). El modelo de creencias de salud. Un enfoque teórico para la prevención del sida. *Revista Española de Salud Pública*, 71(4), 335-341.
- Uribe, A., y Orcasita, L. (2009). Conductas sexuales de riesgo en estudiantes universitarios de la ciudad de Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del Norte*, 27, 1-31.
- Torres, T., Reynaldos, C., Lozano, A. y Munguia, J. (2010). Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México. *Rev. Saúde Pública*, 44(5), 820-829.
- Varela, M. y Hoyos. (2015) P. La adherencia al tratamiento para el VIH/SIDA: más allá de la toma de antirretrovirales. *Revista Salud Pública*, 17(4), 528-540.
- Vasco, C (1994). *Tres Estilos de Trabajo en las Ciencias Sociales*. Bogotá, Colombia: Centro de Investigación y Educación Popular.
- Vergara, E. y Rodríguez, M. (2010). El impacto social y cultural de la publicidad entre los jóvenes chilenos. *Revista Científica de Educomunicación*, 35(v.XVIII), 113-119.
- WorldHealthOrganization. (2017). Global Health Observatory (GHO) data Recuperado de: <http://www.who.int/gho/hiv/en>.
- Willig, C. (2013). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Maidenhead: McGraw-Hill Education.
- Zaballos, A. y Peñaranda, M. (2015) El paciente experto 2.0 VIH: molecularización, regímenes de vitalidad y nuevos ciudadanos crónicos. *Universitas Psychologica*, 14(5) 1763–178.

## **Anexos**

## Anexo 1. Protocolo grupo de discusión

### 1. Datos sociodemográficos

Nombre: \_\_\_\_\_

Edad: \_\_\_\_ Carrera universitaria: \_\_\_\_\_

Semestre: \_\_\_\_\_

Sexo: hombre \_\_\_\_\_ Mujer \_\_\_\_\_

Estrato socioeconómico al que pertenece: 1\_\_ 2\_\_ 3\_\_ 4\_\_ 5\_\_ 6\_\_

Dirección de residencia: \_\_\_\_\_

Número telefónico de contacto: \_\_\_\_\_

La realización de los grupos focales se realizará en un espacio privado de la universidad, el cual, debe contar con las adecuaciones físicas suficientes para que los participantes se sientan cómodos, y se pueda realizar tanto la discusión del tema, como el diligenciamiento de la ficha de caracterización sociodemográfica y la actividad escrita individual.

Una vez se encuentren en el salón definido para la actividad el grupo de investigadores (director formal, conductor temático y conductor dinámico), se procede a recibir a los participantes, previamente convocados, se les informa el objetivo de la investigación y se procede a explicar el diligenciamiento del consentimiento informado, los cuales, una vez se tengan diligenciados, se da inicio con la actividad. Adicionalmente, se socializan las reglas básicas para el buen relacionamiento de la actividad, también, se procede a pedir autorización a los participantes para poder grabar en audio la sesión.

Primera actividad para establecer red de asociaciones:

Buenos días Jóvenes, dando continuidad a nuestro proceso de recolección de información, a

continuación realizaremos un ejercicio de habilidad mental, el cual consiste en que, sobre la hoja en blanco que se les ha dado, consignen palabras claves que se les vengán a la cabeza, inmediatamente apenas les digamos una palabra, por ejemplo: casa, una vez uno de los investigadores termine de decir esta palabra, ustedes, deberán escribir todas las palabras que se les ocurra o que relacionen con la palabra mencionada durante los próximos 15 segundos. Antes de dar inicio se les agradece la disposición y disponibilidad, precisando además que, no existen palabras buenas ni malas. Con esta actividad lo que se busca es poder identificar la asociación que hacen de las palabras que se le han presentado.

A continuación, se especifican las palabras:

VIH

Sida

Personas con VIH

Agentes educadores en VIH

Luego de esta actividad, vamos a proceder a iniciar la discusión con la metodología de la libre expresión a través de un grupo de discusión, el investigador asignado, será el encargado de moderar la sesión teniendo como guía base las preguntas las cuales permitirá ahondar en la temática a tratar. Los otros investigadores serán responsables de realizar los registros para posteriormente proceder al análisis de los datos.

Una vez realizada la parte previa se retoma el grupo de discusión. Estas son las preguntas que guiarán el proceso.



<b>Categorías</b>	<b>Preguntas</b>
Conocimientos sobre el VIH, el SIDA y la prueba diagnóstica de VIH	1. ¿Qué saben ustedes sobre el VIH?
	2. ¿Qué saben ustedes sobre el SIDA?
	3. ¿Qué diferencia hay entre el VIH y el SIDA?
	4. ¿Cómo se puede transmitir y prevenir el VIH?
	5. ¿Quiénes pueden contraer el VIH? ¿Por qué?
	6. ¿Qué saben sobre la prueba diagnóstica del VIH?
Agentes de socialización en la construcción de ideas asociadas al VIH, al SIDA y a la prueba diagnóstica de VIH	7. ¿Por qué medios de comunicación han escuchado información sobre el VIH, el Sida y la prueba diagnóstica (televisión, radio, internet, etc.)? ¿Dónde? ¿Cuándo?
	8. ¿Alguna vez has buscado información sobre el VIH, Sida o la prueba diagnóstica del VIH? ¿A qué fuentes de información recurrieron? ¿Cuáles son los motivos para acudir a esta fuente?
	9. ¿Con quiénes han hablado sobre el VIH, el Sida o la prueba diagnóstica del VIH?
Creencias sobre el VIH, el SIDA y la prueba diagnóstica de VIH	10. ¿Cómo creen que son las personas con VIH? ¿Y las personas que tienen Sida?
	15. ¿Qué piensan de las personas que son diagnosticadas con VIH? ¿Y una que tiene Sida?
	16. ¿Cómo creen que se siente una persona que tiene VIH? ¿Y una que tiene Sida?
Actitudes hacia el	17. ¿Estarían dispuestos a relacionarse con una persona diagnosticada con

VIH, el SIDA y la prueba diagnóstica de VIH	VIH o Sida, por qué? ¿Y con un familiar, amigo o conocido?
	18. ¿Qué piensan de las personas que tienen relaciones sexuales con una persona diagnosticada con VIH o Sida? ¿Ustedes las tendrían?
	19. Si ustedes sospechan que han estado en riesgo de adquirir el VIH, ¿se realizarían la prueba, por qué?

## Anexo 2. Consentimiento informado

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Joven Estudiante,

Paula Andrea Hoyos Hernández, Linda Teresa Orcasita, Fabián Bravo Reyes, Paola Tascón, Juan Pablo Sanabria, del Grupo de Investigación Salud y Calidad de Vida, y Bienestar, Trabaja, Cultura y Sociedad de la Pontificia Universidad Javeriana Cali, te invitan a participar de una investigación que busca caracterizar los conocimientos, las actitudes, las prácticas y los significados sociales y culturales, que tienen adolescentes y jóvenes de cuatro instituciones educativas de la ciudad de Cali sobre el VIH, el SIDA y la realización de la prueba diagnóstica.

Para la recolección de información se realizará la aplicación de tres cuestionarios y grupos de discusión, que debes diligenciar de **manera individual** con una duración aproximada de una hora. La información que tú nos des es **CONFIDENCIAL**, por lo cual **NO** se usará tu nombre, y no se reportarán datos individuales a la Institución. La información obtenida se usará **ÚNICAMENTE** con fines de investigación, donde la información recolectada será tratada bajo unos códigos asignados y pseudónimos. La **DECISIÓN** de participar o no en el estudio es **PERSONAL y VOLUNTARIA**, y te puedes retirar en cualquier momento.

A toda la información sólo podrán acceder los investigadores del estudio, y en caso de publicación de los resultados (ya sea en el documento o en revistas científicas u otras formas de publicación y presentación), **en ningún caso sus nombres aparecerán**. La identificación que se registre será el código asignado.

La investigación **no representa riesgos para la salud**. **Tampoco representará beneficios económicos** (es decir, no recibirás dinero por la participación) **ni costo alguno**, a excepción del

tiempo que destinarán para los encuentros que se tendrán. Durante la participación, tienes derecho de realizar las preguntas que consideres necesarias o de abstenerse de responder si en algún momento llegaras a sentirte incómodo(a) con alguna de ellas.

En relación con lo anterior, los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 29, 36, 45, 46, 47, 48, 49, 50 y 52 de la ley 1090 del 06 de septiembre del año 2006, establecida por el Congreso de la República de Colombia, por medio de los cuales se establecen las normas pertinentes frente a aspectos científicos, técnicos y administrativos para la investigación en psicología, y los artículos 15 y 16 de la resolución No. 008430 de 1993 que regula de los aspectos éticos de la investigación en seres humanos en áreas de la salud, se considera importante obtener el consentimiento informado de los participantes. Aunque la presente investigación no implica riesgo alguno, a continuación, se presenta una serie de informaciones que deberás tener en cuenta para firmar el presente consentimiento informado:

### **ACLARACIONES SOBRE LA PARTICIPACIÓN.**

Tu decisión de participar en el estudio es completamente **libre y voluntaria**.

No habrá ninguna consecuencia para ti, en caso de no aceptar la invitación.

Si decides retirarte del proyecto, puedes hacerlo en el momento que lo desees, agradeciendo que nos informes las razones, pero con plena seguridad que serán respetadas.

**No tendrás que hacer gasto** alguno durante el estudio.

**No recibirás pago** por tu participación.

En el transcurso del estudio tú podrás solicitar información actualizada sobre él mismo.

La información obtenida en este proyecto, utilizada para la identificación de cada individuo, se mantendrá **en estricta confidencialidad**, identificándose sólo cuando los resultados lo requieran y sea autorizado por ti.

Si **ACEPTA**, por favor **COMPLETE** la siguiente información y firme.

Una vez leída y comprendida la información anterior en pleno uso de mis capacidades, manifiesto mi aceptación para la participación de la actividad. En tal sentido, la firma del consentimiento informado, implica autorización para **la aplicación de un cuestionario**.

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con CC \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado(a) de los objetivos y fines del presente estudio a realizar por la Pontificia Universidad Javeriana Cali.

Firma del/la joven \_\_\_\_\_ Teléfono principal: \_\_\_\_\_

CC: \_\_\_\_\_

**Testigo**

Nombre \_\_\_\_\_

Firma: \_\_\_\_\_

CC \_\_\_\_\_ Celular \_\_\_\_\_

**FIRMA**

**Paula Andrea Hoyos Hernández**

Investigadora Principal

Departamento de Ciencias Sociales | Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales

Pontificia Universidad Javeriana, Seccional Cali - Colombia

Calle 18 N.º 118-250 Cali, Colombia

Tel.: (+57-2) 3218200 Ext.: 8585

paulahoyos@javerianacali.edu.co

---

**¿Desearías participar en grupos de discusión diseñados para jóvenes, en los que se conversarán estos temas con mayor profundidad?**

**SI** \_\_\_\_\_ **NO** \_\_\_\_\_

### Anexo 3. Formato de validación por evaluadores expertos

Nombre del evaluador: \_\_\_\_\_

Fecha: \_\_\_\_\_

Con el siguiente documento se pretende evaluar la guía de preguntas de un grupo de discusión que formarán parte de una de las técnicas de recolección del proyecto de investigación titulado “Conocimientos, actitudes, prácticas y significados socioculturales asociados al VIH, al sida y a la prueba diagnóstica en adolescentes de instituciones educativas de Cali”: Es importante que en su revisión tenga en cuenta que el objetivo principal de esta investigación es caracterizar los conocimientos, las actitudes, las prácticas y los significados socioculturales que tienen los adolescentes de instituciones educativas de Cali sobre el VIH, el SIDA y la prueba diagnóstica del VIH.

Este documento cuenta con tres criterios de evaluación (redacción, coherencia y pertinencia) que se deberán tener en cuenta para cada una de las preguntas de la guía. Cabe aclarar que las preguntas de los grupos de discusión están agrupadas en los apartados: (a) conocimientos sobre el VIH, el SIDA y la prueba diagnóstica de VIH; (b) agentes de socialización en la construcción de ideas asociadas al VIH, al SIDA y a la prueba diagnóstica de VIH; (c) creencias sobre el VIH, el SIDA y la prueba diagnóstica de VIH; y (d) actitudes hacia el VIH, el SIDA y la prueba diagnóstica de VIH.

Redacción: hace referencia a la revisión lingüística o construcción gramatical de las preguntas que componen la entrevista en profundidad, en aspectos relacionados como: redacción, puntuación, ortografía, uso de términos adecuados y apropiados de acuerdo a nivel de escolaridad, edad, contexto, adaptación cultural, etc., de la población objetivo de la investigación.





	sean más vulnerables?								
	7. ¿Qué saben sobre la prueba diagnóstica del VIH? ¿Alguna vez se la han realizado? ¿Por qué motivos se la han realizado? ¿Por qué motivos no se han realizado la prueba?								
Agentes de socialización en la construcción de ideas asociadas al VIH, al SIDA y a la prueba diagnóstica de VIH	8. ¿Por qué medios de comunicación han escuchado información sobre el VIH y el SIDA (televisión, radio, internet, etc.)? ¿Dónde? ¿Cuándo?								
	9. ¿Por qué medio de comunicación han escuchado información sobre la prueba diagnóstica del VIH (televisión, radio, internet, etc.)? ¿Dónde? ¿Cuándo?								
	10. Cuando tienen algunas inquietudes o dudas sobre el VIH, el SIDA o la prueba diagnóstica del VIH, ¿a qué fuentes de información recurren para aclararlas? ¿Cuáles son los motivos para acudir a esta fuente? ¿Cómo valora la información obtenida?								
	11. ¿Con quiénes han hablado sobre el VIH, el SIDA o la prueba diagnóstica del VIH?								
	12. ¿Cuáles son las fuentes de información a los que recurren normalmente								



	<p>les dice que sospecha que tiene VIH, ¿ustedes qué harían frente a esa situación?</p>								
	<p>22. Si ustedes sospechan que han estado en riesgo de adquirir el VIH, ¿se realizarían la prueba, por qué?</p>								
	<p>23. ¿Cómo se sentirían si una persona cercana a ustedes le diagnosticaran VIH? ¿Qué creen que pasaría? ¿Se produciría algún cambio en la forma de relacionarse con esa persona?</p>								