

PERCEPCIONES DE LOS ADULTOS JÓVENES QUE VIVEN CON VIH FRENTE A  
LA COMUNICACIÓN DE SU DIAGNÓSTICO A UNA PAREJA SENTIMENTAL

MARÍA CAMILA GONZÁLEZ ESCOBAR

ÁNGELA MARÍA HOYOS CARDOZO

MARTÍN ZAPATA OSPINA

MG. LYANNE ZAMORA ROMERO

Directora de trabajo de grado

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES

CARRERA DE PSICOLOGÍA

SANTIAGO DE CALI

9 DICIEMBRE DE 2022

MARÍA CAMILA GONZÁLEZ ESCOBAR  
ÁNGELA HOYOS CARDOZO  
MARTÍN ZAPATA OSPINA

Trabajo de Grado presentado como requisito parcial para optar al título de psicólogo(a).

LYANNE ZAMORA RESTREPO  
Directora de trabajo de grado

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA DE CALI  
FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES  
CARRERA DE PSICOLOGÍA  
SANTIAGO DE CALI  
9 DICIEMBRE DE 2022

Nota de Aceptación

---

---

---

---

---

---

Lyanne Zamora Romero  
DIRECTORA – TRABAJO DE GRADO

---

Linda Teresa Orcasita  
Evaluador(a)

ARTÍCULO 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. Solo 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”.

**Dedicatoria**

A Dios por las infinitas obras que ha realizado en mi vida.

A mi familia, por su amor, apoyo y comprensión.

A mi papá que se encuentra en el cielo, sé que estaría feliz de verme terminar este proceso.

A todos mis amigos, compañeros y profesores que han estado conmigo a lo largo de mi formación profesional.

**Martín Zapata Ospina**

A Dios que siempre ha sido mi guía en toda mi carrera y formación profesional, por sus grandes bendiciones y su amor infinito.

A mis abuelos por ser mi motivación y mi apoyo en todo mi proceso profesional y en mi construcción personal.

A mi madre que aunque está lejos siempre fue un apoyo y una guía para mi vida y mi carrera.

A mi tía y prima, por ser las personas que siempre me motivaron y lo seguirán haciendo hasta finalizar mi carrera.

A mis amigos y a cada persona que siempre han sido mi apoyo, compañía y motivación a lo largo de mi carrera profesional.

**María Camila González Escobar**

A Dios que me ha demostrado que concede milagros cada día de mi vida.

A mi madre y a mi padre por su infinito amor y por ser fuente de inspiración.

A mi mamita Josefina que desde el cielo sé que estará muy orgullosa de estos logros.

A cada persona que hizo parte de mi proceso, amigos, docentes, familia.

A todos ustedes, no solo les dedico mi tesis sino cada día de mi futuro ejercicio como profesional.

### **Ángela María Hoyos Cardona**

#### **Agradecimientos**

A Dios, por haberme brindado la oportunidad de materializar muchos de mis sueños y anhelos.

A mi mamá por su apoyo incondicional en este año y medio de elaboración de trabajo de grado, por ser mi motor de vida, mi motivación y mi ejemplo a seguir.

A mi hermana por escucharme y acompañarme en estos cuatro años de pregrado.

A la Universidad Javeriana y a la dirección del Programa de Psicología por permitirme aprender a *“acompañar a otros a reconstruir una vida con sentido desde la ciencia de lo humano”*

### **Martín Zapata Ospina**

A Dios, por siempre llenarme de muchas bendiciones en mi vida y el poder cumplir mis sueños.

A mis abuelos, por siempre creer en mí, por ser mi apoyo y brindarme la educación, por permitirme materializar mis sueños y por siempre guiarme y enseñarme los valores que me caracterizan.

A mi mamá, por su apoyo incondicional y su amor eterno, por motivarme y siempre recordarme que puedo lograr todo lo que me propongo en la vida.

A mi tía Melissa y mi prima Lina, por su compañía, por siempre brindarme las palabras correctas para motivarme, por su apoyo y acompañamiento.

A la Pontificia Universidad Javeriana por ser mi lugar de formación tanto profesional como personal.

A mis compañeros de tesis por su compromiso y dedicación para la creación de esta.

A todas las personas que no he nombrado que estuvieron en mi proceso, formación y motivación, les agradezco de todo corazón.

### **María Camila González Escobar**

A Dios, por ser tan generoso y permitirme tener una vida maravillosa.

A mi madre, por ser mi motor de vida, por ser guía, luz e inspiración, a mi padre, por ser ejemplo de superación y humildad, espero algún día ser una profesional tan íntegra y con una vocación de servicio tan grande como la de ustedes.

A mi madrina Luz, por la paciencia y el amor, por mostrarme el mundo y cambiar mi percepción sobre él. A mis tías Cecilia, Mery y Liliana, por ser ejemplo de vida, por su amor y apoyo incondicional.

A mis abuelas Emilse y Ofelia, por ser la razón y el motor de todo este proceso, a cada persona de mi familia que con su amor me motivan todos los días.

A mis amigos, por cada momento en el que me motivaron, apoyaron, impulsaron, por su amor incondicional y por sus infinitas enseñanzas.

A la Pontificia Universidad Javeriana, por formarme con integridad, pasión, responsabilidad y vocación de servicio a través de una excelente planta de docentes y colaboradores.

A todos ustedes y a quienes faltaron pero hicieron parte, GRACIAS.

**Ángela María Hoyos Cardona**

## Tabla de contenido

Introducción	11
Metodología	53
Modalidad y diseño de la investigación	53
Participantes	54
Criterios de inclusión de los participantes	54
Criterios de exclusión de participantes	55
Tipo de muestreo	55
Categorías de análisis	55
Técnicas de recolección de información	59
Validación por jueces expertos	60
Prueba Piloto	61
Tratamiento y análisis de la información	61
Validez	62
Procedimiento	63
Fase de preparación conceptual y metodológica	64
Fase de diseño de la entrevista en profundidad y proceso de validación por jueces	64
Fase de acercamiento con los participantes	64
Fase de recolección de la información	64
Fase de sistematización y análisis de la información	65
Fase de desarrollo final del documento y socialización de la experiencia.	65
Consideraciones éticas	65
Resultados	67
Emociones en el proceso de comunicar el diagnóstico de VIH, a una pareja sentimental.	69
Recursos en el proceso de comunicar su diagnóstico de VIH a una pareja sentimental.	70
Barreras en el proceso de comunicar su diagnóstico de VIH a su pareja sentimental	76
Discusión	83
Conclusiones	103
Recomendaciones y limitaciones	105
Referencias	109
Anexo A. Consentimiento Informado	129
Anexo B. Matriz de consolidación de las recomendaciones de los jueces.	132
Anexo C. Tópicos de la entrevista en profundidad	137

## Lista de Tablas

TABLA 1. DESCRIPCIÓN CONCEPTUAL DE LAS CATEGORÍAS DE ANÁLISIS	56
TABLA 2. DESCRIPCIÓN SOCIODEMOGRÁFICA DE LOS PARTICIPANTES.	67



## RESUMEN

**Objetivo:** describir las percepciones de los adultos jóvenes que viven con VIH frente a la comunicación de su diagnóstico a una pareja sentimental. **Método:** se desarrolló mediante una investigación de tipo cualitativa, conformada por 10 adultos jóvenes (6 hombres homosexuales y 4 mujeres heterosexuales). La muestra fue seleccionada por medio de un muestreo no probabilístico de bola de nieve. Se usó análisis temático y se utilizó la herramienta de procesamiento Atlas Ti, versión (versión 22.0), identificando consistencias y relaciones entre categorías y subcategorías. **Resultados:** se evidencian tres aspectos percibidos como obstaculizadores a la hora de comunicar su diagnóstico de VIH a su pareja sentimental, entre ellos se encuentran: (1) estigma social por parte familiares, personal de salud, pareja y sociedad en general (2) estigma sentido, y (3) ocultamiento del diagnóstico. Se logra evidenciar una interiorización por parte de los participantes de adquirir un buen manejo de la información de su diagnóstico de VIH y de los Derechos Sexuales y Reproductivos. Asimismo, perciben requerir apoyo social de su entorno social más cercano como familia, amigos y pareja sentimental y hacer uso de estrategias centradas en el problema a la hora de comunicar su diagnóstico de VIH. Por otro lado, se evidencian tres emociones recurrentes en el proceso de la comunicación, entre ellos se encuentran: angustia, ansiedad, miedo, duda, rabia y satisfacción emocional. **Conclusiones:** El proceso de la comunicación del diagnóstico de VIH es generalmente un reto para las personas que conviven con el diagnóstico, generando en estos, emociones como ansiedad, angustia, miedo, temor y desconfianza. Es por ello, por lo cual las personas que viven con VIH generalmente emplean diferentes recursos que les facilita el proceso de la comunicación, como lo son la estrategia de afrontamiento centrada en el problema, el apoyo emocional por parte de su entorno social y el buen manejo de información sobre el VIH y los Derechos Sexuales y Reproductivos. Por otro lado, al existir tan poca visibilización frente al diagnóstico de VIH, las personas que viven con él, tienden a percibir ciertas barreras al momento de comunicar su diagnóstico como lo son el rechazo, el estigma social y sentido y la discriminación; realizando, que en muchas ocasiones oculten su diagnóstico de VIH y/o al momento de elegir una pareja sentimental, busquen que la

pareja cumpla no sólo sus expectativas a nivel sentimental sino también, alguien que sea capaz de asimilar esta comunicación de forma apropiada.

**Palabras clave:** percepciones, comunicación, diagnóstico, VIH, pareja sentimental, adultos jóvenes, estrategias de afrontamiento,

## Introducción

El virus de inmunodeficiencia humana (en adelante, VIH), es una problemática de salud pública que afecta a niños, jóvenes y adultos; no discrimina religión, estrato socioeconómico, identidad de género ni orientación sexual. Según la Organización Panamericana de la Salud (OPS, s.f) el VIH es categorizado como un virus que pertenece a los “lentivirus”, dado que tiene un periodo muy largo en el cual se puede adquirir, y las repercusiones físicas o síntomas pueden evidenciarse entre los seis meses y diez años posteriores a su adquisición (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Este virus afecta las células del sistema inmunitario, ocasionando que su función sea alterada, debido a que ingresa al organismo de la persona y se encarga de atacar de manera específica a los linfocitos ayudadores (quienes tienen los receptores CD4) adhiriéndose a ellos. Como consecuencia se obtiene la destrucción de la célula y un deterioro progresivo del sistema inmunológico (Correa, Salazar y Arrivillaga, 2007)

El primer caso de SIDA fue reconocido a nivel mundial en 1981, Estados Unidos, cuando cinco hombres sanos y con orientación sexual homosexual presentaron síntomas como neumonía e infecciones severas que afectaban su sistema inmunológico. Dos años después, en 1983 se identificó que la causa de estos síntomas y de la enfermedad era el virus de inmunodeficiencia humana. (Wolf, 2015; Naciones Unidas, s.f; CDC, 1982).

Asimismo, en Colombia el primer caso conocido fue en 1983; sin embargo, cinco años después el Ministerio de Salud de Colombia empezó a realizar estudios sobre la seroprevalencia para conocer más a fondo sobre el virus y la epidemia (Ministerio de Salud de Colombia, 2012).

Una vez una persona es diagnosticada de VIH y no cuente con un tratamiento riguroso, su sistema inmunológico estará debilitándose constantemente. Por lo anterior, la persona correrá un riesgo alto de adquirir una enfermedad, bacteria o infección oportunista, trayendo consecuencias en la calidad de vida del paciente, tales como un deterioro constante de su salud e incluso la muerte. Así, una persona diagnosticada de VIH puede fallecer, pero esto no ocurrirá propiamente por el virus del VIH, sino por las posibles enfermedades que se adquirieron como consecuencia de un sistema inmunológico debilitado. (Ministerio de Protección Social de Colombia [MPS] y Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida [ONUSIDA], 2008; OMS, 2011).

Ahora bien, un sistema inmunológico débil es aquel donde sus células Tcd4 se encuentran por debajo de 500/mm<sup>3</sup>, dado que esta clasificación permite referir que este sistema inmunológico se encuentra destruido en el 50% de su totalidad. Como evidenciaba Morrison y Bennett (2008), cuando una persona tiene el conteo en 200/mm<sup>3</sup> es muy propensa a desarrollar cualquier enfermedad oportunista y mortal (Morrison, y Bennett, 2008; MPS y ONUSIDA, 2008; OMS, 2011).

Por consiguiente, entre las enfermedades oportunistas de mayor impacto en las personas que viven con VIH se encuentra la tuberculosis como una de las más comunes. Es por ello que la ONUSIDA reportó que para el 2021 cerca de 36,3 millones de personas fallecieron como consecuencia de un sistema inmunológico alterado y deficiente, producto del VIH (ONUSIDA, 2021).

Ahora bien, es preciso mencionar que los medios de transmisión del VIH son: fluidos vaginales, seminales o presemiales; a través de prácticas sexuales penetrativas, tanto vaginales, anales, como bucos genitales; y uso de juguetes sexuales. Para que exista una transmisión estas prácticas sexuales son llevadas a cabo por el uso incorrecto del preservativo, o el no uso de este con una persona diagnosticada con el virus. Esta vía de transmisión es la de mayor prevalencia en la población (MINSALUD, 2011).

Otro medio de transmisión es la sanguínea, la cual se ocasiona al compartir objetos cortopunzantes que hayan tenido contacto con la sangre de un organismo que viven con VIH y posteriormente se tenga un contacto inmediato con el otro sujeto por medio de una punción. Por ejemplo, a la hora de realizar un tatuaje sin que se cambie la aguja o cuando se presentan situaciones en que las personas comparten aguja por consumo de sustancias inyectables. Dentro de este medio de transmisión se incluyen también las transfusiones de sangre (ONUSIDA, s.f).

Adicionalmente, otro medio de transmisión es la transmisión vertical en donde la madre gestante transmite el virus al bebe lactante a través de la leche materna y el parto vaginal. Cabe resaltar que esta situación ocurre al no ser detectado el virus en la madre gestante o saltar los controles prenatales como protocolos en salud (Ministerio de Salud de Colombia, 2018).

Es necesario tener presente que la transmisión del virus del VIH puede prevenirse siempre y cuando se implementen ciertas acciones de autocuidado como lo es el uso correcto del preservativo al momento de tener cualquier práctica sexual. También el verificar que cualquier

tipo de transfusión o método invasivo en el cual se empleen objetos cortopunzantes, no hayan tenido un contacto previo y/o haya pasado por los controles adecuados de prevención tanto de VIH, como de cualquier otra ITS (Morrison y Bennett, 2008; OMS, 2011).

Ahora bien, en cuanto a la transmisión vertical es preciso mencionar que esta se puede prevenir siempre y cuando se ejerzan acciones adecuadas durante el proceso de gestación, parto y momentos posteriores, todo esto con el acompañamiento de profesionales en salud que orienten de manera acertada el proceso (Morrison y Bennett, 2008; OMS, 2011).

En la actualidad no se ha desarrollado un medicamento que logre eliminar el virus totalmente del cuerpo humano, pero se han establecido tratamientos que le permiten a la persona que vive con VIH, detener la replicación del virus, haciendo toma del medicamento antirretroviral. Este tratamiento ha evidenciado resultados favorables al estabilizar el sistema inmunológico de los pacientes para que estos conserven una capacidad de defensa frente a otras enfermedades (OMS, 2011).

Para el año 2020 el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA, 2021) en sus últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia del SIDA, evidenció que actualmente alrededor de 37,7 millones de personas en el mundo viven con VIH, de las cuales solo 27,5 millones de ellas para el año 2020 recibieron tratamiento de tipo antirretroviral. Cabe mencionar que, según estas cifras, 1,5 millones de personas contrajeron esta enfermedad en el presente año.

Estos datos son de carácter alarmante, ya que al haber un mayor aumento de casos cada año, y no tener una detección oportuna de estos, se elevan los casos de mortalidad como consecuencia a un sistema inmune debilitado que da paso al desarrollo de enfermedades oportunistas. En consecuencia, según esta organización, para el año 2020, 680.000 personas en todo el mundo fallecieron por esta condición. Tomando en cuenta las últimas estadísticas sobre el VIH, el 84% de las personas en el mundo con VIH conocían su estado serológico, lo cual permitió que, al cierre de junio de 2021, 28,2 millones de personas pudieran tener acceso a la terapia antirretroviral, en comparación con el año 2010 donde solo tuvieron acceso 7.8 millones de personas.

Fue así como el 74% de los jóvenes mayores de 15 años y el 54% de los niños de hasta 14 años que vivían con el VIH tuvieron acceso al tratamiento. Asimismo, ocurrió con las mujeres

mayores de 15 años, ya que el 79 % de estas tuvieron acceso al tratamiento; sin embargo, solo el 68% de los hombres mayores de 15 o más años lo tuvieron. (ONUSIDA, 2021)

A nivel latinoamericano, según ONUSIDA (2018), los países con mayor número de nuevos casos de VIH se encuentran en mayor proporción en países como Chile (34%) y Bolivia (22%). Actualmente, en Latinoamérica el 77% de las personas que viven con VIH en la región conoce su estado serológico y un 60% está en tratamiento con antirretrovirales. Según las estadísticas de ONUSIDA (2021) las nuevas infecciones por VIH en la región han aumentado un 21% desde el 2010 y las muertes relacionadas con un estado avanzado del virus han descendido un 8% desde esa época. Cabe aclarar que los HSH (Hombres que se relacionan sexualmente con otros Hombres) representan el 44% de la población total con la condición mencionada.

Es así como las estadísticas muestran una diferencia significativa por sexo frente a los casos que son diagnosticados. En Latinoamérica, los hombres de 25 a 49 años representan el 60% de los nuevos casos de VIH, a comparación de los hombres de 15 a 24 años que representan el 11%. En adición, las mujeres de 15 a 24 años representaron el 6% y las de 25 a 49 años el 17%. Finalmente, las mujeres trans de 15 a 24 años representaron el 4% de los nuevos casos de VIH y las de 24 a 49 años un 2%, según las últimas estadísticas de ONUSIDA (2021).

Por otra parte, el Instituto Nacional de Salud (INS, 2019) de Colombia, en el reporte de la semana epidemiológica, estimó que, en promedio, para el año 2019, existía a nivel nacional de 14.010 casos activos de VIH/SIDA, de los cuales el Quindío era el departamento con más casos de VIH (43,9 casos por cada 100.000 habitantes), seguido de Risaralda (41,4 casos por cada 100.000 habitantes). Además, el reporte evidenció que las edades con mayor afectación en transmisión son los adultos de 25 a 34 años con un 37.1%, seguido de los adultos jóvenes de 15 a 24 años con un 24.8%.

Tomando en cuenta la situación epidemiológica de Colombia, la epidemia de VIH/SIDA se mantiene concentrada en poblaciones claves y de mayor vulnerabilidad, en particular los HSH con una prevalencia aproximada de 20.4%, y en mujeres transgénero, con una prevalencia de 23.4%. En cuanto a la distribución de género, para el período 13 del año 2017, desde el INS en Colombia, el 79.9% (10.633) de las personas que tenían el VIH/SIDA eran hombres y el 20.1% (2677) eran mujeres (INS, 2019).

Adicionalmente, se reportó entre los casos detectados que los hombres heterosexuales representaban el 56,3% de los diagnósticos, a diferencia de los hombres homosexuales (36,7%) y bisexuales en el 6,0%. Para el año 2019, en Colombia, el 98% de los casos diagnosticados fue por transmisión sexual y de la totalidad de personas que viven con VIH solo el 69% tiene conocimiento de su enfermedad, un 57% se encuentra en tratamiento con antirretrovirales y otro 53% están en supresión viral (INS, 2017; Ministerio de Salud de Colombia 2015; Ministerio de Salud de Colombia, 2021).

Así pues, para conocer el reporte discriminado de cada uno de los departamentos, y para emitir un boletín epidemiológico, el Instituto Nacional de Salud (2019) realizó un reporte para cada uno de los departamentos, en el cual indica las cifras de los casos por región y ciudad. En el caso de Santiago de Cali el Boletín Epidemiológico del Valle del Cauca (2021) evidenció que en la semana del 14 al 21 de diciembre de 2021 se reportaron 1.713 casos de VIH procedentes del Valle del Cauca; del cual el 91,2% de ellos fue notificado en estadio VIH, 6,6% en estadio SIDA y 2,2% como fallecido. Dentro de estas estadísticas se pudo determinar que las personas entre 29 y 59 años obtuvieron 893 casos y la juventud de 18 a 28 años, 705 casos (Ministerio de Salud de Colombia, 2019).

Así, se reconoce esta condición como una problemática de salud pública debido al creciente incremento de los casos, riesgo de mortalidad y afectación en la calidad de vida de las personas diagnosticadas, en caso de no acceder a un tratamiento oportuno, siendo esta una preocupación a nivel local.

Por consiguiente, la Alcaldía de Santiago de Cali planteó el Plan de Desarrollo para los años comprendidos entre el 2020 a 2023, en el cual incluye al VIH como un tema de interés para el desarrollo de estrategias que permitan, a través de asesores de salud, crear y orientar redes de apoyo, a partir de la dimensión denominada por la Alcaldía como: *la vida colectiva, incluyente y solidaria* (Secretaría de Salud Pública de Cali, 2021).

Esta dimensión propone contar con personas capacitadas en conceptos básicos de salud pública y un *Centro de Comunicación Integrado en Salud*, el cual se convertirá en redes, articulando la información generada desde los asesores en salud, hasta la prestación de servicios de mediana y alta complejidad, uniendo, de esta manera, la salud pública y la prestación de

servicios de salud, así como también garantizando la participación comunitaria (INS, 2019; Secretaría de Salud Pública de Cali, 2021).

Cabe mencionar que a nivel mundial existen ciertos tipos de medicamentos antirretrovirales, como lo es el PrEP (Profilaxis de Pre - exposición) los cuales le permiten al individuo una alternativa de cuidado a la hora de tener una relación sexual penetrativa independientemente de su orientación sexual, con una disminución de riesgo de infección por VIH en un 95%. Asimismo, se debe mencionar que en Colombia este es cubierto por la EPS (Entidad Prestadora de Salud).

Por otro lado, en cuanto a las medidas de protección por parte de los gobiernos a nivel de América Latina y del Caribe (ALC), ONUSIDA (2017) se ofrece un esquema completo de protección recomendado por la OMS para la prevención de VIH, por medio de la oferta de PrEP (Profilaxis pre - exposición); sin embargo, cabe mencionar que su distribución es muy limitada para poblaciones claves como lo son los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres (HSH), trabajadores sexuales (TS), consumidores de drogas inyectables, clientes de trabajadores sexuales y mujeres transgénero.

Adicionalmente, otro método de prevención implementado por los países a nivel de ALC es el PEP (Profilaxis postexposición) el cual se receta cuando hay un abuso sexual o cuando hay un accidente laboral con fuente positiva. Cabe mencionar que, tan solo el 39% de los países a nivel de ALC ofrece este tipo de prevención cuando hay un posible riesgo de infección en una relación sexual que, aunque haya sido consentida, la pareja sexual sea de serología positiva (ONUSIDA, 2017).

Ahora bien, la distribución de preservativos y lubricantes a nivel de ALC en la mayoría de los países esta es altamente efectiva, ya que se distribuyen a todos los grupos de población clave, excepto en ciertos países en los que no se les distribuye a las mujeres trans y a las TS (Belice, Cuba, El Salvador, Haití, Santa Lucía, Trinidad y Tobago y Costa Rica).

Un factor fundamental para las poblaciones claves que fueron mencionadas anteriormente y que son diagnosticadas con serología positiva para VIH son los tratamientos antirretrovirales (TAR). En un estudio se encontró que el 45% de los países que conforman el ALC (América Latina y el Caribe) implementaron la recomendación de la OMS de ofrecerle a las personas que tienen VIH positivo los TAR (Tratamiento Antirretroviral), sin importar su recuento de CD4.



Adicionalmente, apenas el 39% de los países que conforman el ALC está planificando la implementación de este criterio terapéutico (ONUSIDA, 2017).

En concordancia con las principales situaciones que se presentan al vivir con VIH a nivel social, psicológico y de salud, autores como lo son Guevara-Soletto y Hoyos-Hernández (2018) han encontrado que vivir con VIH genera diversas experiencias que influyen en la manera en cómo los pacientes se perciben a sí mismos; es decir, su autoconcepto y autoimagen. Lo anterior refiere a que estos conceptos a su vez influyen en la manera en cómo viven y se relacionan con su condición médica en cada escenario de vida.

Por otro lado, también hay autores que argumentan haber encontrado que dicho diagnóstico influye en la manera en que las personas construyen su autoconcepto, el cual puede verse afectado de manera negativa a causa del estigma social. Por este motivo, algunos prefieren ocultarlo o solamente revelarlo a personas cercanas, como familiares, amigos o pareja.

En efecto, debido a los factores mencionados anteriormente (estigma social, afectación negativa de su autoconcepto y autoimagen, entre otros) las personas con VIH/SIDA han desarrollado diferentes estrategias de afrontamiento frente a situaciones de estrés y angustia, como lo es el hecho de la revelación del diagnóstico hacia sus pares o familiares (Hernández- Viasus et al., 2017; Ramos-Pineda et al., 2020).

En cuanto a los aspectos negativos, varios autores afirman que las personas que conviven con el VIH/SIDA presentan su enfermedad como un obstáculo para sus vidas; por lo tanto, experimentan un distanciamiento y evitan su entorno social por el miedo a ser juzgados, discriminados o estigmatizados, experimentando sentimientos como la tristeza, idealización suicida, melancolía, culpa, vergüenza, y pensamientos que los hace creer que hay algo malo en su interior.

Es importante resaltar el grado de apoyo que perciben las personas que tienen VIH/SIDA, ya que este impacta de manera significativa en la manera en que logran emplear diferentes estrategias de afrontamiento del estrés frente a la transmisión, logrando adaptarse con más facilidad a su vida cotidiana, puesto que se ha identificado en algunos estudios que la angustia puede estar relacionada con la insatisfacción de no recibir un apoyo social representativo.

Cabe mencionar que el apoyo social es un componente transversal y fundamental en el ser humano para su desarrollo y bienestar, tanto individual, en cuanto a lo físico y lo mental, como en

lo familiar. Este se forja a través de las relaciones e interacciones del entorno, como en las figuras paternas, familia y pareja. (Hernández- Viasus et al., 2017; Ramos-Pineda et al., 2020; Valderrama et al., 2015).

En el caso de los pacientes diagnosticados con VIH, el apoyo social permite una mayor adaptación a la situación de comunicar su diagnóstico o recibirlo por primera vez. Asimismo, brinda recursos efectivos para su afrontamiento. (Hernández- Viasus et al., 2017; Ramos-Pineda et al., 2020; Valderrama et al., 2015).

Algunas investigaciones han dado cuenta de que la percepción de apoyo social es un factor importante para mejorar la calidad de vida de pacientes mayores que tienen VIH. Se identificó que entre mayor percepción de apoyo social, se presentan menos probabilidades de experimentar emociones negativas como la disforia y aumenta la posibilidad de adherencia al tratamiento. Lo anterior deja como consecuencia que el estado de salud y bienestar tienda a mejorar de manera representativa, asimismo se identificó que los pacientes que presentan problemas de ansiedad o depresión están relacionadas de manera directa con bajo apoyo social y el padecimiento de enfermedades psíquicas (Font, et al., 2019, Moreno, et al., 2018)

Existen diferentes retos que una persona diagnosticada con VIH tiene que afrontar, ya que durante muchos años, y aun en la actualidad, la transmisión del virus del VIH puede considerarse como un tabú frente a las personas que viven con la enfermedad en diferentes ámbitos de la vida.

En relación con los factores políticos, se debe tener en cuenta que esta condición de salud es un problema de salud pública a nivel mundial; por lo tanto, las entidades han establecido políticas públicas y protocolos dentro del Plan Nacional para propiciar la protección de los derechos que tienen los pacientes, haciendo especial énfasis en la adherencia del tratamiento. Se calcula que gracias a estas acciones se ha disminuido los nuevos casos diagnosticados en un 35%, entre el año 2000 a 2015 (Ministerio de Salud de Colombia, s.f).

Sin embargo, a pesar de que existen estos mecanismos, algunos estudios han revelado que las personas con VIH, específicamente las trabajadoras sexuales, mencionan barreras institucionales al momento de asistir a los servicios de salud, esto producto a que existen ciertas complejidades en los modelos estructurales de salud a nivel nacional y regional, por lo cual se limita el acceso a la población. Además, se encontró que en los servicios de salud se restringen estrategias preventivas y de control en torno a la enfermedad.

Por otro lado, hay investigaciones que dejan en evidencia que algunos pacientes consideran que las barreras más comunes están presentes en torno a la comunicación errónea del diagnóstico y a la presencia de sentimientos que se perciben como discriminatorios, y que muchas veces afectan la salud mental debido a estereotipos y prejuicios. Es así como dentro del estudio se muestra la necesidad de realizar acciones que posibiliten transformar la realidad de las mujeres trabajadoras sexuales, de tal forma que se minimice su vulnerabilidad frente al VIH. (Vela et al., 2018).

En línea con lo anterior, en cuanto a aspectos políticos a nivel social y de DDHH – SR, existen ciertos vacíos con respecto a programas de prevención y promoción del VIH en la población de estudio, ya que no solo están discontinuos, sino que presentan estrategias educativas erróneas que ocasionan un incumplimiento del Estado frente a la universalización de los servicios de salud (Vela et al., 2018).

Con respecto al aspecto Social, como se mencionaba anteriormente, en la actualidad el tema del virus de VIH/SIDA se considera un tema tabú, puesto que, a través de las generaciones, se le ha atribuido valoraciones negativas, con soporte moral y religioso, generando señalización a las personas que son diagnosticadas (Arévalo - Mora, 2012). Los aspectos de mayor discriminación se dan en relación directa frente a las prácticas sexuales, la orientación sexual y el diagnóstico. Así, se limita esta condición de salud a un grupo social específico que es recriminado y cuestionado por la manera de vivenciar su sexualidad.

Como se ha mencionado previamente, el virus no es causado directamente por la orientación sexual de la persona diagnosticada, el trabajo sexual o cualquier otro indicador entorno a un prejuicio social. Las ideas mencionadas previamente traen consigo una connotación negativa, la cual puede llevar a los pacientes a ser juzgados en su entorno social más cercano. Por lo anterior, una persona con diagnóstico de VIH, puede ser víctima de aislamiento, rechazo u cualquier conducta discriminatoria por parte de quienes le rodean debido a su condición (Guevara – Soletto y Hoyos – Hernández, 2017)

Con respecto al aspecto psicológico, como lo afirma Prieto (2007), las consecuencias en el plano psicológico pueden ser más graves que la propia enfermedad y ejemplos de estas son: estados depresivos con ideas de suicidio, aumento de la violencia familiar por el nivel de estrés y ansiedad

acumulado, ruptura de relaciones socio laborales y familiares, entre otras. También, se evidencian otras dificultades en un aspecto intrapersonal, como la disminución en su autoestima, no tener un autoconcepto positivo o sentimientos de culpabilidad. Lo anterior genera que los pacientes no puedan formar vínculos significativos por la presencia de ideas o acciones que los llevan a evitar el contacto social e interacción con otros.

Retomando lo anterior, es importante conocer los estigmas negativos que conlleva el virus de VIH, ya que según las Naciones Unidas se afirma que el estigma y la discriminación que hay frente al virus, es la principal causa que impide que las personas puedan tener un apoyo social y de salud para el tratamiento y el cuidado que el virus exige; aquí se evidenciaría una falta de estos apoyos.

Al evidenciar un rechazo frente a sus familias, seres queridos, amigos y compañeros, se generan situaciones de depresión y falta de auto apoyo, hasta el punto de no tener motivación para seguir con el tratamiento para el control del virus con el fin de tener una muerte más rápida, e incluso, tener en ocasiones pensamientos suicidas (Campillay, 2019). Es así como, al tener en cuenta todos los retos que deben asumir las personas que viven con el virus, es necesario mencionar que la comunicación es un elemento relevante durante todo este proceso, el cual puede ser entendido en dos grandes momentos: el primero cuando al paciente se le comunica el diagnóstico positivo y el segundo cuando el paciente decide comunicarle su diagnóstico a una segunda persona.

Ahora bien, por parte del Estado Colombiano se han creado protocolos que permitan dar un acompañamiento a la persona durante su proceso de la enfermedad, dando especial importancia al momento de comunicación de las generalidades del VIH/SIDA como mecanismo de educación y prevención, soporte emocional y afrontamiento al diagnóstico.

Lo anterior resulta pertinente puesto que estudios han encontrado, a partir de un análisis de datos, que el temor al estigma, a la discriminación y al prejuicio, son unos de los factores determinantes para el paciente en su proceso de salud y enfermedad, estos con especial importancia al momento de continuar con la asistencia a los servicios de salud y adherencia al tratamiento. Es necesario que el paciente confíe en el profesional y en su compromiso con salvaguardar la confidencialidad de su diagnóstico, debido a que existe un miedo latente a ser excluido socialmente. El primer contacto de comunicación o revelación del diagnóstico es de gran

trascendencia en el afrontamiento que tenga el paciente a su condición de salud (Salvadori y Hahn, 2019).

Cabe señalar que el contexto en el proceso de comunicación tiene dos componentes: el físico y el simbólico. El primero puede pensarse como el lugar bajo el cual ocurre la comunicación, o sobre las características de las personas, como ser hombre o mujer, o la orientación sexual (Ayer et al., 2021) y el segundo, relacionado con el significado que le atribuyen las personas.

De acuerdo con Dixson (1995), el contexto puede ser diverso o similar entre las personas, pero la manera en que lo perciben es lo que realmente impacta en la comunicación; es decir, el contexto influirá en cómo se establezca, cómo se interpreta, y las consecuencias que se deriven en la relación; en el caso particular de la salud sexual, esta permitirá conocer si el contexto lo perciben de manera favorable o desfavorable, de qué manera se relaciona con otros componentes de la comunicación, y por último, el impacto que tiene sobre el uso del condón en las relaciones sexuales.

En un estudio realizado de las narrativas de pacientes de VIH se encontró que una vez fueron diagnosticados con el virus se encontraron diferentes retos relacionados con el estigma, la percepción de sí mismos y las estrategias de afrontamiento, particularmente indicaron que ocultan de manera pública su diagnóstico y algunos solo lo revelan a las personas cercanas, haciendo hincapié en que tienen una percepción imaginaria de que los demás sospechan su diagnóstico y por ello se anticipan a comportamientos de omisión (Guevara – Soleto y Hoyos - Hernández, 2017).

Adicionalmente, manifestaron significados evitativos sobre la representación de la enfermedad y emociones de carácter negativo, todo en relación con la percepción sobre escenarios de discriminación (Guevara – Soleto y Hoyos – Hernández, 2017). Este segundo momento de comunicación es crucial, dado que lo más recomendable para las personas VIH positivo es contar con una red de apoyo que les permita un acompañamiento durante su proceso y una motivación en la adherencia al diagnóstico; sin embargo, hay pocos estudios que permiten establecer estos procesos de comunicación del diagnóstico.

Continuando con el apoyo social y VIH, estudios como el de Posada et al., (2014) se encontraron tres tipos de apoyo social. El primero es el emocional, en este tipo de apoyo, los adolescentes con VIH refieren que su familia es la red más predominante porque son ellos quienes

los animan a seguir adelante y son una voz de apoyo en los momentos difíciles. Asimismo, dentro de las instituciones de salud, el apoyo emocional es brindado por psicólogos y miembros de apoyo. Finalmente, dentro de este tipo de red, los pares y compañeros son el apoyo que menos predomina debido a que los adolescentes tienen preocupaciones con respecto a la divulgación del diagnóstico a sus redes de amigos.

Por otro lado, existe el apoyo de tipo material en el que se encontró que en este tipo de apoyo los adolescentes recurren a tíos y abuelos, con el fin de obtener de ellos los cuidados relacionados con su tratamiento, como proporcionar el medicamento, y llevarlos a citas y controles en la institución de salud. Finalmente, en el apoyo de tipo soporte informativo, los adolescentes los utilizan con el fin de acudir y recibir asesoría respecto a su diagnóstico, ya sea a su familia, psicólogo o pares, puesto que es por medio de ellos que pueden recibir información confiable.

Se ha encontrado que cuando un paciente cuenta con una relación y su pareja es serodiscordante, ambos se enfrentan a una situación de conflicto debido a que hay evidencia de desconocimiento en temas relacionados con el virus de VIH, por lo tanto, hay poca receptividad y comprensión sobre el mismo.

Un estudio realizado por Ospina (2018) evidenció una necesidad de crear nuevos espacios de interés que permitan generar mayores conocimientos sobre el diagnóstico, la importancia de las redes de apoyo y la adherencia al tratamiento. Asimismo, algunos estudios han revelado que las personas que viven VIH positivo se muestran temerosos en la comunicación de su diagnóstico por miedo a la discriminación, el prejuicio y la estigmatización; por ello, mencionan vivir con un miedo constante a ser descubiertos por las personas que los rodean. (Salvadori y Hahn, 2019).

Es relevante mencionar que la comunicación del diagnóstico al círculo social de confianza del paciente es importante, así como la aceptación y apoyo que estos le muestran durante su proceso de tratamiento. El impacto sobre la percepción de apoyo social tiene relación con la calidad de vida del paciente, el bienestar emocional, y el apoyo social – afectivo, el cual mejora la confianza con relación a la función física, el desempeño emocional, así como el dolor corporal que puede experimentar la persona que vive con el diagnóstico.

En consecuencia, entre mejor sean estas relaciones, será más fácil para la persona adaptarse a vivir con la condición médica crónica transmisible en la medida en que no perciban sentimientos de estigmatización (Moreno et al., 2018). Algunos estudios han revelado que los pacientes tienen

intención de comunicar esta condición de salud a sus familiares; sin embargo, en algunas ocasiones se abstienen de realizarlo.

En concordancia, se ha encontrado que las personas que viven con VIH optan por vivir en incógnito por el miedo a afrontar prejuicios, dado que indican que su entorno social desconoce muchos aspectos de la enfermedad. Esto se vuelve problemático debido a que el paciente opta por enfrentar estos retos de manera individual, siendo esta solución poco recomendable y evidenciando que la comunicación se constituye en una necesidad básica en relación con los miembros de la familia, amigos y parejas. (Caldera y Pacheco, 2020; Hernández, 2001).

Por otro lado, es relevante tener en cuenta la dimensión familiar del paciente y sus conocimientos frente al VIH, puesto que, desde los planteamientos de Orcasita et al, 2013, aunque los padres de familia cumplen una función muy importante en el proceso de formación, tanto psicosocial como educativo en el adolescente, se ha identificado que muchos no poseen los conocimientos adecuados frente al VIH/SIDA. Es así como algunos de los padres aun tienen ideas erróneas sobre la transmisión y prevención de la enfermedad, así como también presentan tabúes y mitos en temas relacionados a la sexualidad.

Es por ello por lo que desde este estudio se invita a realizar estrategias educativas que promuevan habilidades y conocimientos frente a la problemática que están atravesando los hijos que viven con un diagnóstico de VIH, así como también inculcar la importancia de conocer la procedencia de la información que toman como referencia, ya que muchas veces no son de fuentes confiables, provocando una desinformación para los hijos, y afectando sus comportamientos y conductas de prevención frente a la sexualidad y el VIH (Orcasita et al., 2013; Zúñiga, Teva y Bermúdez, 2016).

En algunos estudios se evidenció que algunos padres de familia, a la hora de hablar con sus hijos sobre temas relacionados a la sexualidad y a las ITS, sienten vergüenza debido a varios factores, el principal es la falta de conocimiento que ellos perciben tener frente al sexo, el VIH, las ITS, el embarazo precoz, la educación sexual y reproductiva. Es por ello por lo que, dentro de los estudios se reflexiona la necesidad de vincular a la familia y la escuela como escenarios de aprendizajes desde que están pequeños, esto con el fin de que cuando estén en la adolescencia estos conocimientos le aporten a tener un desarrollo sexual integral (Espejo et al, 2018; Jahoda y Pownall, 2014).

Cabe mencionar que los escenarios de aprendizaje, tanto por parte de la familia, como de los maestros en los colegios, deben de ser basados en la cercanía y la comunicación asertiva, ya que esto permitirá que el adolescente obtenga los recursos necesarios a nivel informativo para tomar buenas decisiones y disminuir riesgos relacionados con la sexualidad (Holman y Kellas, 2015).

Por último, la población que abordó esta investigación son adultos jóvenes. Sobre estos, cabe mencionar que este periodo de desarrollo del que se habla es evidenciado por varios autores como Eric Erickson, que comprende las edades entre los 20 y los 30 años. En este periodo de vida la persona atraviesa el estadio de la intimidad versus aislamiento- amor, donde ya ha alcanzado la madurez psicosexual y por ende es capaz de desarrollar una relación de tipo sexual con la persona que le atrae y con quien quiera compartir, con el fin de poder asegurar su descendencia y mejorar sus condiciones de vida y trabajo (Bordignon, 2005 p.57).

En este momento del ciclo de vida es probable que estos jóvenes estén atravesando nuevos retos en el desarrollo social, amoroso y sexual; están en un punto de gran interés sobre la exploración de diferentes planos esenciales de la vida, entre los cuales se encuentran el plano amoroso y sexual. El joven ya ha superado la niñez, ahora posee mayor libertad sobre su vida y su cuerpo; por lo tanto, ahora se enfrenta a mayores interrogantes. En este punto los padres ya no son el centro de la vida, los pares ya se han posicionado como núcleo de apoyo en donde se encuentran puntos de afinidad, ahora es necesario identificar qué es satisfactorio en el plano sexual y quién puede cumplir con los requerimientos en el plano afectivo.

Por lo tanto, se crearán nuevas prioridades a partir de esta exploración para que el joven identifique con quiénes se siente cómodo para compartir vínculos emocionales, estará en la búsqueda de identificar cómo todo estos descubrimientos se alinean con la construcción de su proyecto de vida y de manera gradual empezará a construir los ideales de la pareja que quiere tener y el modelo de familia que en un futuro puede construir, todo esto permeado por su experiencia, por su entorno y por las expectativas que ha consolidado a lo largo de su vida.

Actualmente, la familia moderna ha sufrido un cambio a nivel social en diversos ámbitos, uno de ellos es a nivel de la equidad generacional, ya que la distribución económica y de tareas en el hogar ha evolucionado en tanto que la responsabilidad es compartida y de mutuo acuerdo. Asimismo, la familia ha evolucionado a nivel jerárquico, antes la responsabilidad era solo del



hombre y siempre debía existir una relación marital de hecho, lo cual ocasionaba que las mujeres tuvieran un papel inferior en el hogar producto del machismo y del patriarcado generacional (Picó, 2011).

En línea con lo anterior, el concepto de familia ha ido evolucionando con el paso del tiempo. Actualmente las dinámicas internas dentro del núcleo familiar han variado; por ejemplo, la madre ya no tiene de manera exclusiva el rol dentro del hogar, sino que ahora también asume roles laborales por fuera del hogar, por lo cual se está frente a un modelo de familia más democrática, donde las elecciones amorosas están en planos más horizontales para la toma de decisiones. Asimismo, hay mayores libertades y mayores escenarios de diálogos que permiten la subjetividad de las personas dentro del núcleo familiar (Malpartida, 2020; Márquez, 2019).

Por otro lado, desde una perspectiva socio crítica, la juventud hace referencia a múltiples situaciones sociales, ya que no solo es una etapa de la vida que tiene una dimensión simbólica, sino que debe atender a ciertos aspectos básicos, tales como lo histórico, lo político, y lo fáctico en el cual el ser humano se desenvuelve. De igual manera, ser joven, desde esta perspectiva, no depende solo de la edad como característica biológica del cuerpo, sino que es una condición que está constituida por la cultura y que tiene una base vinculada con la edad donde existen cambios en las formas de percibir y apreciar las cosas, en la memoria, cambios en el tiempo social, los ritmos y los gustos. Para finalizar, cabe resaltar que ser joven no es independiente del género (Margulis y Urresti, s.f).

La juventud, a lo largo de los años, ha sido socialmente estigmatizada como una homogeneidad; es decir, todos los jóvenes en esta etapa tienen las mismas características, el mismo desarrollo y aparentemente los mismos gustos, pero según Cecilia (citada en Dueño, 2016), la juventud homogénea es solo un mito, de tal manera que se puede ver una heterogeneidad en todos los grupos sociales de jóvenes; es decir, hay similitudes pero también hay diferencias marcadas como los tiempos de ocio, sin embargo, en la actualidad y en la sociedad moderna, la juventud se considera un tema de relevancia en los contextos académicos y en políticas públicas, ya que ha generado ciertos estigmas frente a su concepto y la percepción del mismo en la sociedad (Dueño, 2016).

En este punto cabe preguntarse cómo se desarrolla en esta población la comunicación del diagnóstico de VIH a una posible pareja sentimental y cuál es el abordaje o afrontamiento que tienen las personas en el establecimiento de las relaciones amorosas, considerando su diagnóstico.

Hasta ahora, lo que se ha podido encontrar en estudios y teorías es el aislamiento de los pacientes por temor a ser rechazados, decidiendo vivir en soledad como consecuencia a su condición de salud. Por lo tanto, en esta discusión surge el interrogante acerca de cómo podría afectar este estigma y fenómeno en el proyecto de vida y establecimiento de relaciones sentimentales en un adulto joven que vive con VIH.

Los adultos jóvenes, podrían estar evitando el restablecimiento de este tipo de relaciones por el temor al rechazo y a la discriminación en las que podrían enfrentarse a ser cuestionados y desvalorizados por no enfrentar la comunicación de su condición de salud, tomando actitudes que le anticiparon a un rechazo real. Asimismo, surge la inquietud en torno a cómo se encuentran preparados para afrontar los posibles efectos de comunicar su condición de salud y darle un manejo emocional a su diagnóstico.

Si dicho fenómeno de aislamiento y estigma se generaliza, incluso en el establecimiento de parejas sentimentales o vínculos amorosos, podríamos decir y de acuerdo con las necesidades emergentes del ciclo vital tanto del adulto joven, como de la vida humana, que las personas que viven con VIH podrían estar atravesando un fenómeno de rechazo y limitación del vínculo al establecer una relación sentimental que podría afectar el desarrollo de sus proyectos de vida entorno a la vida de pareja y familiar, esto sin la posibilidad de ejercer el libre derecho a su sexualidad, afectando su plenitud e inclusión.

Para empezar, se ha identificado que el VIH es un tema de interés sobre el cual es posible profundizar a partir de la experiencia de las personas que han sido diagnosticadas con este y su manera de comunicarlo a sus parejas sentimentales. En concordancia con lo anterior, se dará un breve contexto de las investigaciones encontradas hasta la fecha del presente tema de investigación. Se abordará la situación mundial actual del VIH y los factores psicológicos con respecto a las representaciones sociales y familiares, y las diversas complicaciones que estos puedan tener a la hora de comunicar su diagnóstico.

Las investigaciones empíricas encontradas sobre el VIH, sobre los aspectos psicológicos relevantes frente al tema como lo son la discriminación y sobre el estigma y los factores

emocionales, han utilizado diversos diseños de investigación de corte cualitativo y cuantitativo. En el caso de los estudios cualitativos con diseño no experimental y transversal (Cejudo-Cortes et al., 2018; Ramos-Pineda et al., 2019; Rzeszutek et al., 2017; Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018; Lazo, 2019; Rodríguez-Hart et al., 2021).

Adicionalmente, se encontró un estudio de tipo cualitativo, con alcance exploratorio y descriptivo (Vergés et al., 2019) y otros estudios con un enfoque descriptivo y transversal (Contreras-Britto y Trout – Guardiola, 2018; Rodríguez y Lara, 2021). Asimismo, en cuanto a los estudios cualitativos se encontró un estudio realizado mediante IAP por Becerra, (2018) y otro estudio con enfoque descriptivo y exploratorio realizado por Arévalo - Mora, (2019).

Por otro lado, en cuanto a la investigación cualitativa, se encontró otro estudio de tipo experimental y correlacional (Folayan, et al, 2019; Arévalo - Mora, 2018), otro con enfoque biográfico y con análisis crítico del discurso (Martínez et al., 2018), diseño de teoría fundamentada (Bastidas y Canaval, 2018) y finalmente con enfoque hermenéutico (Bryan - Piedrahita, Palacios - Moya, Bermúdez - Román y Posada - Zapata 2017).

Finalmente, el único estudio cuantitativo encontrado fue el estudio de Mueses-Marín et al., 2017. Es así como la tendencia de los artículos revisados fue cualitativa por encima del cuantitativo en relación con el fenómeno de interés.

Se puede señalar que dichos estudios se realizaron a través de métodos como entrevistas semiestructuradas (Rodríguez-Hart et al., 2021; Bastidas y Canaval, 2018), guías de preguntas de tipo directivo (Lazo, 2019), y cuestionarios cuantitativos sobre la escala de discriminación temida y percibidas para personas con VIH (Mueses-Marín et al., 2017). Además, se utilizaron métodos generalizables como la aplicación de encuestas y/o instrumentos, tales como TSR (Theory of social representation), test de conocimiento sobre VIH/SIDA y escalas de representaciones y actitudes ante el VIH (Cejudo-Cortes et al., 2018).

De igual forma, en algunos estudios se utilizaron aplicaciones de instrumentos como *the Posttraumatic Growth Inventory (PGI)*, *the Berlín Social Support Scale (BSSS)*, *the mini - COPE Inventory* y *the resiliency Assessment Scale and the PTSD-F questionnaire* (Rzeszutek et al., 2017) y *el MAXQDA Analytics Pro* (Rodríguez-Hart et al., 2021).

Posteriormente, se llevaron a cabo revisiones de guías de prevención de VIH/sida por parte del Fondo de Poblaciones de las Naciones Unidas para Colombia, con el fin de crear un

cuestionario estructurado sobre características sociodemográficos, autopercepción de conocimientos sobre el riesgo y prevención del VIH (Mueses-Marín et al., 2017.) Finalmente, se realizaron estudios por medio de grupos de discusión y notas de campo, detallando el lenguaje no verbal (Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018).

Los métodos anteriormente nombrados fueron aplicados a una gran variedad de participantes en cuanto a las características de inclusión, entre los cuales se encontraban tanto hombres como mujeres (Ramos-Pineda et al., 2019; Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018) con orientaciones sexuales diversas (Mueses-Marín et al., 2017; Lazo, Y, 2019; Bastidas y Canaval, 2018), pacientes con VIH positivo (Ramos-Pineda et al., 2019; Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018) y/o que se encontraban en diferentes países como Nigeria, México y Polonia (Rzeszutek et al., 2017; Rodríguez-Hart et al., 2021; Ramos-Pineda et al., 2019), o en distintas regiones de Colombia (Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018; Mueses-Marín et al., 2017; Bastidas y Canaval, 2018; Arévalo - Mora, 2018; Becerra 2018).

A partir de lo anterior, en este trabajo de grado se presentarán los antecedentes de la siguiente manera: se comenzará por abordar las estrategias de afrontamiento, el estigma, la discriminación, el autoconcepto y la autoimagen que tienen los pacientes con VIH y cómo esto les ayuda para la comunicación de su diagnóstico. Por último, se incluye el tema de las barreras u obstáculos que presentan los pacientes debido a su enfermedad y, para finalizar, se explora a profundidad sobre la comunicación del diagnóstico a las parejas sentimentales.

Para comenzar, se inicia con el tema de las estrategias de afrontamiento debido a que las personas que viven con el VIH se enfrentan con diferentes temas como lo son el estigma y la discriminación. Es por ello por lo que, a lo largo del diagnóstico del paciente y en la fase en la que este se encuentra, la persona podrá adquirir ciertas herramientas y/ o estrategias con el fin de afrontarla de manera positiva o negativa.

Es así como varias investigaciones tenían como objetivo describir y evaluar las estrategias de afrontamiento y los factores, tanto estresantes como postraumáticos, de los participantes que hacían parte de los diferentes estudios. Los participantes relataron experiencias de rechazo en su entorno social y laboral, y expresaron que carecen de un mecanismo de afrontamiento, tanto en el momento de conocer su diagnóstico como en su evolución, siendo la depresión, ira y miedo a la muerte las manifestaciones más frecuentes.

En varias investigaciones las estrategias de afrontamiento que son empleadas por los pacientes con serología positiva de VIH/SIDA se deben a la estrategia de búsqueda de apoyo social, la cual ayuda al paciente a sentirse acompañado, escuchado y comprendido respecto a su enfermedad. De igual forma, se encontró que una estrategia de afrontamiento que utilizan los participantes es el ocultamiento de su diagnóstico, esto como mecanismo de defensa con el fin de no generar prejuicios y malestar emocional. (Hernández- Viasus et al. 2017; Lazo, 2019; Folayan et al., 2017; Rzeszutek et al., 2017)

No obstante, dentro de las investigaciones no se evidenció que los participantes desarrollen las estrategias de afrontamiento centradas en la emoción debido a la constante estigmatización y prejuicio que conciben estos con relación a su diagnóstico de VIH/SIDA. Cabe mencionar que como estas estrategias de afrontamiento no fueron utilizadas por los participantes, estos presentan estados emocionales negativos como la depresión y pensamientos de autolesión como el suicidio.

Sin embargo, se encontró que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema que utilizaron las personas para enfrentar su situación de salud fueron algunas como el afrontamiento recursivo con el propósito de evidenciar los comportamientos y recursos personales que les ayudaban a tener una expansión a nivel de entrada del sistema cognitivo de la información. Lo anterior considerando nuevas actitudes con respecto a la solución de problemas, como lo es el ser creativo y buscar soluciones a la problemática que estaban viviendo en referencia al diagnóstico de VIH/SIDA. Cabe mencionar que estas estrategias fueron derivadas de la primera comunicación al paciente de su diagnóstico (Hernández- Viasus et al., 2017).

Como última estrategia de afrontamiento, se evidenció la estrategia de afrontamiento combinada, la cual se conoce como aquella en la que el sujeto es capaz de desarrollar un autocontrol, reevaluación positiva y aceptación de la responsabilidad al identificar las conductas de riesgo que lo conllevaron a adquirir el VIH (Folayan et al., 2017; Hernández- Viasus et al., 2017; Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018; Rodríguez-Hart et al., 2021).

Por su parte, se entrará a abordar el tema de los diferentes conocimientos, actitudes, significados, creencias y representaciones que tienen diferentes personas sobre el VIH, desde educadores, pacientes, adultos jóvenes, y adultos; ya que permite tener una mirada global sobre el autocuidado, las prácticas de riesgo, las dimensiones sexuales de la edad juvenil y la capacidad que tiene la otra persona para reconocer los significados colectivos y subjetivos que tiene un grupo

de personas con respecto a vivir con una enfermedad como es el VIH. (Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018; Cejudo-Cortes et al., 2018; Vergés et al., 2019; Mueses-Marín et al., 2017; Contreras-Britto y Trout – Guardiola (2018)

Estas investigaciones tenían como objetivo reconocer los significados, tanto colectivos como subjetivos, de un grupo de personas que vivían con VIH. Dentro de los estudios se encontró que vivir con VIH genera diversas experiencias que influyen en la manera en cómo se perciben a sí mismos; es decir, su autoconcepto y la autoimagen, y el cómo asumen su vida.

Por lo anterior, se entrará a abordar el tema del estigma, ya que en varios estudios se encontró que los participantes giran en torno al vivir el VIH en relación con a los diferentes tipos de estigmas (sentido, real, percibido), la autoestima y los autoconceptos que tienen los participantes (Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018).

La experiencia del estigma se relaciona directamente con la percepción que los participantes tienen de sí mismos, además, la construcción de su autoimagen y autoconcepto se transforma dependiendo de la forma en que se asume la enfermedad. Por lo tanto, algunos autores han encontrado que el VIH influye en la manera en que las personas construyen este autoconcepto, ya que muchas veces este puede verse afectado de manera negativa a causa del estigma social. Por este motivo, algunos prefieren ocultarlo o solamente revelarlo a personas cercanas.

En efecto, debido a los factores mencionados anteriormente (estigma social, autoconcepto, autoimagen, entre otros) las personas con VIH/SIDA han desarrollado diferentes estrategias de afrontamiento (mencionadas anteriormente) frente a situaciones de estrés y angustia, como lo es el hecho de la revelación del diagnóstico hacia sus pares o familiares (Hernández- Viasus et al., 2017; Ramos-Pineda et al., 2020; Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018).

Haciendo énfasis en la situación de los jóvenes y el VIH/SIDA, se ha evidenciado que, en las investigaciones de Cejudo-Cortés et al., (2018) y Vergés et al., (2019), estos presentan desinformación sobre el tema, ya que tienen creencias erróneas sobre la manera en que se genera la transmisión del virus, generando mitos o conceptos equivocados sobre los cuidados que deben de tener frente a este. Lo anterior genera que se tenga un mayor porcentaje de probabilidad de transmisión, causando un gran impacto emocional de manera negativa. Estos mitos y concepciones erróneas se dan por el estigma a nivel social que los pacientes con serología positiva de VIH/SIDA

tienen actualmente; estos estigmas son en algunas ocasiones los clasifican en promiscuos, descuidados e irresponsables (Cejudo-Cortes et al., 2018; Vergés et al., 2019).

Por su parte, la discriminación es un tema relevante dado a que es algo que los pacientes con VIH se enfrentan en su vida diaria y es por ello por lo que es importante continuar con su investigación. En un estudio de Ramos-Pineda et al., (2019) el cual tuvo como objetivo determinar si la discriminación de tipo social se relacionaba con el afrontamiento y la adaptación de las personas que viven con VIH en una clínica de la ciudad de Aguascalientes de México, se tuvo un predominio del sexo masculino, el 63.8% de los participantes presentaban una baja capacidad de afrontamiento y adaptación y el 42.8% presentaban poca discriminación temida y percibida en cuanto a su enfermedad de VIH.

Lo anterior a causa de que el afrontamiento de su enfermedad no dependía de una u otra forma de la discriminación percibida en el ámbito donde estos se rodeaban, por tanto, la discriminación y el afrontamiento, al no tener relación en el estudio, no se relacionó como un impacto en el desarrollo social y psicológico de las personas. Debido a la discriminación y el estigma, ciertos autores han evidenciado que el VIH, al ser una condición de salud altamente estigmatizada y al ser relacionada de manera directa con la genitalidad y sexualidad, ocasiona que a las personas se le dificulte la comunicación de su diagnóstico, el cual es otro de los temas que se entrará a abordar en el presente documento. (Becerra 2018; Hernández- Viasus et al., 2017; Ramos-Pineda et al., 2020; Arévalo - Mora, 2018)

Ahora bien, la comunicación del diagnóstico a los familiares más cercanos genera en los pacientes un sentimiento de angustia que a su vez propicia un aislamiento de este, experimentando también sentimientos de miedo y vergüenza. En adición, en el estudio se realizó una analogía entre esta situación y la que viven los pacientes de cáncer, dado que, a los segundos, una vez se les informa del diagnóstico, su tejido social se fortalece, situación que no sucede con pacientes con VIH/SIDA, con los cuales este mismo tejido social o familiar se debilita. (Becerra 2018).

Varios autores como Hernández- Viasus et al. (2017); Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, (2018); y Vergés et al. (2019) afirman que las personas que viven con VIH/SIDA representan su enfermedad como una barrera para sus vidas, debido a las dificultades a nivel social y emocional que representa para algunas personas el vivir con VIH. Quienes experimentan un distanciamiento

y evitación con su entorno social, viven también sentimientos de tristeza, ideación suicida, melancolía, culpa, vergüenza, y pensamientos que los hace creer que hay algo malo en su interior.

Es importante resaltar el grado de apoyo que perciben las personas que tienen VIH/SIDA, ya que este impacta de manera significativa en cómo estos logran emplear diferentes estrategias de afrontamiento del estrés frente a la posibilidad de la transmisión del virus, logrando con ello adaptarse con más facilidad. Estudios muestran que la angustia puede estar relacionada con la insatisfacción que se percibe de la falta de apoyo social (Hernández- Viasus et al., 2017; Ramos-Pineda et al., 2020)

Finalmente, el interés se centra en las relaciones sentimentales o de pareja, haciendo especial énfasis en la manera en que se aborda la comunicación del diagnóstico y cuáles son los posibles factores percibidos como favorecedores y barreras.

Se ha identificado que existe el uso del VIH como una materialización de la violencia de género o de violencia intrafamiliar. En un estudio realizado en el año 2020 con 80 participantes se identificó que de la muestra el 3.05% de hombres y el 18.51% de mujeres han sufrido violencia por tener VIH. Asimismo, el 2,5% de la muestra ha expresado que las situaciones donde se empleó como instrumento la violencia por parte de su pareja puntualmente fue cuando se le ocultó el diagnóstico referente a su condición de salud. Igualmente, el 1% de la muestra indicó que su pareja sentimental los ha amenazado con publicar su diagnóstico de VIH (Rodríguez y Lara, 2021).

Otro estudio del mismo autor anterior (2018), plantea que, cuando una mujer heterosexual le comenta a su pareja sentimental, en este caso hombres heterosexuales, sobre su estado serológico de VIH, en muchas ocasiones estas llegan a presentar episodios de violencia, generando consecuencias negativas en todos los ámbitos, incluidas la pérdida del apoyo social, rechazo social, abandono, violación de confidencialidad y aumento en el estigma.

Adicionalmente, en el artículo se menciona que a largo plazo estas situaciones llevan a la pérdida matrimonial, abandono, culpa y negación a asistir a la consulta en los programas de atención. Asimismo, se encontró una relación entre la disminución en el rendimiento laboral y la baja autoestima, con lo que la mujer experimenta síntomas de depresión y ansiedad (Arévalo - Mora; 2018).

Por otro lado, en el año 2017, se realizó un estudio el cual su objetivo era identificar las características que componen la violencia contra las mujeres con VIH. Dentro de la investigación



se indaga sobre la prevalencia y las características de la violencia contra la mujer cuando conviven con el VIH, así como sus factores asociados a la prevalencia de género en un programa integral en la ciudad de Bogotá.

Dentro del estudio se logró recopilar información necesaria con la cual se pudo concluir que las mujeres, después de tener una prueba de VIH confirmada, se le debe de realizar un acompañamiento e incluirlas en rutas de atención integral a través de tamizajes en detección temprana de violencia, debido a que en muchas ocasiones son víctimas de violencia física de sus parejas sentimentales. Es por ello por lo que en el artículo se menciona que se debe garantizar una adecuada condición de salud a las mujeres, de manera tal que se haga un estudio rutinario de la violencia a las que estas pueden llegar a experimentar con el fin de mejorar su calidad de vida. (Arévalo - Mora, 2019)

En cuanto a las diferencias sociales que diferencian a la mujer del hombre que vive con VIH, una investigación realizada en el 2019 recopiló el relato de una mujer indígena que vivía con VIH, y como consecuencia de ello sufrió una triple vulneración a su derecho a la salud. En su relato se evidenció que fue su pareja sentimental quien le transmitió el VIH y posteriormente sufrió de diversos escenarios de discriminación por parte de su entorno social, incluso de su familia. Puntualmente refirió que es una enfermedad que se vive en silencio por miedo al rechazo y que esta se agudizó por la violencia que sufrió por parte de su pareja (Martínez et al., 2019).

Haciendo un contraste de las investigaciones anteriormente mencionadas en cuanto a cómo las mujeres toman en cuenta su diagnóstico y las experiencias que tienen frente a la comunicación hacia su pareja sentimental heterosexual y a sus familiares cercanas, se encuentra que los hombres, a diferencia de las mujeres, después del recibimiento de su diagnóstico, poco a poco vuelven a participar en reuniones sociales y empiezan a compartir más tiempo con su familia. Asimismo, comienzan a usar métodos de barrera a la hora de tener las relaciones sexuales.

En estudios como el de Bastidas y Canaval (2018), cuyo objetivo era: describir de forma amplia la experiencia que habían tenido los pacientes con VIH durante el proceso de su tratamiento y la atención en instituciones de salud, los pacientes expresaron que en cuanto a las relaciones de pareja, estas se deterioraron para varias de las personas, ya que la mayoría de ellos estaban en una relación de pareja relativamente nueva y de la cual no recibían apoyo, mientras que otros no revelaron a su pareja su condición por temor a perder la relación. (Bastidas y Canaval, 2018)

El abordaje de la enfermedad de VIH, en las relaciones sentimentales es un tema de poco abordaje y que no ha sido incluyente dentro de los temas en salud. Por esta razón se amplían algunos de los estudios encontrados.

Así, en la investigación de Arcilla - Rivera *et al.* (2016) se encontró que algunos pacientes, después de un año de haber recibido su diagnóstico, más de la mitad de ellos habían retornado a su vida sexual, pero había una disminución significativa de estas prácticas bajo los efectos nocivos del alcohol y en la presentación de nuevas ITS en los pacientes que tienen una serología positiva para VIH. De igual modo, se encontró que un 23% no tiene una vida sexual activa, debido al impacto que genera la enfermedad, disminuyendo su libido y teniendo cambios actitudinales a nivel erótico y sexual.

Lo anterior se concluye dado a que los autores encontraron que una vez se recibe el diagnóstico de VIH, la persona presenta cambios en sus comportamientos sexuales, como lo es la disminución de parejas sexuales y el evitar estar en situaciones que terminan en prácticas riesgosas como los encuentros bajo el efecto nocivo del alcohol. Por lo tanto, el estudio transversal indicó que, al iniciar a tener prácticas sexuales responsables, se genera un impacto positivo en la cantidad y calidad de los encuentros íntimos.

Finalmente, dentro de la investigación se evidenció un aumento considerable del uso del condón y de prácticas sexuales responsables entre personas que conocen su estado serológico para VIH. Es probable que los cambios que surgieron entre las personas que tienen serología positiva para VIH se dieron gracias a las asesorías que obtuvieron en el estudio y al resultado del impacto negativo que resulta de recibir el diagnóstico de VIH. Asimismo, estos cambios se produjeron debido al deterioro en el estado de salud que produce el vivir con VIH (Arcilla - Rivera *et al.*, 2016).

En concordancia con las cifras anteriormente mencionadas, un dossier realizado por Fabrés (2009) de la farmacéutica Pfizer, calcula que entre un 20% y un 70% de las personas con VIH experimentan algún tipo de disfunción sexual, como una reducción del deseo sexual y/o dificultades para lograr la erección.

Esta disminución de la libido está directamente relacionada con condiciones socioculturales, como mitos, roles de género y miedos. Lo cual, impacta de forma negativa al hombre que vive con VIH. De igual manera, la disminución de este, desde Fabrés (2009) es

ocasionada por problemas de orden psicológico, por el uso de medicamentos antirretrovirales o en su defecto, por un déficit en la testosterona (hipogonadismo). Asimismo, en algunas ocasiones el hombre presenta eyaculación de tipo precoz y/o dificultad para lograr un orgasmo, afectando de forma directa su interacción y actividad sexual dentro de un encuentro erótico.

Todo esto finalmente termina por afectar aquellas dinámicas entre quienes estén compartiendo el encuentro, principalmente con quien vive con VIH, dado a que esta persona puede experimentar diferentes presiones durante el encuentro. Sumado a esto, es posible que la persona que viva con VIH esté en conflicto sobre si compartir o no su diagnóstico y la posible reacción de la pareja sexual. Esto demuestra que el desarrollo de una vida sexual plena puede verse afectado de manera significativa una vez la persona sea consciente de su diagnóstico y las consecuencias que este tiene al momento de relacionarse con el otro.

Por otro lado, en cuanto a los proyectos de vida, existen ciertos cambios que son percibidos en la vida cotidiana por los pacientes que tienen serología positiva para VIH. Un estudio de Bryan - Piedrahita et al. (2017) tenía como objetivo comprender la percepción que tenían los adultos que viven con VIH en el año 2012 - 2013 de la ciudad de Medellín, en cuanto a los cambios sociales y económicos en su vida cotidiana propiciados por el virus de VIH.

Dentro de la investigación mencionada anteriormente, se evidenció que después de recibir el diagnóstico, los pacientes refirieron cambios a nivel social, lo que causó no solo un impacto a nivel de estigma y discriminación por sus pares, sino también a la percepción que estos tienen hacia ellos mismos, logrando que existiese un giro a su autoimagen, y provocando un impacto en la forma de interactuar con sus pares y familia, amigos o compañeros de trabajo.

Ahora bien, se ha identificado que el VIH/SIDA es un tema de interés general, el cual impacta en diferentes esferas sociales e individuales y su estudio posibilita la construcción de una sociedad más incluyente, en la que se respeten los derechos de salud y los derechos del libre desarrollo de todas las personas. Es por ello por lo que se debe seguir profundizando en estos temas, permitiendo que se identifique, a partir de las experiencias personales de quienes han sido diagnosticados con VIH, aquellos factores que les han favorecido o les han obstaculizado su proceso de vida.

Puntualmente, existe un gran interés en identificar cómo se presentan estas dinámicas entorno a la comunicación del diagnóstico a la pareja sentimental, teniendo en cuenta que en estos

vínculos cercanos se podrá identificar cómo influyen aspectos como lo son el estigma y la discriminación.

Teniendo en cuenta que gran parte de la población joven tiene una exposición al virus del VIH, fue pertinente realizar una investigación que permitiera profundizar en el conocimiento sobre la enfermedad en el ámbito relacional de pareja. Por lo tanto, se formula la siguiente pregunta problema: ¿cómo son las percepciones de los adultos jóvenes que viven con VIH frente a la comunicación de su diagnóstico a una pareja sentimental?

De esta forma se tuvo como objetivo general de la investigación: Describir las percepciones de los adultos jóvenes que viven con VIH frente a la comunicación de su diagnóstico a una pareja sentimental. Lo anterior se desarrolló a partir de tres objetivos específicos: 1) describir las emociones que genera en los adultos jóvenes que viven con VIH el proceso de comunicar su diagnóstico a una pareja sentimental, 2) reconocer los recursos percibidos que favorecieron a los adultos jóvenes que viven con VIH en el proceso de comunicar de su diagnóstico a una pareja sentimental y, finalmente, 3) identificar las barreras percibidas por los adultos jóvenes que viven con VIH/SIDA al momento de comunicar el diagnóstico de VIH a una pareja sentimental.

Respecto a las brechas de conocimiento en la presente investigación, se evidenció que con respecto a la comunicación del diagnóstico, no se encontraron muchas investigaciones sobre la comunicación del VIH/ SIDA a la pareja sentimental, pero se encontraron otros factores que puede influir, tales como la comunicación del profesional al paciente con VIH y la comunicación del paciente a su círculo de apoyo social (familia o amigos), los cuales se consideraron importantes para el desarrollo de la presente investigación..

De este modo fue posible indagar de qué forma han repercutido estas representaciones sociales en la vida de las personas diagnosticadas del virus. Así como también, la comprensión acerca de cómo los estigmas que existen alrededor de esta enfermedad han dificultado el buen desenvolvimiento social de la persona con VIH, generando sentimientos negativos con respecto a esta enfermedad. Incluso como menciona Becerra (2018), impidiendo la comunicación del mismo diagnóstico a familiares y cercanos, por temor a que la noticia sea mal recibida, a ser juzgados o incluso rechazados.

Por otro lado, se evidenció un vacío a nivel investigativo en torno a la perspectivas a nivel relacional de las parejas serodiscordantes específicamente, sobre las vivencias de las personas que

viven con VIH al momento de comunicar su diagnóstico a su pareja sentimental o entorno más cercano y cómo esto les ha podido impactar positiva o negativamente..

Con respecto a la comunicación del diagnóstico, no se encontraron muchas investigaciones sobre la comunicación del VIH/ SIDA a la pareja sentimental, pero se encontraron otros factores que puede influir, tales como la comunicación del profesional al paciente con VIH y la comunicación del paciente a su círculo de apoyo social (familia o amigos), los cuales se consideraron importantes para el desarrollo de la presente investigación.

Por último, se evidenció un amplio desconocimiento sobre cómo los datos demográficos como la escolaridad, el empleo, la religión, el lugar donde viven, con quién se relacionan, sus ideologías de género y política, de las personas que han participado en las diferentes investigaciones, pueden influir en las variables anteriormente mencionadas (representaciones sociales de la enfermedad, estigmas sobre la enfermedad, y la comunicación de la enfermedad).

Es por esto por lo que la presente investigación tuvo como propósito ahondar en las experiencias vitales de las personas que son diagnosticados de este virus para tener un acercamiento a la vivencia personal de cada uno de ellos, y cómo estos conocimientos que se recolectan a través del carácter cualitativo de esta investigación facilitan, no solo el reconocimiento de los diferentes estigmas que existen, sino la forma en la que se pueden abordar y resignificar, para que así sea más fácil disminuir las valencias negativas que se desprenden de este, y sea más fácil la comunicación del diagnóstico, así como también las formas en las que se pueden fortalecer las redes de apoyo (familia, pareja y amigos).

Además, es importante mencionar que el presente trabajo de grado tiene una importancia desde la psicología de la salud, puesto que esta es entendida como una rama de la psicología que busca, a través de los aportes educativos y científicos, ayudar a la población en general a obtener una promoción, prevención, intervención y mantenimiento de la salud (Matarazzo 1980).

Tomando como referencia lo anterior, en el presente estudio se pretendió no solo conocer sobre el VIH que es una problemática de salud pública a nivel mundial, sino también cómo los adultos jóvenes que viven con ella, independientemente de su tipo de transmisión, (vertical o horizontal) en muchas ocasiones se les vulnera sus derechos, sufren de discriminación, estigma social, entre otros factores. Por lo tanto, uno de los propósitos de este trabajo es que los adultos jóvenes expresen la percepción de comunicar su diagnóstico a sus parejas sentimentales.

Se ha identificado una gran falta de información sobre el VIH/SIDA que genera diversos problemas, como lo son la creación de representaciones negativas hacia a la enfermedad, que a su vez genera el crecimiento de escenarios discriminatorios reforzados por estos mitos o tabúes, así como también la falta de consciencia y responsabilidad en torno a los mecanismos de transmisión del virus, lo cual permite que se sigan realizando prácticas de riesgo, prevaleciendo el porcentaje de transmisión del VIH (Cejudo-Cortés et al., 2018).

Es relevante proponer investigaciones que permitan brindar mayor conocimiento en cuanto a la realidad de las personas que viven con el diagnóstico, todo esto con el propósito de crear representaciones sociales realistas e incluyentes que promuevan interacciones desde el respeto y la tolerancia, eliminando escenarios o actitudes discriminatorias hacia las personas que tienen el diagnóstico.

Considerando que los adultos jóvenes son una población que tiene un mayor riesgo de transmisión de VIH, varias investigaciones han encontrado que es necesario fortalecer espacios políticos y sociales a través de la creación de programas y acciones educativas, las cuales deben brindar información adecuada y actualizada a esta población sobre la enfermedad, para evitar la reproducción de prácticas de riesgo, erradicar mitos y miedos asociados con VIH/SIDA. Es fundamental visibilizar las realidades sociales de convivir con VIH para sensibilizar a las personas en general y permitir que se promueva mayor empatía

Investigar sobre el VIH es importante, puesto que permite la creación de nuevas herramientas que pueden replicarse y formar a más profesionales de la salud en torno al trato adecuado que se le debe brindar a las personas que están en espera de recibir su diagnóstico o aquellas que están intentando continuar con la adherencia a su tratamiento. Además, permite reconocer las necesidades y principales problemáticas de los pacientes para traspasar las barreras que afectan su calidad de vida y su desarrollo pleno en las diferentes áreas de vida.

Por otro lado, es necesario fortalecer las herramientas teóricas, tanto de la enfermedad como del impacto que esta tiene en una persona, a partir del ciclo de vida en el cual se encuentre, particularmente en la adolescencia y la adultez joven. Se evidencia la importancia del apoyo de los cuidadores primarios para el afrontamiento de vivir con la enfermedad de VIH/SIDA, pues un vínculo afectivo con el cuidador puede contribuir de manera positiva en el proceso de afrontar la enfermedad, teniendo en cuenta que la mayoría de los jóvenes diagnosticados con VIH/SIDA

viven dentro del núcleo familiar primario (Cejudo-Cortes et al., 2018; Contreras-Britto y Trout-Guardiola, 2018, Mueses-Marín et al., 2017; Ramos-Pineda et al., 2019; Rzeszutek et al., 2017).

A partir de la revisión realizada, se ha encontrado que no existe suficiente teoría en torno al desarrollo de investigaciones sobre la comunicación del diagnóstico. Estos procesos de comunicación son relevantes porque brindan información sobre la realidad de cada una de estas experiencias, permitiendo que los investigadores puedan identificar situaciones que son favorecedoras, o aquellas que se vuelven un obstáculo para el proceso comunicativo, no solo para quien está comunicando el mensaje, sino también para quienes están recibiendo.

Se ha encontrado un escaso desarrollo sobre cómo se establece la comunicación del diagnóstico de VIH por parte del paciente hacia otras personas y específicamente las parejas sentimentales, este vacío es problemático porque no hay una recopilación amplia sobre estos momentos y por ende no hay un gran desarrollo que brinde ayuda a quienes están pasando por un proceso similar. Ahora bien, la poca información sobre el VIH obstaculiza que quienes vivan con el diagnóstico, puedan desarrollar sus relaciones sociales con la misma normalidad como lo haría una persona que no tiene el virus.

Cabe mencionar que, si bien hay determinados estudios desarrollados en Nigeria, México, España y Polonia que hablan sobre el tema, estos no pueden ser generalizados o comprendidos a profundidad, debido a la multiplicidad y variabilidad de los contextos en los que se han implementado. De esta forma, como se muestra en Hernández-Viasus et al. (2017), se han hecho investigaciones con un número reducido de personas, lo cual puede sesgar los resultados obtenidos en ciertas investigaciones.

Por todo lo anterior, la presente investigación cuenta con relevancia puesto que se hace necesario generar más investigaciones que evidencien los procesos que surgen en torno a la comunicación, ya que es a partir del análisis de diferentes experiencias que será posible identificar cuáles son las estrategias que han sido más acertadas para comunicar el diagnóstico de manera cómoda a la pareja sentimental, así como las situaciones que pudieron intervenir, como la valoración sobre el estigma, la valoración sobre la discriminación, la presión social o familiar y el avance de su estado serológico.

A partir de esta recopilación se podrá generar conocimiento que disminuya la estigmatización y será posible promover diversas estrategias que le faciliten el proceso a quienes

no han comunicado aun su situación de salud y lo desean hacer. Asimismo, se busca que por medio de la presente investigación se promueva en la educación de la sociedad relacionada con el VIH, con el fin que se puede disminuir el índice de desconocimiento y estigmatización para que quienes viven con esta condición de salud puedan gozar de manera plena y sana su sexualidad, así como construir vínculos afectivos alejados de los tabúes.

Ahora bien, generar este tipo de intervenciones contiene una responsabilidad social porque entre más conocimiento se genera entorno a esta problemática, será más fácil para las personas que reciben su diagnóstico que no perciban esta nueva situación como un determinante en sus vidas y por lo tanto puedan evitar el tener que cambiar de manera radical su proyecto de vida, logrando convivir con la sociedad de manera menos estresante.

Es así como desde los Objetivos de Desarrollo Sostenible [ODS] este estudio se relaciona específicamente con el de salud y bienestar, el cual tiene como objetivo garantizar una vida sana y promover el bienestar para todas las edades con el fin de alcanzar una esperanza de vida mayor y reducir alguna de las causas más comunes de muertes asociadas a enfermedades en la población en general, en este caso en específico, el VIH.

Por su parte, el presente estudio también cuenta con una importancia a nivel de los servicios de salud amigables para adolescentes y jóvenes (SSAAJ), ya que mediante los resultados encontrados en esta investigación se contribuirá a reconocer y validar los procesos, experiencias y necesidades de la población en la comunicación de su diagnóstico, promoviendo un acompañamiento por parte del sector salud y permitiendo así que se les garantice de manera plena sus derechos sexuales y reproductivos; esto último con el fin de reconocer las necesidades de la población de estudio.

Con el análisis de los resultados que van a surgir, será posible proponer intervenciones asertivas que le permitan a los participantes reconocer los derechos de las personas que tienen VIH, de manera que quienes viven con el diagnóstico puedan resignificar la estigmatización y se sientan en espacios de confianza y seguridad que les permitan desarrollar sus proyectos de vida más allá del diagnóstico. Asimismo, se pretende generar un impacto social que disminuya los paradigmas que promueven el estigma hacia la enfermedad, buscando eliminar los tratos diferenciales y negativos para resaltar la dignidad humana de quienes tienen VIH.



El resultado de estas investigaciones favorece a diferentes sectores como lo son los profesionales de la salud que deben ser empáticos al momento de brindar un servicio integral, así como a las personas que desempeñan cargos políticos, quienes deben legislar en torno a las políticas públicas que el Estado debe tener para garantizar la salvaguarda de los Derechos Humanos, dando cumplimiento a todos los tratados internacionales que benefician a esta población.

Por su parte, el resultado de estas investigaciones también favorece a los familiares y demás personas cercanas de aquellas que adquirieron la enfermedad, pues podrían tener mayor comprensión del proceso que deben afrontar; la sociedad en general obtendrá grandes beneficios al tener una mayor información sobre el VIH a partir del conocimiento teórico enlazado con experiencia.

Por lo anterior, se hace necesario profundizar un poco más sobre todas las aristas que integran la problemática, no solo a partir de la experiencia, sino también desde el desarrollo teórico realizado hasta el momento. Para iniciar, el ser humano durante su vida pasa por diferentes etapas en el ciclo vital, cada una de ellas tiene unos retos diferentes que las personas deben superar a partir de las herramientas individuales que poseen, de su experiencia, la cultura en la que se encuentren inmersos y las expectativas de aquello que desean.

Acerca de la denominada adultez joven, autores como Feixa, (2019) y Erickson (1968) mencionan que esta es una etapa que comprende las edades entre los 20 y los 30 años. Es un momento esencial dado a que la persona está atravesando una crisis de identidad en donde se busca a sí mismo, encontrando cuáles son los aspectos esenciales que verdaderamente le pertenecen a la personalidad y evitando las amenazas y el peligro de perderse en situaciones que no desea para sí mismo, ni para su proyecto de vida.

Durante este momento no solo se priorizan los conflictos propios e internos, sino que también se da lugar a diferentes situaciones propias de las relaciones interpersonales. Las personas en este periodo de vida se encuentran viviendo la etapa de conflicto de la intimidad, el cual hace referencia a que el adulto joven comprende que hay que confiar en otra persona como compañero, ya sea amoroso, laboral o amistoso.

En esta integración se afianzan los lazos y se comprende que estos compromisos requieren ciertos sacrificios. En contraposición a esta situación se encuentra el aislamiento afectivo, el cual

se ve representado en comportamientos más egocéntricos e individuales, y este conflicto se resuelve cuando el joven adulto busca un equilibrio que le permita realizarse como persona en la realización del amor y el trabajo (Bordignon, 2005 p.57).

Por otro lado, se ha identificado que, durante este momento de vida, los adultos jóvenes están en una etapa donde los vínculos amorosos tienen un valor importante, se presenta un gran interés en construir una relación en la que puedan expresar y demostrar sentimientos fácilmente, buscando en el otro y en el vínculo la misma protección y aceptación. En estas parejas se busca construir elementos relevantes como la confianza, la comunicación asertiva, y el interés en la resolución de conflictos a partir de la experiencia de compartir.

Varios estudios han encontrado que, durante la adultez joven, esta población busca vínculos amorosos en donde puedan sentirse comprendidos por un otro, donde se puedan escuchar entre sí y se respeten. Asimismo, en la adultez se busca una pareja en donde el otro pueda respetar sus diferencias, donde haya amor, confianza y momentos de ocio en pareja. (Hoyos, et al., 2020; Ángulo et al., 2016).

Además, la construcción de estos vínculos es el resultado de diferentes aspectos que se han construido en la niñez y que deben seguirse consolidando para la adultez. Dentro de estos aspectos podemos encontrar que los vínculos están permeados por el estilo de apego que el individuo posee; aquellos que tiene un apego seguro tienden a tener relaciones de mayor duración dado a que están basados en la confianza, la amistad y por lo tanto reportan sentirse más felices, puesto que se sienten cómodos, son sensibles y se sienten confiados en su intimidad.

Por su parte, aquellos que poseen un aspecto inseguro reportan mayores temores al momento de concretar el vínculo, dado a que presentan diferentes altibajos emocionales. Finalmente, aquellos con apego ansioso evidencian mayor presencia de celos y obsesión en sus relaciones, debido a que en muchas ocasiones se sienten vulnerables al miedo o al abandono (Medina et al., 2016; Pérez - Aranda et al., 2019).

Ahora bien, es importante resaltar que durante esta etapa ya se ha alcanzado la madurez psicosexual, en palabras del autor y desde la teoría psicoanalítica, lo que nos indica que los adultos jóvenes se encuentran en el momento de la genitalidad; ; es decir, se encuentran en la capacidad de construir relaciones sexuales, esto con el propósito de consolidar su plan de vida, la proyección de su familia, descendencia y estabilidad laboral (Bordignon, 2005 p. 57). Por otro lado, en esta

etapa los adultos jóvenes aunque siguen en la fase de latencia, este resuelve definitivamente la situación edípica lo cual les permite lograr un placer genital y una mayor producción de satisfacción sexual centrada en el órgano. (Lozano, 2014; Maya 2014)

Adicionalmente, la persona durante esta etapa no solo sigue con la exploración de su sexualidad, sino que también termina de consolidar aspectos de su identidad. Este proceso, se hace de la mano con el momento socio - cultural propio de la época en la que se encuentra sumergiendo la persona.

Es por ello, por lo que los avances tecnológicos le permiten al paciente que está explorando que ese autodescubrimiento ya no sea únicamente desde la intimidad, sino que sus prácticas se empiecen a realizar y descubrir a través de medios digitales, lo que le permitirán que durante este proceso esté más susceptible ante la opinión de los demás. Cabe mencionar que estos comportamientos visibles y riesgosos son con el propósito del autodescubrimiento, y solo responden a necesidades de expresión corporal propias de la época (Rodríguez - Domínguez y Duran - Segura, 2019).

Adicionalmente, los jóvenes adultos están cambiando la manera en que se relacionan e integran en diversos grupos sociales, así como en la forma en que asumen compromisos, tanto con las diversas instituciones en las que se quisieran vincular y como con las demás esferas relevantes, tales como la apropiación cultural, filiación política, creencias religiosas, gustos deportivos, entre otros. Esta situación de conflicto crea tensión en la relación de vida del joven, dado a que está equilibrando lo personal con las situaciones sociales que desde la adolescencia vienen latente (Bordignon, 2005 p.57).

Lo anterior nos indica que el adulto joven está atravesando diversos cambios que debe resolver a partir de las construcciones personales que ha logrado crear a partir de su experiencia en la niñez y adolescencia. Ahora se encuentra filtrando todas estas experiencias y herramientas para iniciar a consolidar su adultez y precisar su personalidad.

Asimismo, en la etapa de la adultez joven se están tomando muchas decisiones que serán definitivas para la adultez y que permitirán el desarrollo del proyecto de vida, por lo cual hay varios conflictos y momentos de tensión, todo esto mientras confrontan sus expectativas y deseos con lo que van encontrando y alcanzando en su vida cotidiana.

Es necesario mencionar que durante este momento de vida se experimenta la sexualidad. Esta es definida como un aspecto central en el desarrollo del ser humano y una construcción histórica que se vivencia a través de varias dimensiones, como lo son los pensamientos, las prácticas eróticas, la identidad de género, las diferencias corporales, y el erotismo, donde se encuentra los deseos y las fantasías. Cabe resaltar que, dentro de la sexualidad, se encuentran aspectos como la intimidad y la orientación sexual (Weeks, 1986 p.23; OMS, 2018).

Por otro lado, en ocasiones no todas las dimensiones mencionadas anteriormente son experimentadas de la misma manera por todos los seres humanos y no necesitan estar unidas entre sí; es por ello por lo que la sexualidad existe por medio de las formas sociales y cambia según el tiempo y el espacio. Por lo anterior, la sexualidad se ve influenciada en varias esferas del individuo como lo son factores biológicos, políticos, culturales, étnicos, religiosos, espirituales y sociales. Este último es de vital importancia para la sexualidad del individuo ya que esta es algo personal que le permite al ser humano lograr un relacionamiento con los demás, en diferentes grados, ya sea a nivel psicológico, físico o íntimo. (OMS, 2006; OMS, 2002; Weeks, 2007 p.7; MEN, 2008)

La sexualidad se puede entender a partir de tres dimensiones, tal como lo mencionaba Ochoa (1991): la primera es la esfera biológica, que es el resultado del desarrollo orgánico, anatómico y hormonal del ser humano el cual maduro durante el proceso de la adolescencia. En ese momento, estos procesos de cambio impactan la autopercepción y la manera de desarrollar relaciones, teniendo en cuenta que a nivel biológico el cuerpo se preparó para estar en un periodo de posibilidad reproductiva.

La segunda esfera es la psicológica, la cual es el resultado de los cambios a nivel emocional que surgieron por las incertidumbres propias de la adolescencia y que se han ido resolviendo. En este momento de vida ya se han consolidado más la autopercepción, la autoestima, los gustos propios y las expectativas; por lo cual, se está frente al reto de iniciar la adultez y la consolidación del proyecto de vida.

Finalmente, la tercera esfera es la social, la cual es el resultado de los diversos cambios que surgieron en la adolescencia. En este momento de vida, dentro de la esfera social no es primordial la identificación con los pares para descubrir la propia identidad, ya que se tiene un poco más desarrollada la individualidad. Estas tres esferas, no pueden verse de manera aislada, dado que estos cambios están íntimamente relacionados y condicionados unos por otros, ya que la

sexualidad, es construida a partir de las diferentes interacciones entre el individuo y la sociedad (Ochoa, 1991).

Teniendo en cuenta lo anterior, autores como Villar (2012) indicaban que al hablar sobre sexualidad hay que reconocer los múltiples beneficios que le trae a nuestro organismo, los cuales son congruentes con cada una de las esferas, pues traen mejoras a nivel fisiológico, psicoemocionales y sociales. Cuando el joven logra vivir de manera adecuada o plena su sexualidad es posible encontrar mejoras en la salud en general, enriqueciendo habilidades como el contacto con el otro y la manera de expresar el afecto, así como también la comunicación asertiva y un impacto positivo en la imagen corporal y la autoestima.

Por el contrario, cuando el joven no logra vivir o expresar su sexualidad de manera plena o saludable, podría verse afectado el nivel de satisfacción personal, la estabilidad en los vínculos emocionales o de pareja y las condiciones de salud, lo cual genera diversas problemáticas a nivel individual a quienes, por diferentes motivos, no logran una experiencia positiva en lo mencionado, esto evidencia una vez más todos los desafíos que enfrentan las personas con padecimientos de salud, como es el portar la enfermedad de VIH.

Por otro lado, la etapa en mención es de gran interés para el desarrollo de investigaciones, dado que la persona está frente a diferentes elecciones que serán vitales para el desarrollo de su proyecto de vida desde lo individual como lo relacional. En todo este periodo los jóvenes adultos se enfrentan a retos en su día a día que giran en torno a la salud sexual y reproductiva.

Uno de los mayores conflictos se produce en torno a las infecciones de transmisión sexual, teniendo el VIH como un foco de atención importante. Para el presente proyecto es de gran interés la manera en que los jóvenes que tienen VIH asumen este diagnóstico en su vida y cómo puntualmente se dan los procesos de comunicación en torno a él.

Por lo anterior, es necesario indicar que la comunicación humana, en términos de Baina (2021), es una herramienta con la que cuenta la sociedad para transmitir ideas, pensamientos y demás procesos. Estos son de tipo cualitativo y tienen como protagonista a la sociedad misma.

Asimismo, como lo indicaba el autor Watzlawick (1981) hay cinco axiomas de la comunicación que son los siguientes; primero “*no se puede no comunicar*” teniendo en cuenta que las personas se perciben mutuamente y realizan este proceso desde el primer instante, comunicando a pesar de que no quieren comunicar.

El segundo axioma hace referencia a que “*toda comunicación tiene contenido*”, es decir, en este proceso hay un doble aspecto, un contenido que se transmite y una relación que se crea. En tercer lugar se encuentra el axioma “*la comunicación es puntuada*”, esto hace alusión a que el proceso comunicacional se construye a partir de la relación de las partes que están interactuando, teniendo en cuenta intenciones, acciones y formas. (Watzlawick, 1981)

Para continuar, el cuarto axioma es “*la comunicación implica modalidades digitales y analógicas*”, donde no solo se toma en cuenta lo que la otra persona está diciendo, sino la forma en que lo dice; es así como en este axioma todas las señales no verbales son relevantes en el proceso. Finalmente, el último axioma se denomina, “*la comunicación puede ser simétrica o complementaria*”, el cual depende de la relación que tiene los interlocutores; es decir, si esta está basada a partir de diferencias o de poder desigual. Los anteriores axiomas interactúan de manera permanente en cada desarrollo comunicativo, permitiendo que el proceso se desarrolle de diversas maneras entre los interlocutores (Watzlawick, 1981).

Ahora bien, la comunicación del diagnóstico se puede dividir en dos grandes momentos: el primero es el diagnóstico, que según el National Institute of Health (2021) se define como el proceso mediante el cual es identificada la enfermedad o lesión por medio de los síntomas y signos que el paciente presenta. Para ayudar a realizar el diagnóstico, se toman en cuenta los antecedentes clínicos del paciente, exámenes físicos y pruebas de rutina, como lo son análisis de sangre, imágenes o biopsias.

En este primer momento de comunicación se presenta el acompañamiento por parte de un profesional en salud que le indica al joven que a partir del análisis de una serie de exámenes médicos se ha identificado la enfermedad de VIH. (Watzlawick, 1981)

Para puntualizar, se puede entender a la comunicación del diagnóstico como la capacidad que tiene el ser humano para compartir el diagnóstico de su enfermedad después de haberla interiorizado y confirmado por medio de exámenes físicos y pruebas, como lo son los análisis de sangre. Esta comunicación del diagnóstico es algo muy personal del individuo y puede ser realizada por él mismo debido a la necesidad de conectarse con el otro. Cabe mencionar que esta comunicación de diagnóstico puede realizarse a amigos, familiares, colegas, compañeros, etc. (Socorro, 2000; NIH, 2021).

Este primer momento, está primera comunicación es muy importante pues es cuando la persona tiene por primera vez conocimiento sobre su estado de salud y cómo esta nueva situación va a afectar todo el desarrollo de su proyecto de vida. En este primer encuentro es necesario que el profesional brinde las herramientas necesarias para poder disminuir la carga de estrés.

En medio de un contexto de salud en el cual se le da la comunicación inicial al paciente es de vital importancia verificar que la persona que esté recibiendo dicha información esté comprendiendo todo lo que se le está explicando; asimismo, que se le permita un espacio a sus emociones y se absuelva todas sus inquietudes. También, es importante indagar en las redes de apoyo con las que cuenta el paciente para establecer los niveles de riesgo que presenta y aclarar que esta situación es totalmente personal, y no se encuentra obligado a comunicárselo a nadie. Sin embargo, se le explica que sería valioso que una persona de su confianza pudiese acompañar su proceso, lo último debe ser solo una recomendación sin que el paciente se sienta en la obligación de tomar decisiones frente a la comunicación.

Adicionalmente, se debe hacer especial énfasis en la adherencia al tratamiento y en el uso correcto del preservativo. Se debe resaltar que el profesional de la salud que esté en este proceso debe mostrar una actitud favorable, libre de discriminación y que posibilite entornos de comunicación segura y asertiva.

A partir de este primer momento es importante acudir a diferentes interrogantes entorno a la información que se le brinda y la manera en que se aborda al paciente, no solo para que este comprenda todas las implicaciones de su diagnóstico, sino que también se responsabilice de continuar con una adherencia al tratamiento médico y psicológico que le permita seguir trabajando de manera continua con todos los retos que implica tener y vivir con VIH.

Es necesario que se brinde un acompañamiento y una serie de herramientas en estos encuentros que le permitan al paciente reestructurar su vida desde la responsabilidad de evitar la transmisión de la enfermedad a demás personas, disminuyendo las brechas de desconocimiento y estigmatización en torno a la enfermedad y la necesidad de consolidar redes de apoyo que conozcan el diagnóstico para poder trabajar en equipo. Estas habilidades desarrolladas en este primer momento de comunicación son necesarias para que el joven posea las herramientas que requiera cuando desee comunicar su diagnóstico a otra persona.

El segundo momento es la comunicación del diagnóstico por parte de quien tiene VIH a una segunda persona que desconoce de su situación de salud. La comunicación, en términos de Socorro (2000), hace referencia a la capacidad que tiene el ser humano para compartir algo que es personal. Este compartir de experiencias es una cualidad del ser humano puramente racional y emocional que surge debido a la necesidad de conectarse con el mundo o con un otro, intercambiando ideas que tienen significados de acuerdo con las experiencias previas que ha vivido.

Este segundo momento se evidencia cuando el paciente toma la decisión de manera voluntaria de compartir con otra persona su situación de salud, lo que puede ocurrir por diferentes motivos y con diferentes personas. Es posible que este espacio se dé con los familiares inmediatos o con la pareja sentimental, teniendo en cuenta que con este último compartirá momentos de intimidad afectiva y sexual, por lo cual se hace relevante la comunicación de su diagnóstico de VIH.

Además, en la comunicación del diagnóstico se instituyen diferentes conflictos en torno a la manera en que se debe generar la comunicación, a quién se le debe comunicar, cuál es la manera apropiada para que este encuentro se genere y cómo manejar las emociones que pueden surgir como consecuencia de haber comunicado el diagnóstico. Los interrogantes mencionados solo podrán ser resueltos con las herramientas que cada adulto joven posea del conocimiento de la enfermedad y de las habilidades adquiridas en su proceso de salud.

Como cada proceso de comunicación será diferente, es necesario que el profesional de la salud que brinde un acompañamiento deberá contar con una amplia experiencia y formación en el tema, de manera que le permita dar un tratamiento efectivo durante este proceso, dado que este momento es altamente estresante y crítico en la vida de la persona. Por lo tanto, su reacción dependerá de diversas situaciones como lo es su personalidad, educación, condiciones socioeconómicas, conocimiento del tema, entre otros (Tobón y Vinaccia, 2003).

Lo anterior es relevante porque todos los conflictos propios del momento de vida que un adulto joven está experimentando se incrementan al tener conocimiento sobre una nueva condición de salud, especialmente si esta está relacionada con la salud sexual y reproductiva, dado que, a partir de ese momento, se empezarán a tomar decisiones sobre los vínculos amorosos y



sexoafectivos, y la manera en que se dan estos vínculos después del momento en que se conoce el diagnóstico positivo de VIH.

Al respecto, se ha identificado que algunas de las problemáticas entorno a esto son los sentimientos que se presentan en las relaciones interpersonales, ya sea el sentimiento de culpa con respecto a una posible transmisión, la inseguridad con respecto a con quién y de qué manera compartir esta situación de salud, la duda entorno a de qué manera se pudo haber dado la transmisión inicial y el miedo en torno a cómo compartir la vida después de la condición de salud, entre otros (Fernández – Matos, 2020).

Ahora bien, Oliveira, et al. (2020) menciona que uno de los grandes paradigmas que tienen los jóvenes con VIH es la manera en que configuran relaciones, como las matrimoniales, entre parejas serodiscordantes. En principio se plantea el cómo crear este vínculo y fortalecerlo, así como también las prácticas preventivas que deben ser adoptadas por las parejas como medidas para evitar la transmisión. Sumado a lo anterior, estas parejas se enfrentan a retos sociales como lo son el estigma y la gestión de la cero - discordancia en torno a la decisión de formar o no familia.

También, el joven adulto se encuentra frente a unos nuevos paradigmas sobre cómo desenvolverse en su vida sexual, ahora el uso del preservativo tiene una connotación más relevante dado que, en caso de no utilizarlo de manera responsable o correcta junto con el tratamiento retroviral, va a transmitirle el virus a la persona con la que comparta el encuentro. Es por ello por lo que se requiere que el adulto joven cuente con cierto grado de conciencia del virus y responsabilidad frente a la otra persona, situaciones que pueden entrar en conflicto con el comportamiento sexual previo a la adquisición que podría haber sido más espontáneo y natural.

Se ha encontrado también que a pesar de los esfuerzos por promover la educación sexual, estos no son suficientes dado que hay una concepción errónea sobre el propósito del preservativo puesto que este es asociado directamente con la prevención de un embarazo no deseado, pero no logra asociarse con igual importancia a la prevención de infecciones de transmisión sexual (ITS), por lo tanto, una vez la persona se encuentre con esta nueva situación de salud debe resignificar la responsabilidad sobre el encuentro sexual para poder continuar con este aspecto sin que vaya a poner en peligro a la otra persona (Campos et al., 2018).

Algunos estudios han identificado que el escaso uso del preservativo prevalece más en parejas heterosexuales de relaciones esporádicas o estables, así como también en parejas

homosexuales con relaciones estables, por lo cual se evidencia que en relaciones de larga duración hay un mayor riesgo frente a situaciones de exposición al VIH.

Este tipo de prácticas sexuales son atribuidas a variables socioculturales como los mitos en torno al amor romántico, obteniendo como resultado mayores resistencias a la adquisición de prácticas preventivas. Sin embargo, cabe resaltar que la transmisión del VIH está presente en cualquier tipo de vínculo amoroso o sexual (Giménez - García et al., 2020).

Todos estos cuestionamientos que surgen sobre el padecimiento de VIH están en constante conflicto con el goce de los derechos que los jóvenes adultos tienen, los cuales son inherentes a las personas; es decir, son adquiridos por la su calidad de ser humano. Estos deben ser garantizados sin importar la raza, condición socioeconómica y cultural, la edad, y las condiciones de salud que tengamos.

Algunos de los conflictos principales giran en torno a los derechos sexuales y reproductivos, lo cuales tienen como finalidad garantizar que todos los seres humanos puedan vivir la sexualidad y la reproducción sin discriminación, riesgos, amenazas y violencia. En Colombia se han desarrollado diferentes estrategias a través de diferentes organizaciones públicas y privadas para garantizar el goce de los Derechos Sexuales y Reproductivos (DSR) y promover la educación sobre ellos.

Entre los DSR se encuentran: el derecho a la vida sexual libre, segura y placentera, derecho a ser respetado por la orientación sexual e identidad de género, derecho a recibir apoyo y que se realicen ajustes para poder tomar decisiones libres sobre el cuerpo, la sexualidad y la reproducción, entre otros.

A pesar de que los jóvenes con VIH siguen contando con estos derechos y se les garantizan, es necesario manifestar que el ejercicio de estos podrá verse en conflicto, dado que el joven enfrenta diversos paradigmas en torno a cómo continuar con la construcción de su autoconcepto después de conocer el diagnóstico y a cómo continuar disfrutando de manera plena su sexualidad a partir de unas acciones preventivas y responsables con el otro.

El solo atravesar por este momento de vida ya implica tener que buscar diversas soluciones para todos los procesos naturales del ciclo vital. Ahora, si a lo anterior se le adicionan los retos propios del VIH y las nuevas condiciones de cuidado a nivel sexual y reproductivo se genera más tensión en la persona que debe sobrellevar todo esto, porque también deberá tomar decisiones

frente a ellas. Estas decisiones traerán consigo unas consecuencias que pueden no ser las esperadas por la persona, es por eso por lo que es necesario desarrollar también las estrategias de afrontamiento que los jóvenes podrán emplear en cada una de estas situaciones.

Las estrategias de afrontamiento son definidas como un proceso psicológico de orden superior que los seres humanos ponemos en marcha en el momento en que presentamos situaciones estresantes. Según McCubbin et al. (1982) las estrategias de afrontamientos pueden ser de forma individual como en el ámbito social. Es así como desde el afrontamiento de tipo individual, McCubbin (1982) y McCubbin, (1993) se definen las estrategias como un proceso de índole individual donde la persona es quien decide su orientación para manejar los problemas de su vida cotidiana y los tipos de estrategias que utilizará para afrontar estas situaciones difíciles o estresantes de su vida.

Las estrategias de afrontamiento tienen varias funciones, cada una de estas dependen del tipo de afrontamiento que la persona necesite; por ejemplo, una persona que tenga una condición médica grave puede sobrellevar su enfermedad desde un tipo de afrontamiento llamado mecanismo de defensa, el cual le ayudará a reducir la tensión. Asimismo, las estrategias de afrontamiento son utilizadas por el individuo para que pueda controlar mejor el estrés, tener una mayor tolerancia y logre sobrellevar mejor los eventos negativos que se le puedan presentar, con el fin de mantener una buena imagen, equilibrio personal, y tener relaciones satisfactorias con otras personas. (Cohen y Lazarus, 1979; Moos, 1977)

Por su parte, desde una perspectiva sociocultural del desarrollo cognitivo, las estrategias de afrontamiento de tipo individual, según Lazarus y Folkman (1986) se clasifican en estrategias de afrontamiento centradas en la emoción y estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

La primera se realiza por medio de la evaluación interna que el sujeto realiza debido a que no es capaz de solucionar el problema por sus propios medios, por lo cual recurre a procesos cognitivos con los que intenta disminuir las alteraciones de tipo emocional que le puede producir al individuo esa situación en específico (evitación, distanciamiento, comparaciones de tipo positiva y la extracción de sucesos positivos de situaciones consideradas como negativas); es decir, busca cambiar el significado de la situación que el individuo está viviendo sin cambiarla de forma objetiva. Este tipo de afrontamiento es utilizado más que todo en las personas que tienen problemas de salud física.

Por otro lado, Lazarus y Folkman, (1986) exponen que las estrategias de afrontamiento centradas en el problema se dan cuando el individuo considera o evalúa su problemática como susceptible de cambio. Es así como este tipo de estrategias están dirigidas a la definición del problema, buscando soluciones para este y considerando diferentes opciones en función de costo y beneficio. Dentro de las estrategias de afrontamiento centradas en el problema los autores identificaron dos grupos de estrategias: aquellas que hacen referencia al interior del sujeto y las que hacen referencia al entorno. Las primeras se encargan de los cambios cognitivos, motivacionales y del aprendizaje propio del sujeto. Por otro lado, las que hacen referencia al entorno también abarcan lo relacionado con la solución de problemas (Lazarus y Folkman, 1984).

Ahora bien, es importante mencionar que el presente trabajo de grado se aborda desde la psicología de la salud, puesto que, como menciona Matarazzo (1980), esta es entendida como una rama de la psicología que busca, a través de los aportes educativos y científicos, ayudar a la población en general a obtener una promoción, prevención, intervención y mantenimiento de la salud. Asimismo, la psicología de la salud busca conocer el tratamiento de la enfermedad, la identificación de las causas y los diagnósticos de salud con el fin de obtener una mejora en los sistemas de salud y una mejoría en las políticas públicas.

Como tercer factor se considera que, tanto las poblaciones claves como las parejas heterosexuales, se deben de realizar la prueba de forma periódica y rutinaria, sin importar que no se tenga sospecha de infección por VIH. Es así como en el aspecto rutinario se debe realizar la prueba a mujeres embarazadas y a personas de 20 a 59 años que tengan una vida sexual activa. (Galindo et al., 2017)

A propósito, Hernández - Núñez, et al. (2003) menciona que en la vida reproductiva de las parejas heterosexuales serodiscordantes pueden existir diferentes procesos, pero el primer paso a seguir es explicarle a la pareja, de forma clara y precisa, las diferentes opciones que tienen, teniendo en cuenta los riesgos, técnicas y beneficios.

Además, se encontró que en la vida reproductiva de las parejas heterosexuales no solo se busca conseguir un embarazo donde prevalezca el recién nacido, sino también donde el impacto de una posible enfermedad en los progenitores y la posibilidad de fracaso de la técnica reproductiva sea bajo. Es así como se menciona que, si la mujer es la que vive con VIH, esta puede beneficiarse de técnicas de inseminación utilizando semen de la propia pareja o mediante la técnica de “lavado

*de espermatozoides*”. Aquí, una vez finalice la gestación con cualquiera de estas dos técnicas, la transmisión materno-fetal del VIH sin tratamiento oscilaría entre 13- 30%, pero puede ser reducida a menos de un 2% con TAR (Hernández - Núñez, et al., 2003).

Para finalizar, el trabajo de grado se enfocaría al grupo de investigación: Salud y Calidad de Vida (SYC), específicamente en la línea de investigación de enfermedades y condiciones crónicas en salud. Este grupo de investigación se encuentra adscrito a la facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, y al Departamento de Ciencias Sociales.

## **Metodología**

### **Modalidad y diseño de la investigación**

Este estudio se realizó con un enfoque cualitativo que permitió facilitar las aproximaciones en cuanto a la experiencia de los participantes, permitiendo así explorar, comprender, describir y generar posturas teóricas que van desde lo general a lo particular.

La investigación cualitativa parte de la idea de que todo individuo tiene una perspectiva única de ver el mundo y, asimismo, comprenderlo. Desde este enfoque, se entiende que cada perspectiva es única y es construida a través de lo transmitido por los otros y por las propias experiencias, lo que implica entenderlas desde una gran amplitud, para así tener un conocimiento lo suficientemente amplio.

Dicho lo anterior, el rol investigativo en el estudio data de entender, comprender e interpretar la percepción que los participantes asignan al proceso de comunicar su diagnóstico a su pareja sentimental (Hernández, Fernández y Baptista, 2006). Este enfoque fue seleccionado gracias a que resulta más enriquecedor rescatar, profundizar y detallar posibles explicaciones sobre un fenómeno, en este caso, un contexto de comunicación entre el adulto joven y su posible pareja sentimental.

El diseño metodológico es fenomenológico, teniendo en cuenta que, de acuerdo con Salgado (2007), este se enfoca en las experiencias individuales subjetivas de los participantes, donde el centro de indagación radica en las experiencias de estos. La fenomenología busca, a través de la exploración y análisis del discurso del participante, que el investigador describa y comprenda las experiencias en detalle y los sentidos que estos le otorgan a un fenómeno de su realidad.

Cabe mencionar que estas experiencias son tomadas en términos de la temporalidad, espacio, corporalidad y el sujeto relacional, como también el contenido y la estructura de la conciencia, la diversidad cualitativa de sus experiencias y la comprensión a profundidad de cada uno de sus significados (Álvarez - Gayou, 2003; Creswell, 1998; Mertens, 2005, citado por Salgado, 2007; Willig, 2008 p.54).

Este diseño es pertinente, ya que permite analizar la percepción que tienen las personas que viven con VIH frente a la comunicación de su diagnóstico a su posible pareja sentimental (Hernández, Fernández y Baptista, 2014)

### **Participantes**

La población seleccionada fueron hombres y mujeres jóvenes mayores de edad entre los 25 a 34 años que tienen diagnóstico de VIH/SIDA, pertenecientes a una IPS (Institución Prestadora de Salud); el acceso a la muestra se realizó por medio de un muestreo no probabilístico de bola de nieve. Según Quintana (2006) la bola de nieve busca comprender la realidad cultural o personal de las personas que, por su condición de marginalidad del orden social, o por otras razones, se mantienen en el anonimato (p. 58).

Es por esto que, medio de este tipo de muestreo se buscó encontrar un caso pertinente al grupo objeto de la población y este lleva al siguiente, al próximo, y así sucesivamente hasta alcanzar el nivel de información suficiente para lograr la investigación (Quintana, 2006 p.58).

Es preciso mencionar que todos los participantes diligenciaron un consentimiento informado antes de la aplicación del instrumento, para garantizar que su participación determine la voluntariedad e intencionalidad de los participantes para hacer parte del estudio (ver Anexo 1).

A continuación, se detallan los criterios de inclusión para posteriormente describir los de exclusión.

### **Criterios de inclusión de los participantes**

Los criterios de inclusión para los participantes fueron: (A) tener entre 25 a 34 años (B) tener un diagnóstico positivo para VIH/SIDA; C) tener un diagnóstico de VIH de hace más de un año; D) encontrarse en tratamiento médico E) tener interés en participar voluntariamente en la investigación; y F) firmar el consentimiento informado.

### **Criterios de exclusión de participantes**

Los criterios de exclusión fueron: (A) que el paciente recientemente se encontrara con el diagnóstico de depresión, ideación suicida u otro trastorno mental en estado agudo; (B) que el paciente se encontrará hospitalizado; C) que el paciente presentara negación en la participación del estudio; y D) que el paciente se niegue a firmar el consentimiento informado.

### **Tipo de muestreo**

La muestra de este estudio contó con 10 participantes, número de participantes que se intentó mantener al final del estudio, para lograr una extensión y calidad de la información. (Flick, 2004) La selección de la muestra de esta investigación fue intencional por medio del método de muestreo no probabilístico. La conformación de los participantes se basó en los intereses de los investigadores, el cumplimiento de los criterios y la representación de la muestra esperada. El procedimiento de contactar a los participantes fue a través de una estrategia de bola de nieve, la cual funciona como una cadena en la que un primer sujeto ayuda a identificar a las personas que cumplen con los criterios de inclusión de la investigación. Estos a su vez pueden detectar otras personas con características similares e invitarlas a participar en el estudio. (Flick, 2004)

De esta manera, es a través de las sugerencias, recomendaciones y comunicación con allegados, que se logró unir a los participantes (Martínez - Salgado, 2012).

Teniendo en cuenta las generalidades de la bola de nieve, en la presente investigación se dio inicio por medio de una persona a la que se le realizó la prueba piloto. Es así como los participantes llegaron a la investigación a través de allegados de la participante inicial, que coincidieron con las características sugeridas por el estudio (Mendieta, 2015).

### **Categorías de análisis**

Anteriormente se establecieron las categorías y subcategorías del estudio, a partir de la revisión teórica y empírica de los fenómenos estudiados. Así, las categorías y subcategorías del estudio fueron: emoción en el proceso de comunicar su diagnóstico a su pareja sentimental; emoción y angustia al efecto emocional percibido; inseguridad emocional y liberación de

comunicar su diagnóstico a la pareja sentimental. Cabe mencionar que no hubo categorías emergentes.

La segunda categoría es la de los recursos favorecedores en el proceso de la comunicación del diagnóstico a una pareja sentimental: apoyo emocional, estrategia centrada en el problema y buen manejo de la información. Asimismo, no hubo categorías emergentes.

Finalmente, una tercera categoría fue la de las barreras en el proceso de la comunicación de su diagnóstico de VIH a una pareja sentimental: ocultamiento del diagnóstico, estigma social y estigma sentido.

A continuación, se especifican las categorías y su definición conceptual (ver tabla 1).

**Tabla 1. Descripción conceptual de las categorías de análisis**

<b>Objetivos</b>	<b>Categoría</b>	<b>Definición Conceptual (Categoría)</b>	<b>Subcategoría</b>	<b>Definición Conceptual (Subcategoría)</b>
Describir emociones que genera en adultos que viven con VIH, a VIH el proceso de comunicar diagnóstico a una pareja sentimental.	las Emociones en el proceso de comunicar diagnóstico a una pareja sentimental.	el Conjunto de sensaciones y sentimientos frente a la entrega del diagnóstico de VIH a su posible pareja sentimental.	<b>de Angustia al efecto percibido</b>	Emoción caracterizada por la preocupación y el miedo frente a la manera en que pueda ser percibida la información de su diagnóstico de VIH por una persona con la que se tenga un vínculo afectivo o se pretenda una relación sentimental, percibiéndose sin la capacidad de actuar en el proceso de comunicación a prever una reacción negativa o de juicio (Sierra, Ortega y Zubeidat, 2003)
			<b>Inseguridad emocional</b>	Sensación de nerviosismo que se da por la comunicación del diagnóstico de VIH a su posible pareja sentimental. Este tipo de inseguridad puede verse desencadenada por la percepción de uno mismo como vulnerable, o una sensación de inestabilidad emocional que amenaza sus



---

autoconceptos (López - Larrosa y Periscal, 2022).

### **Liberación**

Proceso en el cual la persona es capaz de aceptar los sentimientos que le produce comunicar su diagnóstico.

Esta aceptación, a su vez, le permitirá que lo pueda comunicar de una forma más fácil, generando menos tensión y malestar, produciendo una fuente liberadora de tensión, identificando este proceso como algo que no amenaza su autoconcepto y desarrollo en su proyecto de vida (López, 2018).

Apoyo externo que recibe el paciente que vive con VIH al momento de comunicar su diagnóstico.

Este apoyo se da gracias a la empatía y sensibilidad de la posible pareja sentimental del paciente en donde se entiende al otro y se acompaña durante su proceso (Arraigada, 2012).

Reconocer los recursos percibidos que favorecieron a los adultos jóvenes que viven con VIH en el proceso de comunicar su diagnóstico a una pareja sentimental.

Recursos favorecedores en la comunicación de diagnóstico a una pareja sentimental.

Conjunto de nociones, la herramientas, y habilidades que el adulto joven se hace sobre sí mismo.

**Apoyo emocional**

### **Estrategias centradas en el problema**

Estrategia utilizada por la persona que vive con VIH para valorar. tanto su problemática, como los diferentes recursos con los que cuenta, con el fin de buscar soluciones a esta traspasando las barreras de la comunicación de su diagnóstico (Lazarus y Folkman, 1986).

---

---

	<b>Buen manejo de la información</b>	Conocimiento que tienen las personas que viven con VIH para integrar todos sus derechos y posibilidades de inclusión desde el alcance de su tratamiento. Asimismo, el conocimiento sobre el funcionamiento normal que tienen en las diferentes áreas de su vida (CNDH, 2016).
Identificar las barreras en el proceso de comunicación de los adultos jóvenes que viven con VIH/SIDA al momento de comunicar el diagnóstico de VIH a una pareja sentimental.	<b>Ocultamiento del diagnóstico</b>	Mecanismo de defensa y estrategia de afrontamiento que utilizan el paciente que vive con VIH para no generar ningún prejuicio, y asimismo, no presentar un malestar emocional (Hernández- Viasus et al., 2017; Lazo, 2019; Folayan et al., 2017; Rzeszutek et al., 2017).
	<b>Estigma social</b>	Asociación negativa que una persona sana tiene sobre una persona que padece una condición de salud específica, en este caso, VIH.  En este tipo de estigma se pone en juicio el comportamiento moral de la persona, se le aísla y se le separa ya que no se le percibe como parte de la sociedad al no tener una conducta aceptable, por lo cual, se les discrimina. (UNICEF, 2020)
	<b>Estigma Sentido</b>	Atribución social negativa y prejuicios que la sociedad ha construido frente al tema de vivir con VIH, lo que ocasiona que la persona que vive con la

---

---

enfermedad obtenga un malestar emocional.

Estas atribuciones ocasionan que la persona tenga conductas auto discriminatorias y se sienta merecedora de estas, debido a la construcción de sí mismo y de las construcciones sociales que se han implantado como el deber ser (Guevara - Soletto y Hoyos - Hernández, 2018).

---

### **Técnicas de recolección de información**

Para el diseño de los tópicos y de las categorías de la entrevista, se realizó primero una revisión teórica y empírica donde surgieron temas en común que se repitieron y dejaron notar las situaciones más típicas que podían presentarse en la comunicación del diagnóstico de adultos jóvenes con VIH a sus posibles parejas sentimentales.

La entrevista en profundidad consta de encuentros frecuentes de manera presencial entre los participantes del estudio e investigadores, los cuales tienen por objetivo comprender las perspectivas, experiencias o situaciones que han tenido o tienen los jóvenes adultos frente a la comunicación de su diagnóstico de VIH en términos literales de sus palabras (Taylor y Bogdan, 1992).

Este instrumento sigue un modelo de conversación y no un intercambio de preguntas y respuestas formales estructuradas. En la entrevista a profundidad las preguntas se caracterizan por ser flexibles, dinámicas y abiertas, lo que permite una facilidad en la reestructuración según la

manera en que vaya dirigiendo el participante al investigador, y las características de las respuestas que se vayan obteniendo (Taylor y Bogdan, 1992).

Para esta investigación se escogió esta técnica de recolección de información gracias a la contribución significativa a la comunicación entre participante e investigador. Asimismo, al ser una investigación enfocada en conocer de manera más amplia las experiencias de los adultos jóvenes frente a la comunicación del VIH, esta técnica nos permite conocer a fondo la comunicación, el detalle, el valor de las expresiones, el encuentro y las palabras, siendo estas una de las principales formas de recoger la experiencia.

### **Validación por jueces expertos**

Con el fin de obtener una mayor rigurosidad en la entrevista a profundidad que se realizó en el estudio, se solicitó a dos jueces expertos en el tema, con amplia experiencia y que conocen sobre el objeto de estudio, sus sugerencias y recomendaciones con el fin de acoger sus opiniones. Fue así como se hizo entrega de un formulario para el registro de los comentarios y las recomendaciones.

Los jueces expertos fueron una psicóloga con 6 años de experiencia en programas de atención integral a pacientes que viven con VIH. También, participó un psicólogo, magíster, profesor de la Facultad de Ciencias Sociales y asesor de instituciones de salud en Colombia con 12 años de experiencia en investigación en temas de enfermedad crónica. Finalmente, el tercer experto fue un médico con Máster en VIH de la Universidad Rey Juan Carlos de España y experto en VIH.

La profesional mujer es psicóloga y trabaja en una institución de salud de tercer nivel. Uno de los dos profesionales hombres es profesor e investigador de una institución educativa de tipo superior y, el otro se desempeña como médico. En el anexo 3 se consignan las sugerencias y recomendaciones de los dos jueces (ver Anexo 3).

Los comentarios de los jueces se resumieron en sugerencias de cambios en la redacción. Cabe resaltar que se acogieron la mayoría de las recomendaciones de los jueces. Los ítems 4,5,7,8,9,11, 12 y 13 no tuvieron cambios, aunque sí se realizaron cambios de redacción y términos en los ítems 1,2,3,6,10 y 14. En cuanto a lo anterior, en varios de los ítems mencionados se cambió

el tipo de redacción, ya que, desde el criterio de los expertos, estas podían ser muy ambiguas para los participantes.

Fue así como se intentó cambiar ciertas preguntas para que fueran directas y comprensibles para el participante.

### **Prueba Piloto**

Luego de la validación por jueces expertos y de los ajustes recomendados, se procedió a realizar una prueba piloto con una mujer que cumpliera con los criterios de inclusión, se le comunicó el objetivo de la investigación, se diligenció el consentimiento informado y por último se aplicó el instrumento del estudio (**Anexo C**), esto con el fin de identificar la facilidad de aplicación del cuestionario, tiempo aproximado de entrevista, y necesidad de ajustes de los formatos de la investigación.

La prueba piloto fue realizada a una paciente de 26 años. Antes de iniciar la entrevista se le comunicaron los objetivos del estudio y se firmó el consentimiento informado. Durante el desarrollo de esta la participante no tuvo dificultades para responder a las preguntas del instrumento ya que entendió cada una de ellas. Asimismo, las preguntas realizadas facilitaron que hubiese una respuesta amplia por parte de la participante, permitiendo que en el análisis de la información se pudiese extraer una mayor cantidad de esta para la misma.

A manera de síntesis del resultado de la prueba piloto es preciso mencionar que no se realizó ningún cambio en las preguntas del instrumento, pues la estructura de la entrevista facilita el entendimiento de la participante, fueron claras las preguntas, y no realizó recomendaciones en cuanto al contenido y forma de estas. Por otro lado, la participante se mostró tranquila, no hubo movilización ni cambios emocionales y se percibió una comodidad frente a sus respuestas.

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

Los datos obtenidos fueron analizados a partir de un análisis temático mediante el método de Atlas TI (versión 22.0), el cual permitió identificar, analizar, reportar y organizar la información en las categorías planteadas, de modo que se logre una descripción detallada de la información y

el reconocimiento de los temas, a partir del discurso de los participantes y de la lectura y relectura de la información obtenida (Mieles et al., 2012).

Lo anterior, con el objetivo de realizar el análisis y la discusión sobre ellos, generar inferencias para la comprensión e interpretación de resultados, y descubrir y revelar las experiencias y realidades subjetivas, así como para examinarlas en profundidad (Mieles et al., 2012).

Por otro lado, para realizar el análisis de los datos, se agrupó la información obtenida en categorías y subcategorías con el fin de desarrollar un análisis con lo expresado por los participantes en las entrevistas. Esto permitió identificar, contrastar, organizar y analizar los diferentes elementos que serán más relevantes del fenómeno en cuestión (Cerdeira, 1988).

Es por esto por lo que las categorías de análisis fueron fundamentales para el proceso de la presente investigación, ya que permitió orientar y estructurar el diseño del instrumento para realizar la interpretación de la información recolectada de forma organizada y coherente (Cerdeira, 1988). Cabe resaltar que en el análisis de datos no se encontraron categorías emergentes.

Tomando en cuenta lo mencionado por Escalante (2009), el análisis temático se realiza a través de la entrevista transcrita puesto que permite relacionar las diferentes categorías, tanto las establecidas como las emergentes, con las narrativas de los participantes entrevistados. En este sentido, el procedimiento de análisis se desarrolló de forma deductiva e inductiva.

Así, la primera busca, por medio de la transcripción de la entrevista, las categorías establecidas y que son constituidas mediante referentes teóricos; mientras, la segunda se caracteriza por una construcción de categorías emergentes que son identificadas e inferidas a través del contenido que se provee en la entrevista (Arbeláez y Onrubia, 2014).

## **Validez**

Para asegurar la validez del estudio se implementaron las siguientes estrategias: (Benavides y Gómez, 2005; Salgado, 2007)

El primer paso fue la **reflexividad**, la cual consiste en realizar una autoevaluación por parte de los investigadores sobre el desarrollo del estudio, reconociendo las diferentes percepciones e interpretaciones de cada uno de los investigadores a lo largo de toda la construcción de la investigación. Es por ello por lo que fue fundamental en este paso identificar, separar y confluir

las diferentes experiencias, conservando la naturalidad en la vivencia de los participantes que interactuaron sobre el fenómeno de estudio (De la Cuesta, 2011).

Como segundo paso se realizó una **devolución**. Durante las entrevistas se llevó a cabo un intercambio sobre resultados y percepciones de los puntos de vista de los participantes acerca de las diferentes vivencias y significados que le atribuyen los participantes al fenómeno de estudio en sus narrativas. Esta devolución se realizó con el fin de garantizar que se esté manteniendo la legitimidad de la experiencia subjetiva de los participantes (Salgado, 2007).

Sumado a esto se realizó una auditoría con el fin de proteger la confianza del estudio. Esta se llevó a cabo mediante protocolos en la recolección de los datos, análisis y síntesis de la información, brindando evidencia de la aplicación de este estudio a través de los audios de las entrevistas, manteniendo pruebas físicas de los contenidos. (Salgado, 2007)

Al mismo tiempo, se continuó con la **transferibilidad**. Se brindaron elementos que permitieron una aplicabilidad del estudio realizando una descripción, tanto del método, como de la muestra; se plasmó durante este documento los procesos llevados a cabo para la realización de esta investigación. Posteriormente, se realizó una descripción del fenómeno y sus formas de interacción, identificando sus categorías y patrones de respuesta (Salgado, 2007).

Por último, se realizó una **triangulación**. Esta se llevó a cabo bajo la consciencia de las intenciones de cada investigador; es decir, mediante cada una de las vivencias, ideologías y posturas. Esta consciencia le permitió comprender al investigador que su rol, en cualquier momento, pudo sesgar la comprensión del fenómeno, dándole peso a diferentes tópicos, razón por la que, tanto la directora como los investigadores de esta tesis, se encargaron de asumir una posición neutral que permitió abarcar y comprender la amplitud de las experiencias de todos los participantes, considerando todos los tópicos. (Benavides y Gómez, 2005).

Fue así como los investigadores de forma individual se encargaron de llevar a cabo una categorización de las categorías de análisis para después realizar una discusión y llegar a un consenso sobre cuál fue la manera adecuada para establecer las subcategorías de la investigación.

## **Procedimiento**

La presente investigación se realizó por medio de las siguientes fases:

### **Fase de preparación conceptual y metodológica**

En la primera etapa se realizó una revisión exhaustiva de datos epidemiológicos, con la finalidad de conocer las cifras del VIH a nivel mundial, latinoamericano, nacional, regional y local. Posteriormente, se indagaron los antecedentes para comprender de qué forma ha sido estudiado el fenómeno en cuestión. A partir de la brecha de investigación que se encontró en los estudios, se elaboró la pregunta problema y se construyó el objetivo general con sus respectivos objetivos específicos. Luego, se procedió a la construcción del marco conceptual y se plantearon preliminarmente las categorías de análisis; finalmente, se estructuraron los aspectos del método.

### **Fase de diseño de la entrevista en profundidad y proceso de validación por jueces**

Para la entrevista en profundidad se diseñaron ciertas preguntas guías basadas en las categorías de análisis que fueron definidas a partir de la revisión bibliográfica del marco teórico. Cabe resaltar que el diseño de estas preguntas fue realizado por los investigadores bajo la supervisión de la directora de tesis. Posteriormente, se realizó un proceso de validación por jueces a expertos en temas de VIH; entre ellos estaban psicólogos y médicos. Por último, se recibieron y se acogieron las recomendaciones de los jurados expertos frente a los tópicos de la entrevista en profundidad.

### **Fase de acercamiento con los participantes**

Se realizó un primer contacto con los participantes y se les socializó el objetivo del estudio y la invitación a participar en esta, aclarando que la aplicación del instrumento solo se realizará bajo condiciones estrictamente académicas y por fuera de sus entornos laborales o académicos. Asimismo, se les mencionó que no obtendrán ningún beneficio frente a este estudio.

### **Fase de recolección de la información**

La información fue recolectada por medio de entrevistas a profundidad. La muestra fue captada teniendo en cuenta los criterios de inclusión y exclusión. Para la realización de la entrevista se buscaron espacios de intimidad y condiciones que no generen interrupciones en el encuentro. Las entrevistas con los participantes fueron previamente acordadas en unos horarios establecidos.



### **Fase de sistematización y análisis de la información**

La información de las entrevistas fue transcrita de forma manual por los investigadores del estudio. Cada investigador leyó y categorizó en forma independiente las entrevistas, luego se puso en común la revisión, para posteriormente ser evaluado por la directora del trabajo de grado, como juez externo, para retroalimentar y discutir.

### **Fase de desarrollo final del documento y socialización de la experiencia.**

La información obtenida de los participantes fue plasmada en el apartado de resultados, con el fin de realizar una interpretación a la luz de la teoría. De igual forma se redactó la discusión y las conclusiones, para lograr la presentación del documento final que será entregado y socializado dentro del contexto académico y con los participantes.

### **Consideraciones éticas**

Este estudio se ajustó a los principios legales y éticos establecidos por la Ley 1090 del 06 de septiembre de 2006 (Congreso de la República, 2006) y la Resolución 8430 (Ministerio de Salud, 1993). Por tanto, el estudio se clasificó como una *investigación con riesgo mínimo* y se tomó el consentimiento informado de los participantes. Para evitar el posible riesgo ético, se tomaron las siguientes precauciones: durante todo el proceso de recolección, análisis de datos, interpretación y resultados, se aseguró la confidencialidad de los participantes. Los resultados obtenidos se analizaron a partir de un pseudónimo, por medio del cual se identificó al participante, manteniendo el anonimato.

En línea con lo anterior, por medio de un consentimiento informado previamente construido se les explicó a los participantes en qué consiste el estudio, los objetivos, su forma de participación y cuáles eran los posibles riesgos y/o beneficios de participar; se les aclaró también que todas sus inquietudes serían resueltas. También, se les informó de que tenían el derecho de retirarse o negarse si así lo deseaban en cualquier momento del estudio. Por último, se les explicó que las grabaciones que se tomaron en la investigación serán guardadas por los investigadores y solo se expondrán para fines académicos o inherentes a la investigación a desarrollar, salvaguardando siempre la confidencialidad y la privacidad de los participantes por medio de un

pseudónimo. Ahora bien, una vez reportada la comprensión de toda la información y estar de acuerdo, se le preguntó al entrevistado si aceptaba o no participar en la investigación.

El consentimiento informado presentó la siguiente información, de manera que pudiese ser comprendida por el o los sujetos participantes:

- a. El nombre y los objetivos de la investigación
- b. El tipo y el número total de personas que se espera participen en el estudio
- c. Los procedimientos a los cuales estará sometido el participante
- d. Los riesgos y beneficios
- e. La garantía de confidencialidad de la información
- f. La libertad de retirar su consentimiento en cualquier momento y dejar de participar en el estudio, sin que por ello se creen perjuicios en su contra.
- g. Las personas encargadas del estudio a las que pueda contactar y sus teléfonos
- h. Los derechos del sujeto en el estudio.
- i. El carácter voluntario de la participación
- j. La garantía de recibir respuesta a cualquier pregunta y aclaración a cualquier duda durante el proceso
- k. Las circunstancias bajo las cuales se terminaría la participación del estudio
- l. Finalmente, se planteó un protocolo de atención en caso de evidenciarse una crisis durante las entrevistas, siguiendo unos pasos respectivos y contactando centros psicológicos disponibles.

Para garantizar el anonimato de las respuestas, los consentimientos informados y las entrevistas solo fueron consultados por los investigadores, así, tanto los cuestionarios, como los datos de la base de datos no tuvieron nombres sino códigos de identificación. Por ende, estos consentimientos reposan en el archivo del grupo de investigación responsable del estudio. Igualmente, en la base de datos solo los investigadores tendrán acceso.

Los investigadores expresan que no tienen conflicto de intereses para la realización de la presente investigación.

## Resultados

En este apartado de la investigación, se darán a conocer los resultados que corresponden a las entrevistas a profundidad realizadas a 10 participantes (6 hombres homosexuales y 4 mujeres heterosexuales) diagnosticados con VIH. En primer lugar, se describe la información sociodemográfica de los participantes y el perfil de cada uno de ellos. En segundo lugar, se presentarán los resultados encontrados a partir de los objetivos establecidos en esta investigación. A continuación, se ilustra una tabla en la que se encuentra consignada la información sociodemográfica de los participantes (ver tabla 2). Además, se encuentran consignados los seudónimos de los participantes, su rol dentro de la investigación, edad, diagnóstico y estado, orientación sexual e identidad de género, tiempo de diagnóstico, ocupación y escolaridad.

*Tabla 2. Descripción sociodemográfica de los participantes.*

Seudónimo	Rol	Edad	Diagnóstico del paciente y estado	Orientación sexual /identidad de género	Tiempo de diagnóstico	Ocupación	Escolaridad
Mariana	Participante	26	VIH indetectable	Heterosexual - Cisgénero	26 años	Estudiante/Trabajadora en farmacia	Técnico
Patricio	Participante	34	VIH indetectable	Homosexual - Cisgénero	9 años	Comunicador Social y Periodista	Pregrado
Ligia	Participante	34	VIH indetectable	Heterosexual - Cisgénero	19 años	Estudiante Universitaria	Bachiller
Karla	Participante	31	VIH indetectable	Heterosexual - Cisgénero	2 años	Trabaja	Bachiller

Carlos	Participante	29	VIH indetectable	Homosexu al - Cisgénero	2 años	Estudiante de postgrado	Pregrado
Miguel	Participante	27	VIH indetectable	Homosexu al - Género Fluido	6 años	Independiente	Técnico
Mateo	Participante	28	VIH indetectable	Homosexu al - Cisgénero	3 años	Estudiante Universitario	Bachiller
Martín	Participante	25	VIH indetectable	Homosexu al - Cisgénero	1 año	Auxiliar administrativ o	Técnico
Diego	Participante	33	VIH indetectable	Homosexu al - Cisgénero	5 años	Diseñador Gráfico	Pregrado
Liliana	Participante	26	VIH indetectable	Heterose xual - Cisgéner o	26 años	Trabajadora en almacén de ropa	Bachiller

### **Perfil de participantes.**

De los 10 participantes, 6 eran hombres homosexuales, de los cuales 5 eran cisgénero y sólo un participante se identificaba con una identidad de género fluido. Por su parte, los 6 participantes hombres adquirieron el virus de VIH por medio de transmisión horizontal. En cuanto al máximo nivel de escolaridad alcanzado por los participantes hombres, 3 de ellos actualmente tienen un pregrado, 2 son técnicos y 1 tiene como máximo nivel de escolaridad, bachiller.

Por otro lado, de las 4 mujeres participantes en el estudio, todas son mujeres heterosexuales con una identidad de género cisgénero y adquirieron el virus de VIH por medio de una transmisión vertical a excepción de una participante que apenas fue VIH positivo hace 2 años (transmisión horizontal). En cuanto al máximo nivel de escolaridad alcanzado por las participantes mujeres, 3 de ellas tienen como máxima escolaridad bachiller y solo 1 tiene un técnico como máximo nivel

educativo. Para finalizar, cabe resaltar que, actualmente todos los 10 participantes tienen estado serológico indetectable.

Descrito el perfil de cada participante, se da paso a presentar los resultados por categorías de análisis.

### **Emociones en el proceso de comunicar el diagnóstico de VIH, a una pareja sentimental.**

En relación con **efecto emocional percibido**, se encontró que los 10 participantes, al comunicar su diagnóstico a su pareja sentimental, presentaron emociones como lo es el miedo. Por su parte, 3 de los 10 participantes, percibieron emociones como culpa y ansiedad. Por otro lado, en cuanto a las emociones como lo fueron la duda y la rabia, solamente 2 de los 10 participantes percibieron presentar este tipo de emociones a la hora de comunicar su diagnóstico a su pareja sentimental. Finalmente, 1 de cada 10 participantes percibió presentar emociones como fue la tranquilidad, desconfianza, satisfacción y/o angustia. Cabe resaltar que varios de los participantes resaltaron que las emociones como lo fueron el miedo, duda, rabia y angustia eran producidas al percibir que, las personas que iban a recibir esta información pudiesen estar desinformadas, generando preocupación sobre el estigma que tuvieran sobre el VIH.

*“Se siente miedo al rechazo por que todavía hay mucha desinformación de la gente, entonces uno siente miedo angustia por el rechazo” (Comunicación personal, Diego, 33 años)*

*“(…) duda o miedo, porque de pronto se va a sentir rechazo” (Comunicación personal Ligia, 34 años).*

*“(…) me da mucha ansiedad de comunicárselo a alguien” (Comunicación personal Mateo, 28 años).*

*“(…) miedo del rechazo al estigma que todavía hay sobre el VIH” (Comunicación personal Karla, 31 años).*

*“(…) Miedo, desconfianza y rechazo” (Comunicación personal Liliana, 26 años).*

*“Sí claro me dio miedo, porque ya era la segunda vez que lo iba a hacer, porque con mi primera pareja él era igual, ósea tenía el mismo diagnóstico, pero con la segunda pareja que tuve anterior, con él fue totalmente diferente, ósea yo le conté y él se “enchuquiso”, ósea se enojó y fue horrible (Comunicación personal Mariana, 26 años)*

*“(…) rabia por ser tan incautos todos 4 y quizás un poco de miedo” (Comunicación personal Patricio, 34 años)*

En segunda instancia, en cuanto a la **inseguridad emocional**, los participantes manifestaron sentimientos como duda o miedo e inseguridad de comunicar su diagnóstico al percibir rechazo de la persona que se le va a comunicar, tomando medidas alternas como la llamada telefónica evitando el enfrentamiento.

*“(…) duda o miedo, porque de pronto se va a sentir rechazo” (Comunicación personal Patricio, 34 años)*

*“Siempre digamos, lo he hecho personalmente con la persona, pero una que otra ocasión lo he hecho por medio de mensaje o de llamadas porque a veces me da nervios, miedo a como la persona vaya a reaccionar”. (Comunicación personal Liliana, 26 años)*

En tercera instancia, en cuanto a **la liberación**, uno de los participantes manifestó una satisfacción de comunicar su diagnóstico a su pareja sentimental. Por su parte, otro de los participantes expresó neutralidad, ya que en reiteradas ocasiones pasadas había comunicado su diagnóstico a varias personas con las que había tenido encuentros sexuales.

*“(…) me dio como una satisfacción el hecho de haberme quitado un peso de encima” (Comunicación personal Miguel, 27 años)*

*“Lo tomé con mucha neutralidad porque en ese momento yo ya lo había dicho muchas veces, porque en aquel entonces sentía que era una responsabilidad decirle a todo el mundo con el que me fuera a acostar que tenía VIH” (Comunicación personal Patricio, 34 años)*

**Recursos en el proceso de comunicar su diagnóstico de VIH a una pareja sentimental.**

En relación con esta categoría, los participantes describen sentir apoyo en gran medida por parte de sus amigos y pareja. Otros han encontrado apoyo en sus parejas o personas también diagnosticadas con VIH. En ellos encuentran aliento e impulso para afrontar su condición de salud, sintiéndose como iguales de quienes no viven con el diagnóstico de VIH, soporte emocional que les ha servido a estos participantes para comunicar su diagnóstico sin rodeos. Una de las participantes resaltó que, al momento de comunicar su diagnóstico a su pareja, este le brindó su apoyo ayudándola a sentirse bien consigo misma.

*Conocí a estas dos personas que ellos llevan más tiempo con VIH me dieron ese motor que hoy en día no los considero amigos sino familia, porque ellos dos son homosexuales y pareja, y los quiero como un hermano y al otro como un cuñado, porque realmente han sido un apoyo cuando yo estuve mal, fueron los que tuvieron esa voz de aliento (...) me empezó a explicar más cosas y me dijo que somos personas común y corriente que durante toda la vida hasta que se encuentre una cura del 100% para desaparecer el VIH se deben de tomar medicamentos, pero somos gente común y corriente, con dos piernas, dos brazos, dos ojos y con un corazón y yo como que wow, entonces desde ahí fueron como las únicas personas que tuve como el valor de decirles sin tanto rodeo (Comunicación personal Carlos, 29 años)*

*vamos pa 'lante y que pase lo que tenga que pasar y yo bueno y desde ahí empezó, nunca vi un rechazo, un tu eres diferente, nunca, jamás, en cinco años que vamos a cumplir, jamás he sentido eso con él, entonces eso me ayuda a sentirme bien conmigo, porque no había vivido esa experiencia (...) a pesar de la situación él me dijo vamos y esperar a que pase lo que tenga que pasar (Comunicación personal Mariana, 26 años)*

En segunda instancia, en cuanto a **las estrategias centradas en el problema**, varios participantes describieron buscar espacios abiertos, o un sitio privado a la hora de comunicar su diagnóstico a su pareja. Es así como los participantes mencionaron que a la hora de comunicarse buscan que sentirse en un espacio seguro donde el ambiente sea lo más real posible.

*Espacios íntimos, donde los dos estemos compartiendo, por ejemplo, si la persona fuma, pues también fumamos como que todo el ambiente sea lo más real posible para contrastar con esa noticia que pues es un poquito chocante para algunas personas entonces siempre busco espacios abiertos. (Comunicación personal Mateo, 28 años)*

*“(…) pues sería en la casa mía o un sitio privado puede ser o si no en un sitio público se lo diría” (Comunicación personal Martín, 25 años)*

*“(…) fui al centro comercial que mantiene vacío y pensé, aquí es el lugar para hablar con él ya que es un lugar el cual me brindaba seguridad a mí”. (Comunicación personal Mariana, 26 años)*

Por otra parte, una de las condiciones empleadas por los participantes a la hora de comunicar su diagnóstico es que estos deben percibir que su pareja actual sea una persona tranquila, que sepa tomar decisiones, centrada y que le brinde seguridad y respeto. Finalmente, uno de los participantes destacó que una de las estrategias de afrontamiento utilizadas por él es que la comunicación sea realizada solamente a una persona con la que va a tener una relación seria.

*“(…) Persona tranquila que sepa tomar decisiones, centrada, esto pasa por algo o esto paso por algo, esto fue lo que me pasó con él, él es muy centrado y organizado, tranquilo, a pesar de que tiene carácter fuerte es muy tranquilo para tomar una decisión”. (Comunicación personal Mariana, 26 años)*

*“Yo necesito percibir obviamente que me esté brindando seguridad que me sienta en un espacio seguro, que me esté brindando el respeto para que todo se pueda llevar” (Comunicación personal Miguel, 27 años)*

*“(…) esperaría que fuera una relación seria, porque no me gustaría decírselo a alguien y que esa persona te rechace a la primera y luego lo divulgue” (Comunicación personal Karla, 31 años)*



*“(...) tengo algo que contarte es algo que no puedo ocultar y que va a salir a la luz algo serio algo en el cual usted va a estar en mi vida por un tiempo por eso tengo que comunicarle y pues yo soy paciente VIH” (Comunicación personal Diego 33 años)*

En cuanto al **buen manejo de la información**, dentro de las entrevistas realizadas a los participantes se encontró que la mayoría de estos tenían información clara sobre su diagnóstico de VIH. Es así como varios de los participantes reconocen que deben tener una vida saludable, con el fin de tener un buen tratamiento y cuidarse; tomando sus medicinas, realizando exámenes de sangre, cuidado de salud física y mental por medio del ejercicio, dieta balanceada, buena alimentación, y no hacer uso de sustancias psicoactivas.

*“(...) cuidarte, tomar todos tus medicamentos todos los días; irte cada mes irte a chuzar, hacerte cada dos meses pruebas de diagnóstico; ir donde el nutricionista, psicólogo y trabajadora social” (Comunicación personal Martín, 25 años)*

*(...) En cuanto a mi diagnóstico sé que hay que tomar los medicamentos todos los días a la misma hora para así protegerme a mí y a mi pareja. Se que no puedo tener sexo sin protección con extraños porque sé que existe la posibilidad de una reinfección entonces ahí vuelve y juega y se combina y todo y, el medicamento que estas tomando ya no sirve y te toca tomar otro medicamento más fuerte y eso si es muy difícil (Comunicación personal Patricio, 34 años)*

*Juiciosa con los medicamentos, es como, es lo único la verdad, estar bien con los medicamentos y tener una buena alimentación y salud, es como cuidarse uno mismo, no solo los medicamentos si no también uno cuidarse (Comunicación personal Mariana, 26 años)*

*Hay que cuidarse la salud mental y el sistema inmunológico, hacer ejercicio y tener una dieta balanceada y una salud mental equilibrada, no fumar y no sustancias, al principio la manifestación del virus es muy fuerte pero ya que está controlado está*

*rasgando de a poquitos no mucho, pero hay que cuidarlo (Comunicación personal Patricio, 34 años)*

*(...) la verdad es que (...) sé que existen varias vías de transmisión. La sexual, que es la más común, la otra se da durante el parto o cuando se está amamantando la mamá al bebé y pues también por compartir aguja u otro tipo de instrumentos (Comunicación personal Miguel, 27 años)*

En relación con el conocimiento que tienen los participantes sobre el VIH, varios reconocen que es un virus que se replica, que está en la sangre, el cual tiene tratamiento, y les permite realizar diversas labores de la vida diaria como trabajar, estudiar, tener amigos, tener una pareja, tener una vida normal, un pronóstico favorable o tener hijos, gracias a un tratamiento que les brinda una calidad de vida. Para finalizar, cabe resaltar que se reconoce en los participantes los medios de transmisión del VIH, durante el parto, la sexualidad y compartir aguja u otro tipo de instrumentos.

*Que es un virus el cual se puede tratar, que no te va a matar, que tiene tratamiento que no te impide hacer cosas, trabajar, estudiar, tener amigos, tener una pareja (Comunicación personal Mariana, 26 años)*

*(...) es un virus que se replica, que está en la sangre (Comunicación personal Diego, 33 años)*

*(...) se puede tener una vida normal, vivir muchos años, tener hijos y tener una pareja, pueden hacer muchas cosas (Comunicación personal Karla, 31 años)*

*(...) hoy día tenemos un tratamiento excelente que nos brinda una excelente calidad de vida (Comunicación personal Miguel, 27 años)*

Algunos de los participantes encuestados refieren haber encontrado dificultad en la información que manejaban sobre el VIH al inicio de su diagnóstico, sin reconocer su tratamiento, al igual que su manejo a lo largo de la vida.

*Yo no conocía, no tenía conocimiento absoluto sobre el tema (Comunicación personal Miguel, 27 años)*

*No, no sabía ni síntomas ni como se causaba ni nada. (Comunicación personal Karla, 31 años)*

Por otro lado, los participantes describen tener conocimientos sobre los derechos sexuales y reproductivos, identificándolos como derechos de tercera generación, los cuales permiten desarrollar de forma plena la sexualidad de la persona. Dentro de los derechos sexuales y reproductivos identifican el deber de comunicar su diagnóstico de VIH a la persona con la que proyectan tener hijos. Finalmente, una de las participantes mencionó que los derechos sexuales y reproductivos tienen que ver sobre la decisión propia de tener hijos.

*Son derechos de tercera generación (...) Se refiere a desarrollar bien la sexualidad en cuanto al género, en cuanto a la orientación sexual, que no haya persecución de las personas por lo que expresan sexualmente o por su manifestación de género, y tampoco que el estado tenga el derecho de meterse en la intimidad de las personas en ese sentido específico (Comunicación personal Patricio, 34 años)*

*(...) uno tiene el deber como portador del VIH informarle a la persona que va a tener los hijos que uno tiene VIH para que la persona decida si quiere hacerlo o no, pero eso si es una obligación del portador del VIH para que la persona vea si está dispuesta o no (Comunicación personal Carlos, 29 años)*

*(...) tengo derecho a una vida sexual plena, que no puedo ser discriminada por ello, que el tener o no tener hijos es una decisión propia y lo único es que no se puede amamantar, eso sí lo tengo claro, estoy muy empapada sobre el tema (Comunicación personal Ligia, 34 años)*

Frente a la manera en que los participantes adquirieron conocimiento de los derechos sexuales y reproductivos como del VIH, mencionan la iniciativa y proactividad en la búsqueda, a través de los médicos tratantes y especialistas, redes sociales como Facebook y YouTube o por

medio de videos educativos. Por último, uno de los participantes mencionó que adquirió conocimiento en bibliotecas y libros de ciencia.

*Cuando me enfermé, me reeduqué. Empecé a tener conocimiento que no solamente me ayudaba a mí, sino que de esta manera también podría ayudar a otras personas que también estuvieran viviendo con VIH y a salir de esos patrones que se tienen (...) veía videos educativos o que pudieran dar una enseñanza para, obviamente uno, poder tener un poco de conocimiento (Comunicación personal Miguel, 27 años)*

*Por mi parte ir a bibliotecas porque en ese entonces ni existía el internet, (...) me la pasaba investigando en libros de ciencia y ahí supe que era VIH, cómo se podría contraer, cuáles eran los mitos y desde ahí como que supe bien. (Comunicación personal Carlos, 29 años)*

*Yo lo aprendí por mis médicos especialistas, (...) si tengo dudas o algo les llamo, les escribo, me orientan, o si ellos no saben, se comunican con un infectólogo y el infectólogo me despeja la duda y eso; entonces, primero que todo, lo aprendí, de los médicos especialistas (...) “Una parte fueron mis doctores y otra parte fue en Facebook y YouTube (Comunicación personal Karla, 31 años)*

### **Barreras en el proceso de comunicar su diagnóstico de VIH a su pareja sentimental**

Algunos de los participantes expresaron que no comunican abiertamente el diagnóstico a las personas con quienes se rodean, prefieren realizar este proceso de manera limitada a aquellos con quienes tienen un vínculo más cercano. Adicionalmente, mencionaron que compartir su diagnóstico solo se da después de un proceso personal en el cual evalúan las posibles reacciones que puede tener el receptor de la información. Es así como los participantes han comunicado su diagnóstico especialmente a sus familiares más cercanos como lo son mamá, papá y abuelos. Por otro lado, uno de los participantes mencionó que su diagnóstico ha sido comunicado solamente a sus amigos que viven con la misma condición médica.

*A nivel familiar, mi familia lo sabe porque desde pequeña lo tengo (Comunicación personal Mariana, 26 años)*

*(...) pues en mi caso mi familia solo sabe mi mama de resto nadie sabe y de amigos sólo saben dos, pero también tienen el diagnóstico (Comunicación personal Diego, 33 años)*

*(...) de mi familia solamente saben mis papás, mis hermanos y mi abuelita (Comunicación personal Miguel, 27 años)*

*(...) los demás son conocidos, ellos saben mi orientación, pero no saben mi condición (...) Sólo lo saben 2 personas y viven con la misma condición (Comunicación personal Carlos, 29 años)*

En cuanto al **estigma social**, varios participantes manifestaron que han sido señalados por vivir con VIH, dado a que algunas de las personas que se han enterado se han referido a ellos de manera discriminatoria con ciertas frases como *hija del diablo, promiscuo, sucio, uhum mariquita, son una aberración, traen problemas a la sociedad, hacen daño a la gente, enfermo, eso le pasa por perra, por zorra, por lindera, por fácil*, etc. Por su parte, un participante expresó que sumado al estigma que siente por tener VIH, en diferentes ocasiones también ha sido víctima de actos de homofobia donde las personas lo han insultado y adicionalmente han transgredido límites físicos porque le han tirado cosas o le han golpeado.

*Me hicieron a un lado, me dijeron que yo era como hija del diablo (...) (Comunicación personal Mariana, 26 años)*

*También se usan muchas palabras despectivas “hay fulanita tiene el pincho” eso le pasa por perra, por zorra, por lindera, por fácil (...) incluso los hombres van burlando o diciendo cosas feas (...) “uhum mariquita” no sé qué cosas nos empiezan a insultar, o nos pueden tirar cosas o llegar a los golpes (...) todavía se sigue viendo todo este tipo de actos de homofobia. (Comunicación personal Miguel, 27 años)*

*(...) uy que asco las personas que conviven con eso, son una aberración, que se tienen que morir, traen problemas a la sociedad (...) yo era un enfermo, que daba asco y que lo único que iba a hacer en este mundo era hacer daño a la gente que me acercara o relacionaba o me hablara*

*(...) y que solo veníamos a este mundo a causar más enfermedades y a dañar al planeta (Comunicación personal Carlos, 29 años).*

Adicionalmente, se evidencia que las situaciones donde han identificado estigma no solo se presentan en la interacción personal, sino también en escenarios de interacción virtual, donde no identifican quiénes son las personas que realizan la agresión, o cómo tienen acceso a su diagnóstico.

*A veces he utilizado aplicaciones de citas y me han dicho frases feas de la nada, gente anónima que conoce mi diagnóstico (Comunicación personal Liliana, 26 años)*

Es así como uno de los participantes mencionó que las frases discriminatorias que socialmente han realizado en contra de ellos incluyen atribuciones de tipo moral, cuestionando su estabilidad emocional y generando, así mismo, la idea de ser unas personas cochinas o sucias.

*(...) te juzgan de promiscuo y más de promiscuo, de sucio que es una persona sucia, que se enferma mucho pues es un prejuicio y no cuando llega a cierto nivel de estabilidad (Comunicación personal Patricio, 34 años).*

*(...) Entonces, siempre se asocia hacía algo moral haciendo que uno se sienta como cochino o sucio. (Comunicación personal Mateo, 28 años).*

Por otra parte, un participante expresó que, sumado al estigma que siente por tener VIH, en algunas ocasiones ha sido víctima de amenazas hacia su integridad física, tanto a él como a su pareja actual por vivir con VIH.

*Se filtró mi diagnóstico y me amenazaron en Medellín por una situación que no tenía justificación (...) uno siente un poquito de miedo porque hacen amenazas en mi integridad física y llegaron a amenazar a mi pareja actual (Comunicación personal Patricio, 34 años).*

Una de las participantes en su narrativa expresó sufrir estigma social por parte de los padres de familia de la institución educativa donde realizaba sus estudios de educación primaria. La participante manifiesta que muchos de estos realizaban cartas con el fin que el comité directivo

expulsara a los estudiantes que como ella vivían con VIH. Asimismo, la participante mencionó en una ocasión sentir estigma social al terminar una relación sentimental después de que la persona con la que tuvo la ruptura divulgará su diagnóstico a terceros.

*(...) Cuando terminaba relaciones de pareja, casi siempre esa persona divulgada mi diagnóstico a terceros (...) los mismos padres de familia hacían cartas para para echarnos a nosotros del colegio (Comunicación personal Liliana, 26 años)*

En cuanto al estigma en el sector salud, uno de los participantes manifestó discriminación por parte de las personas que le atienden apenas llega a la clínica, algunos manifiestan que sus historias clínicas eran revisadas por personas que no eran el médico tratante. Percibía que eran observados con repudio. Otros han recibido comentarios prejuiciosos en donde se cuestionan su estilo de vida.

*(...) El trato hacia los pacientes es nefasto, empieza hacer comentarios sobre mi estilo de vida por ejemplo con referente a la marihuana que estos no pueden ir mezclados con los retrovirales entonces, uno empieza a sentir que hasta los mismos médicos empiezan a realizar comentarios ácidos. (Comunicación personal Mateo, 28 años)*

*(...) siempre tuve desagrado de las muchachas, sobre todo de una muchacha que autorizaba los exámenes yo llegaba o algo y como tenía que llevar la historia clínica la leía y se quedaba mirándome con asco (Comunicación personal Carlos, 29 años).*

Para algunos participantes el estigma es percibido en su familia, describiendo violencia psicológica, violencia económica o violencia física, en donde también son cuestionados por su estilo de vida e higiene, enfrentándose a comentarios en los que se relaciona su diagnóstico con un comportamiento sexual promiscuo.

*(...) La violencia que se recibe por la propia familia, o más que todo, por especialmente los padres, tanto como violencia psicológica, violencia económica o violencia física, porque también soy de las personas a la que violentaron a golpes (Comunicación personal Miguel, 27 años)*

*(...) asocian el virus con la promiscuidad, una persona que no se cuida, un cochino (...) tengo más aceptación en cuanto a amigos que con familiares, porque por lo menos tengo una hermana que es bautista. Entonces, en este caso es el castigo de Dios por tu vida promiscua y todo eso. (...) Somos personas inestables, que por no tener una pareja estable y estar calientes contrajimos la enfermedad” (Comunicación personal Mateo, 28 años)*

*(...) mi mamá no pudo y se lo contó a mi tía y ella se lo contó a su hijo (...) y una vez mi primo me dijo quítate de acá que a ti te pegaron un virus y me lo pegas y yo sí me sentí muy mal. (Comunicación personal Karla, 31 años)*

Por otro lado, en cuanto al **estigma sentido** los participantes mencionaron que presenta un rechazo interno hacia su enfermedad, presentando sentimientos de culpa por sus malas decisiones, encontrando su diagnóstico como un karma. Por otro lado, un participante mencionó que el vivir con VIH y su respectivo diagnóstico le ha generado depresión.

*Entonces es como un rechazo social que nos hace tener un rechazo interno a nosotros como personas (Comunicación personal Miguel, 27 años)*

*(...) Dije, esto es una lección del universo, del karma (...) entonces, siempre se asocia hacía algo moral haciendo que uno se sienta como cochino o sucio (Comunicación personal Mateo, 28 años)*

*(...) Mis malas decisiones (...) puede ser que la culpa la tenga yo (...) llega uno a una parte de depresión donde es más complicado puede llegar hasta a suicidar porque es tanto la culpabilidad. (Comunicación personal Martín, 25 años)*

Además, adicional a las barreras percibidas por los participantes, se identificó que a la hora de comunicar su diagnóstico y tener una pareja sentimental, están presentes sentimientos de miedo y ansiedad por el rechazo o lo que pueda pasar después de comunicar su diagnóstico, así como lo afirmó una participante, que luego de comunicar le da la opción a su pareja de seguir o no en la relación sentimental.



*Me da miedo contar mi diagnostico por miedo al rechazo, pero ya yendo a psicología ya se me ha quitado ese miedo de contarle a esa persona tengo esto y esto mira si quieres algo conmigo bien aceptas las cosas como son y si no pues alejarte porque qué más listo ( Comunicación personal Martín, 25 años)*

*Me dio mucho miedo el rechazo. La verdad es que mucho miedo me dio mucha, mucha ansiedad porque después de eso no sabía qué podría pasar, pero también me dio como una satisfacción el hecho de haberme quitado un peso de encima porque para mí era feo (Comunicación personal Miguel, 27 años)*

Por su parte, una de las participantes relato que, a la hora de comunicar su diagnóstico a su pareja, esta requiere tener un grado de confianza. Asimismo, mencionó que es importante sentir la posibilidad de una relación estable a largo plazo. Por último, un participante relató que, a la hora de comunicarse siente miedo de que puedan pensar que el motivo que originó la transmisión se asocie con un aspecto de promiscuidad

*(...) tal yo diría que el nivel de confianza y la importancia que tenga esa persona para ti y el prospecto del futuro, como te dije, por la experiencia que yo tuve yo no se lo digo a todo el mundo, porque realmente yo sé que mi infección ya está muy bajita entonces teniendo en cuenta eso pues yo no tengo porqué contarle a todo el mundo que yo tengo VIH, yo creo que eso sería el principal factor de confianza y que tengamos un prospecto de futuro para poder comunicarlo (Comunicación personal Liliana, 26 años)*

*(...) porque desafortunadamente por lo que he vivido me da miedo sea o no sea una pareja de que tengo VIH porque uno no sabe la persona, hay personas que creen que uno al decirle no mira es que soy VIH van a creer que uno se acostó con medio mundo para contagiarse sin saber que yo no sé cómo me contagie si fue por medio de mi expareja que lo tenía porque alguien lo contagio (Comunicación personal Carlos, 29 años)*

Para finalizar, en contraposición a lo anterior, uno de los participantes mencionó que, con sus dos parejas sentimentales pasadas, después de comunicar su diagnóstico, estas le fueron

infieles a nivel sexual en reiteradas ocasiones, considerando que actualmente no quiera tener una pareja sentimental.

*Después de haberle comunicado (...) el como que cogió la misma actitud de mi expareja y nosotros nos fuimos a convivir y llegaba de estudiar o trabajar y lo pille más de dos veces con manes sexualmente entonces desde ahí la verdad no quiero estar con nadie porque es algo duro y feo que dos personas que decían amarse a uno le paguen así (Comunicación personal Carlos, 29 años)*

## **Discusión**

El objetivo general del presente estudio fue describir las percepciones de los adultos jóvenes que viven con VIH frente a la comunicación de su diagnóstico a una pareja sentimental, razón por la que esta discusión se presenta con base a los objetivos previamente establecidos en este estudio. Durante este apartado se va incorporando cada uno de los objetivos específicos, basándonos en la experiencia y los significados que los participantes atribuyeron a sus narrativas.

En cuanto al primer objetivo, el cual se caracteriza por describir las emociones que genera en los adultos jóvenes que viven con VIH el proceso de comunicar su diagnóstico a una pareja sentimental, las emociones presentadas en los participantes fueron muy variadas; entre ellas se encontraron: angustia, miedo al rechazo y miedo al estigma social, desconfianza, ansiedad e inseguridad, y otras como: la satisfacción y el alivio a la hora de comunicar su diagnóstico.

Lo anterior, debido a que durante la investigación se recopiló información de diferentes maneras en la que significaron su diagnóstico y su experiencia frente al mismo; asimismo, los participantes presentaron diferentes tipos de transmisión, por lo cual el aspecto emocional frente al diagnóstico de VIH difiere en los participantes, lo que permite establecer una similitud con otros estudios y teóricos que describen estos tipos de experiencias a nivel emocional ante el proceso de comunicar el diagnóstico (Hernández, 2001; Valderrama et al., 2015; Hernández - Viasus et al., 2017; Guevara – Soleto y Hoyos – Hernández, 2017; Ospina, 2018; Becerra, 2018; Vela et al., 2018; Salvadori y Hahn, 2019; Martínez et al., 2019; Ramos-Pineda et al., 2020; Caldera y Pacheco, 2020; Fernández - Matos, 2020; Socorro, 2020).

Es así como, en el caso particular de un participante, se caracterizaron emociones, tales como la angustia frente a la manera en que la persona con la que en ese momento pudiese tener un vínculo afectivo recibe la información de su diagnóstico, debido a la desinformación que este pueda tener frente al tema. Es así como, a lo largo del estudio, se evidenciaron los prejuicios y estigmas que aun la sociedad tiene con referencia al VIH, generando duda en las personas que tienen el diagnóstico al momento de comunicarlo a su pareja sentimental, causando emociones como la anteriormente mencionada. Cabe resaltar, que a lo largo del estudio en las narrativas de los participantes, se evidencian como las experiencias previas de algunos de ellos a la hora de comunicar su diagnóstico a sus parejas sentimentales anteriores, influyen a la hora de revelar su

diagnóstico a su nueva pareja sentimental producto de las vivencias anteriores, las cuales unas fueron positivas y otras, no tanto.

Lo anterior se relaciona con lo expuesto por Hernández - Viasus et al., 2017; Guevara – Soletto y Hoyos – Hernández, 2017; Ramos-Pineda et al., 2020, quienes mencionan que la angustia es una emoción frecuente en personas que viven con VIH al momento de la comunicación de su diagnóstico. Los autores refieren que esto se puede deber a los significados evitativos que las personas con el diagnóstico de VIH tienen sobre la representación de su enfermedad.

Considerando lo anterior y según las narrativas de los participantes, las emociones que estos presentan a la hora de comunicar su diagnóstico están ligadas a las diversas atribuciones sociales de carácter negativo y prejuicios que la sociedad ha construido frente al vivir con VIH, lo que ocasiona que estos construyan representaciones, ideas y conductas auto discriminatorias debido a la construcción de sí mismo y a las construcciones sociales que se han implantado como el deber ser (Guevara – Soletto y Hoyos – Hernández, 2017).

Asimismo, estos refieren que las emociones giran en torno con la percepción que estos tienen sobre los diferentes escenarios de discriminación a los cuales se enfrentan, al ser el VIH una condición de salud altamente estigmatizada y relacionada de manera directa con las prácticas sexuales. Sumado a lo anterior, en los resultados obtenidos se encontró en uno de los participantes el uso de una estrategia de afrontamiento centrada en el problema frente a situaciones de estrés y en casos de angustia, como lo fue la comunicación del diagnóstico, el cual lo realizó a través de llamadas telefónicas, con el fin de evitar el enfrentamiento.

Estas estrategias se evidencian en diversas investigaciones como las de Hernández- Viasus et al., 2017; Ramos-Pineda et al., 2020; Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018, donde se evidencia que el uso de las estrategias de afrontamiento es común en personas que van a comunicar su diagnóstico de VIH. Es así como desde estas investigaciones se refiere que el uso de estas estrategias se puede deber a la reconstrucción que el sujeto realiza de su autoconcepto y autoimagen a lo largo de su diagnóstico. Cabe resaltar que esta reconstrucción muchas veces es realizada por el sujeto debido al estigma social o la desinformación que se tiene en torno al VIH.

De las emociones descritas por los participantes que viven con VIH a la hora de comunicar su diagnóstico a su pareja sentimental se evidencia que la mayoría de estos sienten miedo al rechazo, al estigma y desconfianza. Se puede decir que desde la narrativa de los relatos de quienes

expresaron estos tipos de emociones, se establecen relaciones con el miedo a ser juzgados, discriminados o estigmatizados.

Esta estigmatización se puede dar por el desconocimiento que tienen sus parejas sentimentales frente al diagnóstico; por esta razón, en varios relatos ellos afirmaban la importancia de que las personas que fueran a recibir la información de su diagnóstico tuviesen un conocimiento frente al mismo o un interés por educarse frente al VIH y cómo es vivir con el mismo, para así poder mitigar las emociones como la angustia y la ansiedad y evitar el rechazo o la estigmatización. Además, que la persona que comunica tenga la capacidad de entender las emociones presentadas por el receptor de la información y puedan ser trabajadas de manera mutua, generando así un desarrollo en emociones como el alivio, la tranquilidad y la satisfacción por parte de la persona que comunica y su pareja sentimental.

Estas narrativas son similares a las encontradas en varias investigaciones donde describieron que el miedo, la estigmatización y la desconfianza son producto del desconocimiento que tienen las parejas sentimentales entorno al diagnóstico; causando así que las personas que viven con VIH en la mayoría de las ocasiones sean excluidas a nivel social, no sólo por sus propias parejas, sino también por su círculo social y familiar.

En concordancia con lo anterior, en ocasiones cuando la persona identifica que los de su entorno no están suficientemente informadas sobre el tema, usualmente optan por enfrentar los retos que traen el diagnóstico de manera individual (Hernández- Viasus et al., 2017; Ospina, 2018; Ramos-Pineda et al., 2020; Valderrama et al., 2015; Salvadori y Hahn, 2019; Caldera y Pacheco, 2020; Hernández, 2001; Martínez et al., 2019).

Por otra parte, en el caso de las emociones como lo es la ansiedad, se encontró que en dos participantes estuvo presente por la incertidumbre frente a las posibles reacciones físicas, psicológicas y emocionales de las personas receptoras a la que se le va a comunicar el diagnóstico, o como la relación, en este caso sentimental, se va a ver afectada. Esta emoción se puede relacionar por la falta de información general que se comparte a nivel social sobre la vida de las personas con VIH, así como por la falta de escenarios que promuevan entornos de comunicación que desmitifiquen la enfermedad.

A partir de los relatos de los participantes se evidencia que antes de haber sido diagnosticados muchos de las pacientes no habían tenido contacto con el diagnóstico o con

personas que conviven con él, por lo cual no tenían conocimiento previo de cómo las parejas sentimentales de pacientes que viven con VIH reaccionan a la hora de que estos comuniquen su diagnóstico.

Este tipo de respuesta es similar a la descrita en la investigación de Fernández – Matos (2020), donde se encontró que la ansiedad es desencadenada por la inseguridad que tiene la persona con respecto a quién y de qué manera comparte su situación de salud. Es así como los autores refieren que esto podría deberse a que en muchas ocasiones los individuos que viven con VIH solamente comparten su diagnóstico con personas cercanas, ya sea su pareja sentimental o con la persona que esté en proceso de formar una relación sentimental.

Asimismo, las respuestas de los participantes son similares a la descrita en investigaciones como la de Fabrés (2009), donde refiere que la inseguridad que tienen las personas que viven con VIH a la hora de comunicar su diagnóstico es debido a que el desarrollo de su vida sexual pueda verse afectado de manera significativa una vez lo comuniquen a su pareja sentimental.

Lo anterior causando repercusiones negativas a la hora de relacionarse con el otro, ya que este tendrá una postura de inseguridad frente al acto sexual, ya que por el mismo estigma sentido que existe, la persona que viva con VIH en muchas ocasiones puede tener emociones como lo es el miedo, ya que, si no hay un cuidado mutuo en la relación sexual, puede existir una transmisión horizontal de virus.

Por otro lado, en cuanto a la persona con la que va a tener prácticas sexuales, esta puede sentir cierto grado de temor y desconfianza hacia la persona con el diagnóstico, ya que la persona no conoce si su pareja que vive con VIH está tomando las precauciones necesarias, como pueden ser el uso de métodos de barrera, en este caso el uso de preservativo o asistir a los controles de forma regular y la toma de medicamentos antirretrovirales.

A su vez, en las narrativas de los participantes se encontró que otra de las emociones que más se resaltan es la inseguridad. Es posible que en muchas ocasiones se presente esta emoción en pacientes que, en el pasado, se hayan enfrentado de forma directa a experiencias negativas a la hora de comunicar su diagnóstico, como fueron expresadas en algunos de los participantes donde se evidenció que al momento de comunicar su diagnóstico a una persona que tiene su mismo diagnóstico, encontró más apoyo a nivel emocional y comprensión. Sin embargo, en su segunda experiencia, dichas situaciones no estuvieron presentes y obtuvo una respuesta de rechazo y

discriminación volviendo la comunicación del diagnóstico una experiencia más traumática. Cabe resaltar, que en algunas de las experiencias presentadas por los participantes, afectaron su integridad física, mental y emocional, fortaleciendo en ellos la inseguridad para una futura comunicación.

Frente a esta respuesta se encontró similitud con las investigaciones realizadas por Salvadori y Hahn, 2019; Becerra, 2018; Vela et al. (2018), en donde encontraron que las personas que viven VIH positivo se muestran temerosos en la comunicación de su diagnóstico por miedo a la discriminación, el prejuicio y la estigmatización. Es así como los autores refieren que esta inseguridad ocasiona que los pacientes vivan en soledad, con sentimientos de miedo y vergüenza, aumentando así la probabilidad de que surja en ellos afectaciones en su salud mental debido a los estereotipos, prejuicios y estigmatizaciones que enfrentan.

En contraste, se evidenció en una de las participantes, emociones como la satisfacción a la hora de comunicar su diagnóstico. Así como otro de los participantes mencionó sentir facilidad a la hora de comunicar su diagnóstico. Este segundo participante argumentó que la facilidad con la que él comunicaba su diagnóstico se pudo deber a que, en el pasado, en reiteradas ocasiones había comunicado su diagnóstico con personas con las que iba a tener un encuentro sexual y nunca recibió rechazo.

Además, describen que la satisfacción se pudo deber a que comunicar su diagnóstico le permitió quitarse un peso de encima. Esto pudo darse ya que, en este caso, al momento de comunicar su diagnóstico, la persona siente una liberación al expresarlo, poder hablar de sus emociones y cómo se siente frente al mismo. Además, comunicar el diagnóstico en muchas ocasiones puede hacer que la persona que viva con VIH reciba un apoyo por parte de su núcleo más cercano como familiares, amigos y pareja, creando una red de apoyo que le permite sobrellevar su diagnóstico de una mejor manera, promoviendo así, un espacio seguro y soporte al momento de afrontar diferentes situaciones de adversidad, asociadas a su diagnóstico.

Respuestas similares se encontró en investigaciones como las de Socorro (2000); Salvadori y Hahn (2019); donde se encontró que en el momento en que el paciente toma la decisión voluntaria de compartir con otras personas su situación de salud es debido a que posiblemente, en algún momento vaya a compartir momentos de intimidad afectiva y sexual con la persona; por lo cual, se le hace relevante la comunicación de su diagnóstico de VIH.

Asimismo, los autores refieren que esta comunicación de diagnóstico hacia la pareja sentimental se puede deber a la necesidad del participante de tener un círculo social de confianza que le brinde aceptación y apoyo; esto con el fin que su calidad de vida, bienestar emocional y apoyo social mejore. Para finalizar, la emoción evidenciada anteriormente es presentada comúnmente en pacientes que llevan muchos años con el diagnóstico, que han llegado a tener una relación sentimental por largo tiempo y, por ende, le han comunicado su diagnóstico a su pareja con el propósito de no ocultarlo. Todos necesitamos unas condiciones seguras en donde podamos expresarnos y ser libremente, por eso, una de las dificultades más grandes que podemos apreciar que tienen las personas que viven con VIH, es que estas posibilidades y condiciones se reducen. Lo anterior nos podría hacer pensar que estos sentimientos se precisan más en las personas con enfermedades crónicas transmisibles. El desarrollo de su vida sentimental, sexual y reproductiva puede presentar notables limitaciones al invadir el sentimiento de miedo a la reacción y conductas de quien recibe esta información, filtrando así sus posibilidades o absteniéndose.

Ahora bien, teniendo en cuenta el segundo objetivo, el cual se caracteriza por reconocer los recursos percibidos que favorecieron a los adultos jóvenes que viven con VIH en el proceso de comunicar su diagnóstico a una pareja sentimental, se logró evidenciar que fueron muy variados. Uno de los recursos favorecedores es que el participante perciba apoyo social por su entorno más cercano como amigos y pareja. Es así como, según la narrativa de los participantes, otro de los recursos más utilizados por estos es el uso de la comunicación de su diagnóstico por medio de estrategias de afrontamiento centradas en el problema.

Finalmente, los resultados refieren que, como tercer recurso utilizado a la hora de comunicar su diagnóstico es adquirir por parte de los participantes conocimientos sobre el VIH y los Derechos Sexuales y Reproductivos, encontrando similitud con otros estudios y teóricos que describen los recursos percibidos que favorecieron a los adultos jóvenes que viven con VIH/SIDA en la comunicación de su diagnóstico a una pareja sentimental (Posada et al., 2014; Valderrama et al., 2015; Hernández- Viasus et al., 2017; Guevara – Soletto y Hoyos - Hernández, 2017; Rzeszutek et al., 2017; Folayan et al., 2017; Mueses-Marín et al., 2017; Moreno, et al., 2018; Cejudo-Cortés et al., 2018; Montoya, et al., 2018; Contreras-Britto y Trout-Guardiola, 2018, Font, et al., 2019, Lazo, 2019; Vergés et al., 2019; Ramos-Pineda et al., 2019; 2020).



Es así como en varios de los participantes se caracterizó el apoyo social como uno de los recursos que son más favorecedores para ellos a la hora de comunicarle el diagnóstico a su pareja. Los participantes mencionaron que gracias al apoyo social que han percibido de sus amigos y parejas, han tenido ese aliento e impulso para afrontar su condición de salud. En sus testimonios se logró identificar que en la medida en que las personas perciben un apoyo por parte de su entorno más cercano durante el proceso de comunicación, estos son capaces de adaptarse mejor a las nuevas condiciones de vida que surgen de su diagnóstico y a la hora de conseguir una pareja sentimental tienen en cuenta cualidades como que sea una persona tranquila, centrada, empática, que sepa tomar decisiones y que les brinde seguridad y confianza frente al momento en que se va a comunicar el diagnóstico. En cuanto a la revelación de su diagnóstico a su pareja sentimental, uno de los participantes mencionó que la divulgación de este es realizada en el momento en que este considera que la relación ya se convierte en algo serio para él, es decir, cuando sienta que la persona no lo va a rechazar.

Es así como el apoyo social que estos reciben les permite lidiar con las situaciones mencionadas ya que, teniendo a consideración la narrativa de uno de los participantes, se evidenció que este tenía una posición más segura frente al diagnóstico ya que se sentía aceptado y reconocido por parte de su círculo social más cercano, permitiendo que, a la hora de comunicar su diagnóstico en un futuro lo pudiese realizar con mayor tranquilidad. Estas respuestas son similares a investigaciones como las de Posada et al., 2014; Valderrama et al., 2015; Guevara – Soleto y Hoyos - Hernández, 2017; Hernández- Viasus et al., 2017; Moreno, et al., 2018; Font, et al., 2019; Ramos-Pineda et al., 2019; 2020 donde se encontró que el apoyo social es un componente transversal y fundamental en el paciente que vive con VIH para su desarrollo y bienestar individual, físico y mental.

Los autores refieren que es posible que esto se deba al apoyo social, y con la posibilidad de contar con una red de apoyo que les permite un acompañamiento en el diagnóstico (soporte emocional) y una mejora a la adherencia al tratamiento al recibir retroalimentación y generar la sensación de valor e importancia para quien vive con el diagnóstico. Lo anterior, en muchos casos permite que el paciente tenga una buena calidad de vida y un buen bienestar emocional.

En cuanto a las estrategias de afrontamiento utilizadas por los participantes, se destacó la estrategia centrada en el problema. Es así como una de las participantes refirió hacer uso de este

tipo de estrategia al momento de comunicarle a su pareja sentimental su condición de salud, esto por medio de una llamada telefónica. Cabe mencionar, que este tipo de estrategia utilizada por la participante es una medida alterna a la hora de comunicar su diagnóstico con el fin de evitar el enfrentamiento.

A partir de los testimonios se logró identificar como punto en común que las personas entrevistadas al momento de comunicar su diagnóstico centran su atención directamente en la situación problemática, por lo cual abordaron directamente el tema con su pareja sentimental cuando estos les hacen sentir emociones como la tranquilidad y el respeto. Se evidencia que una vez inicia la comunicación, se enfocan en delimitar todos los factores de vivir con VIH, esto de manera casi informativa para desmitificar concepciones erróneas y permitir que la persona receptora tenga toda la información para poder reaccionar de una manera apropiada. Ahora bien, este recurso se evidenció con mayor precisión en quienes tienen mayor dominio de información o educación sobre su condición de salud. Dicho lo anterior, valdría la pena preguntarse si esta estrategia funciona de igual forma en quienes no cuentan con esta misma información. El hecho que la mayoría de las personas que viven con VIH se encuentren en programas de atención integral, no significa que integren la misma calidad de información. En este punto, es importante evaluar, cuál está siendo el alcance y la calidad de la información que maneja la sociedad en general sobre la enfermedad.

Estas respuestas son similares a los estudios como los de Hernández- Viasus et al. 2017; Hernández- Viasus et al., 2017; Lazo, 2019; Folayan et al., 2017; Rzeszutek et al., 2017; Ramos - Pineda et al., 2019; 2020; Cejudo-Cortes et al., 2018; Contreras-Britto y Trout-Guardiola, 2018, Mueses-Marín et al., 2017 en donde se encontraron que los pacientes utilizan este tipo de estrategias a la hora de comunicar su diagnóstico, principalmente para sentirse acompañados, escuchados y comprendidos respecto a su enfermedad, como en el caso de una participante que mencionó que solamente le comunica su diagnóstico a su pareja si percibe que este es una persona tranquila que sabe tomar decisiones y que le brinda la confianza y seguridad necesaria para revelar su condición de salud.

En este sentido, el acceso a la información sobre el diagnóstico cuando de pareja se trata, cuenta con mayor reserva, realizando un proceso de análisis intrínseco de la persona que vive con VIH sobre quién puede o no manejar este tipo de información. Sin embargo, muchos de los

participantes hablan de instinto o sensaciones que transmite la persona, pero cómo estar seguro de que esta sensación puede realmente representar la aceptación o no del diagnóstico. Dicho de esta manera, es posible que estas opciones se reduzcan y quienes queden como posible pareja, representen o no genuinamente el enamoramiento o pasión que despierta el interés hacia el otro, además de evaluar si más allá de quién puede aceptar el diagnóstico, es qué tanto la persona que vive con VIH puede aceptar la reacción que tengan sobre él y su condición de salud, qué tan genuino está siendo esta preselección hacia la pareja y cómo nacen los criterios de selección.

Por su parte, varios participantes mencionaron que, a la hora de comunicar, como estrategia de afrontamiento, utilizan espacios abiertos y seguros como lo son parques y centros comerciales, con el fin de que el ambiente les brinde seguridad y sea lo más real posible. Asimismo, se observó que para otra de las participantes la comunicación de su condición de salud solamente es realizada con la persona con la que ella reconoce que va a tener una relación de pareja, esto con el fin de no generar prejuicios y malestar emocional.

Es así como desde los relatos de los participantes se puede inferir que en muchas de las ocasiones las personas que viven con VIH y van a comunicar su diagnóstico a su posible pareja sentimental lo realizan en espacios abiertos y seguros, ya que esto permite que la comunicación sea más amena y estos espacios tienen menos riesgo de que se presenten personas externas, ya sea familia, amigos o conocidos. De igual forma, en muchas ocasiones la comunicación del diagnóstico se realiza en estos espacios abiertos, ya que la persona que vive con VIH no conoce cuál va a ser la reacción a nivel fisiológico y emocional por parte de su pareja al momento de conocer su padecimiento de la enfermedad.

Por otro lado, de los testimonios de algunos de los participantes, se puede inferir que esta comunicación solamente se da en el momento el paciente se siente cómo con su pareja y la ve como aquella con la que quiere formalizar una relación.

Dicho lo anterior, es posible que, si la comunicación del diagnóstico es dada antes de tener un vínculo cercano con la persona, se tiene el riesgo de que el receptor de la información pueda distribuir la noticia a las personas cercanas que este conoce, ya sea amigos, familiares o compañeros de trabajo. Es preciso mencionar que estas personas pueden llegar a tener un vínculo cercano con la persona que vive con esta condición de salud. Es por ello por lo que en muchas

ocasiones la persona que vive con VIH se siente vulnerable al momento de comunicar su diagnóstico.

Por otro lado, hay casos en los que para que la persona le comunique su diagnóstico de VIH a su posible pareja sentimental, esta espera a que este tenga cierto conocimiento sobre la percepción que su posible pareja sentimental tiene sobre las personas que conviven con el diagnóstico y sobre el VIH en sí mismo. Es preciso mencionar que en la mayoría de los casos la persona espera tener un grado de confianza elevado con su posible pareja sentimental para poder comunicar su diagnóstico de una manera más adecuada.

Por su parte, desde la narrativa de los participantes, existe una relación entre los axiomas de la comunicación de Watzlawick (1981) con las estrategias de relacionamiento que estos tienen con sus parejas sentimentales a la hora de comunicar o no su diagnóstico de VIH. Es así como desde el primer axioma de la comunicación denominado “*no se puede comunicar*”, este tiene relación con las personas que viven con VIH ya que, la mayoría de estos a la hora de comunicar su diagnóstico a su pareja, muchos de estos, realizan este proceso a pesar de no quererlo comunicar.

En resumen, desde las narrativas se encuentra que hay diferentes factores que facilitan la comunicación, como lo son los aspectos del entorno, los cuales permiten que el paciente sienta una mayor confianza, seguridad y tranquilidad, así como la percepción que este tiene sobre el vínculo que está formando con su pareja, en cuanto a si este es solo pasajero o si es una persona con quien han proyectado tener un plan de vida.

Finalmente, como última estrategia de afrontamiento es el autoconocimiento sobre el VIH, y los derechos sexuales y reproductivos. Según lo narrado por los participantes, varios de estos a lo largo de su vivencia con el diagnóstico han desarrollado un conocimiento amplio en referencia a su diagnóstico de VIH; especialmente en aspectos como los mecanismos de transmisión, la importancia de asistir a sus controles con otros especialistas de la salud distintos al infectólogo, tomar sus medicinas, uso de métodos de barrera, tener buena alimentación, cuidar su salud mental y el no uso de sustancias.

Por su parte, varios de los participantes manifestaron que el conocimiento que han adquirido de su diagnóstico ha sido gracias a médicos especialistas y por medio de videos educativos, redes sociales y bibliotecas. Teniendo en cuenta lo anterior, es preciso mencionar que en muchas de las entrevistas los participantes mencionaron que estos consideran que, aunque

tenían conocimientos básicos sobre el VIH antes de ser diagnosticados, no era una información clara y precisa. Es por ello por lo que muchos de los participantes al conocer su situación de salud fortalecieron y aclararon su percepción sobre su diagnóstico, ya que al ser un tema del que no se habla con normalidad en la actualidad, estos consideraban que no tenían suficiente información al respecto.

En consecuencia, al momento de conocer su diagnóstico de VIH muchos de estos vieron la necesidad de re-educarse sobre el tema, conocer sobre sus derechos sexuales y reproductivos, mecanismos de transmisión y cómo podían regular sus emociones frente al mismo; ya que, con base a esto, conocer sobre su diagnóstico les permitía quitar el estigma sentido que estos tuvieron al momento de conocer de su diagnóstico. Por otro lado, el instruirse, en muchas ocasiones les ha permitido instruir a otros o a las personas a las que les va a compartir su diagnóstico de VIH como fue mencionado por uno de los participantes.

Por otra parte, dos de los participantes mencionaron que tenían desconocimiento frente a la manera en que se generaba la transmisión del virus. Estas respuestas son similares a investigaciones como las de Cejudo-Cortés et al., (2018) y Vergés et al., (2019), donde los autores refieren que esto se debe a las representaciones sociales que existen hacia la enfermedad, causando así, en muchas ocasiones, escenarios discriminatorios reforzados por los mitos o tabúes o falta de consciencia, ocasionando que los pacientes sigan practicando conductas de riesgo.

Finalmente, en cuanto al conocimiento que estos han adquirido de los derechos sexuales y reproductivos, aunque ha sido muy limitados, uno de los participantes reconoció que son derechos de tercera generación que le permiten al ser humano tener una vida sexual plena. Asimismo, uno de los participantes reconoció que dentro de los derechos reproductivos se encuentra la libre decisión de formar una familia y que no se le puede discriminar por ello. Para terminar, una de las participantes reconoce y destaca que, debido a su condición de salud, al momento de tener hijos está no puede lactar.

Por lo tanto, dentro de este aspecto se consideró la importancia de que las personas con VIH tengan conocimiento de sus derechos sexuales y reproductivos, puesto que esto les puede generar una visión más amplia sobre su condición de salud, evitando que desarrollen estigmas o rechazo por esta, generando entonces más confianza en sí mismos y permitiéndoles vivir una vida con normalidad.

En última instancia, el tercer objetivo se caracterizó por identificar las barreras percibidas por los adultos jóvenes que viven con VIH al momento de comunicar el diagnóstico de su enfermedad a una pareja sentimental. Según lo recolectado en los relativos de los participantes se evidenciaron varios tipos de barreras al momento de comunicar su diagnóstico. De este modo, la primera barrera encontrada fue el ocultamiento del diagnóstico, el cual se refiere a que el participante oculte su diagnóstico a su entorno social, específicamente a sus familiares, amigos y pareja sentimental; la segunda barrera identificada por los participantes es el estigma social.

Finalmente, los resultados refieren que como tercera barrera a la hora de comunicar el diagnóstico es el uso del estigma sentido, encontrando similitud con otros estudios y teóricos que describen las barreras percibidas por los participantes al momento de comunicar su diagnóstico de VIH (Campos et al., 2018; Bryan - Piedrahita, Palacios - Moya, Bermúdez - Román y Posada - Zapata, 2017; Bastidas y Carnal, 2018; Hernández- Viasus et al., 2017; Ramos-Pineda et al., 2020; Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018; Caldera y Pacheco, 2020; Hernández, 2001; Salvadori y Hahn, 2019; Ospina, 2018; Vela et al., 2018).

En línea con lo anterior, en la primera barrera percibida varios de los participantes manifestaron que no expresan su diagnóstico de forma abierta ya que consideran que es un aspecto muy personal y delicado que no todo el mundo debe de saber por cuestiones del estigma que aún se vive, y por el rechazo o malos tratos que pueda recibir de su entorno social, familiar o de pareja.

Además, varios de los participantes manifestaron que esta comunicación debe ser realizada de forma limitada con quienes tienen un vínculo cercano o con quienes viven con la misma situación de salud, idea que permite establecer una relación de similitud con la investigación de Hernández- Viasus et al. 2017; Hernández- Viasus et al., 2017; Lazo, 2019; Folayan et al., 2017; Rzeszutek et al., (2017) quienes afirman que el ocultamiento del diagnóstico es un mecanismo de defensa ante los prejuicios y malestares emocionales que pueden afectar al paciente que vive con VIH.

Por tal motivo, con el fin de contrarrestar el mecanismo de defensa creado por los pacientes que viven con VIH y mitigar la desinformación que algunos de los pacientes que viven con el diagnóstico tienen sobre el mismo, se considera importante crear campañas de visibilización con las que se cree cercanía entre las personas con VIH positivo y los que no conviven con el diagnóstico. Lo anterior, para que se conozca información acertada sobre lo que es vivir con esta

enfermedad. Asimismo, se considera relevante que en estas campañas se realicen profundizaciones conceptuales sobre mecanismos de transmisión y conversatorios de personas que conviven con VIH, a partir de su propia experiencia con el diagnóstico.

A su vez, en estas campañas de visibilización se considera importante la participación de actores del sector público y privado como lo son las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud), médicos, psicólogos y otros especialistas que brinden información sobre conocimientos específicos sobre el diagnóstico, así como técnicas de autocuidado.

De esta manera, a través de estas campañas de visibilización, en muchas ocasiones se logra una disminución de los índices de discriminación y estigma por parte de la sociedad y del personal de salud, y por parte de los pacientes se disminuye su estigma sentido y el ocultamiento de su diagnóstico a su entorno más cercano.

En adición, otra barrera encontrada es el estigma social, el cual se identificó en varios de los participantes como una de las barreras al momento de comunicar su diagnóstico. En las entrevistas se evidenciaron sentimientos de culpa producto de sus malas decisiones, como también depresión por la culpabilidad de su diagnóstico y un rechazo interno hacia su enfermedad. Lo anterior se puede entender por la falta de autopercepción y autoimagen que tienen sobre ellos mismos, o la desinformación que tienen frente al VIH que los puede llevar a tener pensamientos erróneos sobre el vivir con VIH.

Lo anterior permite establecer una similitud con los estudios de Hernández- Viasus et al., 2017; Ramos-Pineda et al., 2020; Guevara-Sotelo y Hoyos-Hernández, 2018, en los que se menciona que en muchas ocasiones la experiencia del estigma que viven los pacientes con VIH se relaciona con la percepción que estos tienen sobre sí mismos, su autoimagen y autoconcepto, como también puede verse afectado en forma negativa a causa del estigma social que recae sobre ellos por solo padecer la enfermedad.

Por otra parte, este tipo de estigma también se identificó en la narrativa de otra de las participantes en el momento en que esta menciona que en su etapa escolar, después que los padres de familia de la institución se enteraron de su diagnóstico de VIH, estos, firmaron cartas con el fin de que esta fuese expulsada. Con este relato, es importante intentar entender qué es lo que está pasando frente a la educación sexual y reproductiva al interior de los colegios, ¿cuál es la normativa que se está instaurando?, ¿cuál es la privacidad que se está manejando?, ¿que se está

previniendo frente a la estigmatización en los procesos educativos?, ¿cuál es el rol del psicólogo u orientador escolar dentro de la institución educativa al momento de presentar este tipo de casos?, ¿qué ruta de acompañamientos se está realizando actualmente a los estudiantes que son diagnosticados con VIH en etapa escolar? y finalmente ¿qué abordaje a nivel educativo desde la prevención y la atención se está llevando a cabo en las escuelas de padres en las instituciones educativas?.

Por otro lado, se evidencia también que muchos de los participantes se sienten vulnerados por los estigmas por parte del sector salud, específicamente de médicos, odontólogos y equipos asistenciales, estableciendo relaciones de similitud con investigaciones como las de Vela et al. (2018), en la que se menciona que las personas que viven con VIH, a la hora de asistir a los servicios de salud, presentan ciertas barreras institucionales, lo cual conduce a que muchos de los pacientes perciban discriminación por parte del equipo médico. Esta situación supone una afectación a nivel mental que se deriva de los prejuicios y estereotipos que afectan al paciente por el padecimiento de la enfermedad.

Tomando en cuenta lo anterior, uno de los participantes manifestó en uno de sus relatos, no presentar un buen trato por parte del personal de salud que le atendió en el centro de salud al este realizar comentarios sobre su estilo de vida personal valiéndose de su diagnóstico para estigmatizar sus decisiones de vida. Con este relato, es importante tratar de entender ¿qué es lo que está sucediendo al interior de las IPS (Instituciones Prestadoras de Salud) para que exista escenarios de discriminación hacia los pacientes? ¿cuál es el conocimiento que los profesionales en Colombia tienen sobre problemáticas de salud como lo es el VIH? y, ¿Qué conocimientos adquieren los profesionales de la salud en su formación de pregrado dentro de las instituciones de educación superior en torno al VIH y los DSDR?

Siguiendo esta línea de pensamiento, es fundamental preguntarnos ¿Cuál es el acompañamiento que está recibiendo los pacientes que viven con un diagnóstico de VIH por parte de los profesionales de la salud? ¿Este acompañamiento de verdad funciona?, ¿El profesional en salud a la hora de comunicarle el diagnóstico a su paciente sigue un paso a paso establecido? y finalmente, ¿Cuáles son las herramientas que brinda el sistema de salud colombiano para que los profesionales en salud tengan conocimientos sobre el manejo de la comunicación de un diagnóstico como lo es el VIH?



Por lo anterior, es importante que los profesionales en salud, desde su formación en pregrado adquieran conocimientos generales y específicos sobre el manejo de enfermedades crónicas como lo es el VIH, esto con el fin de disminuir el estigma que el profesional en salud pueda tener hacia la población que vive con el diagnóstico. Asimismo, la adquisición de estos conocimientos le permite al profesional conocer cómo debe acompañar procesos de comunicación de diagnóstico hacia los pacientes con enfermedades crónicas. Es así como se sugiere implementar cátedras, foros, talleres y seminarios dentro de las universidades para la población en general pero, específicamente para los profesionales de salud en formación.

A su vez, dentro de la investigación se encontró que en el sector de salud hay escasas estrategias preventivas y de control del diagnóstico, generando en la población una mayor probabilidad de contraer VIH y, que en el personal hospitalario estos continúen teniendo un estigma no sólo frente al diagnóstico sino también hacia las personas que viven con este. Adicionalmente se logró evidenciar estigma por parte de sus familias, ya que en la mayoría de los relatos afirmaban que sus familiares, al pertenecer a religiones no les permitían tener un conocimiento más amplio sobre el VIH, considerando que las personas que tenían VIH se daban por un castigo por tener una vida promiscua.

Por su parte, también se evidenció violencia psicológica, económica y física de parte de su familia, producto de la asociación que a nivel social se da al vivir con VIH con la promiscuidad. Partiendo de este relato, es importante tratar de entender e indagar cuál es el conocimiento que tienen las familias de las personas que viven con VIH sobre este diagnóstico, qué conocimientos tienen sobre los derechos sexuales y reproductivos, ¿Dónde han adquirido la información? ¿Qué conocimientos tienen sobre las implicaciones y/o repercusiones a nivel físico, psicológico, sexual y reproductivo que tiene el vivir con VIH? y finalmente ¿Qué consecuencias puede traer en una persona que viva con VIH presentar violaciones a nivel psicológico, económico y físico? todos estos cuestionamientos y reflexiones son fundamental con el fin de no sólo mitigar las posibles violencias a nivel psicológico, económico y emocional que una persona con VIH puede estar presentando sino que también, sirven para realizar un abordaje a nivel educativo en temas sobre sexualidad, VIH y Derechos Sexuales y Reproductivos no sólo a las personas que viven con el diagnóstico sino también, con sus familias desde el momento en que inicie el diagnóstico.

Ahora bien, a uno de los participantes se le catalogó como una persona inestable, cuestionando su estilo de vida e higiene, encontrándose similitudes con los estudios de Rodríguez y Lara, 2021; Arévalo - Mora, 2018; Martínez et al., 2019, en los que se identificó que cuando los pacientes comunican su diagnóstico a su entorno más cercano, en muchas ocasiones pueden presentar episodios de violencia de género e intrafamiliar, teniendo repercusiones negativas en varias esferas de la vida del paciente que comunica el diagnóstico.

En este sentido, la violencia intrafamiliar que se genera en contra del paciente a la hora de comunicar su diagnóstico de VIH está relacionada con la orientación sexual que estos tienen. Dentro del estudio se encontró que la gran mayoría de participantes tenían una orientación sexual diversa a la heteronormativa, como es la orientación homosexual. Cabe mencionar que uno de los participantes, antes de comunicar su diagnóstico de VIH en su lugar de residencia, por el simple hecho de tener una orientación sexual diversa, lo ofendieron de manera verbal en reiteradas ocasiones; ocasionado así, una doble discriminación en el participante. Cabe resaltar que esto podría relacionarse con el machismo cultural que ha existido a lo largo del tiempo, donde el ser parte de la comunidad LGTBI tiene una connotación negativa producto del rechazo y del estigma que aún existe sobre el tema.

Debido a lo anterior y a los patrones culturales que en la gran mayoría de familias colombianas se tiene en torno al VIH y a la comunidad LGTBI, en muchas ocasiones los pacientes al momento de comunicar su diagnóstico de VIH a su familia, pueden presentar violencias de forma física, verbal, emocional y psicológica debido a los prejuicios que hay entorno a las relaciones de pareja en la comunidad LGTBI donde muchas personas en la actualidad todavía consideran que el contraer VIH solo es fruto de una orientación o identidad de género en específico. Asimismo, todavía hay mitos sobre los mecanismos de transmisión, por lo cual, muchas personas recaen en tener el diagnóstico de VIH solamente a personas promiscuas.

Asimismo, dentro de los estudios se encontró una pérdida del apoyo social y de entorno, abandono, violencia a la confidencialidad y rechazo social por parte de sus familiares luego de la comunicación de su situación de salud, causando disminuciones en el rendimiento laboral de los pacientes. Finalmente, dentro de las narrativas de los participantes se pudo evidenciar

señalamientos, frases discriminatorias, comentarios sobre sus estilos de vida y cuestionamientos hacia lo moral, debido a su condición de salud.

Por lo tanto, como se ha afirmado anteriormente, la estigmatización en sí se debe a la desinformación que se tiene en general sobre vivir con VIH y la homofobia, lo que conlleva a que se produzcan amenazas a la integridad física de los participantes, o se refirieran a ellos con frases despectivas, estableciendo similitud con el estudio de Arévalo – Mora (2012), el cual describe que en la actualidad el vivir con VIH todavía es considerado como un tema tabú al cual se le ha retribuido valores negativos con soporte moral y religioso, generando señalamientos a las personas que son diagnosticadas con VIH.

Es así como partiendo de lo anterior, se pretende intentar entender qué es lo que está sucediendo en torno a la amenaza a la integridad física que los pacientes con VIH enfrentan en su entorno más cercano, por lo cual, es importante preguntarse ¿qué tipo de acciones en el sector estatal se están desarrollando para prevenir y mitigar las acciones de violencia a la integridad física de las personas que viven con VIH y de la comunidad LGTBI? ¿Qué tipo de acompañamiento se está brindando para proteger la vida de una persona que realiza una denuncia por violación a su integridad? ¿Qué tipos de apoyo a nivel familiar y del entorno social cuenta la persona que vive con VIH? y finalmente, ¿Cómo fortalecer las redes de apoyo de las personas que viven con VIH y su entorno familiar?

Al mismo tiempo, el estigma social se evidenció en una de las participantes la cuál, mencionó que a la hora de ingresar a aplicaciones de citas, esta, comienza a recibir frases discriminatorias por parte de las personas que conocen su diagnóstico de VIH bajo un perfil anónimo. Es así como se puede evidenciar que el estigma social que reciben las personas que viven con VIH no sólo se evidencian en escenarios de interacción personal sino también virtuales afectando así a las personas que viven con VIH bajo estas dos modalidades.

Por otro lado, se hace necesario profundizar e indagar cuáles son las causas del por qué son las valoraciones de carácter negativo que la sociedad ha construido frente al VIH y qué ocasiona en las personas que viven con VIH a nivel psicológico y emocional que se refieran hacia ellos por medio de frases despectivas. Asimismo, se hace necesario tratar de entender cuál es la educación

que a nivel comunitario se le está brindando a la sociedad en general frente a un tema tan sensible y estigmatizado como lo es el VIH.

Anidando lo anterior, y con el fin de profundizar en el tema de la educación comunitaria es necesario tratar de entender e indagar ¿Cómo se puede empoderar tanto a la población en general, tanto la que vive con VIH como a la no en conocimientos generales y específicos sobre el diagnóstico de VIH? ¿Qué efectos positivos y negativos podrían tener con este empoderamiento? ¿Qué tipo de actividades se están realizando a nivel gubernamental para generar inclusión, igualdad de oportunidades y promover la antidiscriminación entre las personas? ¿Qué conocimientos tiene la población sobre la educación comunitaria?, ¿Dónde pueden acceder a estos servicios?, ¿En qué les podría beneficiar?, ¿Qué asociaciones se están realizando para garantizar en los sectores privados como por ejemplo colegios, universidades y empresas para mitigar la discriminación y el estigma en la población que vive con VIH? y por último, ¿Qué acciones educativas a nivel comunitario se están implementando con el fin de generar conocimientos adecuados como lo son el de VIH?

Ahora bien, la tercera barrera que se encontró es el estigma de sentido. Al respecto, dos de los participantes manifestaron expresar miedo y ansiedad por el rechazo que puede percibir de su pareja sentimental después de la comunicación de su diagnóstico. Estos sentimientos se pueden desarrollar debido a que actualmente nos encontramos en una sociedad donde aún hay mucha desinformación sobre el VIH, llevando a que las personas se puedan relacionar sentimentalmente con una pareja que tenga VIH tengan pensamientos erróneos y percepciones equivocadas sobre el VIH y sus mecanismos de transmisión, lo que dificulta el tener relaciones sexuales y aceptar vivir el día a día con su condición de salud.

Tomando en consideración lo anterior, las narrativas de los participantes tienen similitud con el estudio de Salvadori y Hahn (2019) en el cual se encontró que las personas que viven con VIH en muchas ocasiones se sienten temerosas para comunicar su diagnóstico por el miedo, la discriminación, el estigma y el prejuicio social que hay entorno al vivir con VIH. Es por ello por lo que estos refieren vivir con un miedo de forma constante a la hora de comunicar.

A su vez, una de las participantes mencionó que después de compartirle a su pareja sobre su enfermedad, esta le da a escoger si quiere seguir o no en la relación, encontrando similitud con el estudio de Ospina (2018); Bastidas y Canaval (2018), en los cuales se expone que debido al desconocimiento, las relaciones sentimentales de parejas serodiscordantes en muchas ocasiones se enfrentan a una situación de conflicto por la poca receptividad y comprensión que las parejas sentimentales tienen entorno al vivir con VIH. Sumado a lo anterior, muchas de estas relaciones se deterioran por la falta de apoyo y el temor a perder a su pareja.

Cabe resaltar que este conflicto y la dificultad que los pacientes que viven con VIH enfrentan a la hora de comunicar su diagnóstico, en muchas ocasiones está relacionado con el desconocimiento que la sociedad en general tiene frente al mismo. Es así como esta falta de información hace que la relación de pareja sufra grandes cambios, donde el apoyo, la comprensión y la aceptación se afecten de manera significativa por su concepto y sus conocimientos frente al mismo, generando malestar, tanto de la persona que vive VIH, como su posible pareja sentimental, ocasionando conflictos emocionales o en el aspecto de las relaciones sexuales, lo que ocasiona una pérdida de comprensión y entendimiento hasta el punto de llegar a la ruptura.

A manera de cierre, como tercer aspecto a considerar surge el estigma sentido, y es importante tener en cuenta que los participantes evidencian por parte de su pareja un grado de confianza a la hora de comunicar su diagnóstico, ya que este va a permitir que se tome de manera receptiva lo comunicado y así se evite el estigma frente a la persona que lo comunica, encontrando similitud con los estudios de Hoyos, et al., 2020 y Ángulo et al., 2016, los cuales mencionan que dentro de los vínculos afectivos, el individuo busca construir elementos relevantes como la confianza, la comunicación asertiva, el interés en la resolución de conflictos a partir de la experiencia de compartir.

Por otro lado, un aspecto encontrado en la narrativa de uno de los participantes fue que posterior al recibimiento de su diagnóstico de VIH, este, comenzó a percibir síntomas de depresión e ideación suicida debido a la culpa que este sentía por sus malas decisiones a nivel sexual que ocasionó que actualmente, vive con VIH y la depresión. Es por lo anterior, por lo que es importante en este punto preguntarse e indagar ¿cuál es el acompañamiento que se está realizando a los

pacientes que viven con VIH en el momento en que estos se dan cuenta de su diagnóstico?, ¿cuál es el proceso a nivel de intervención dentro de la psicología clínica y de la salud en este grupo de pacientes? ¿Después de recibir un diagnóstico como lo es el VIH, los pacientes tienen la posibilidad dentro de las mismas instituciones de salud de asistir a grupos de apoyo para que compartan experiencias entre ellos y así sentir un apoyo? ¿Realmente tienen acompañamiento los pacientes que viven con VIH en sus procesos de intervención? ¿Quiénes lideran estos procesos?

Finalmente, con respecto a la relación que existe entre la adultez joven y la percepción que estos tienen frente a su diagnóstico de VIH, se puede inferir que tomando acotación que dentro de la juventud las personas se enfrentan a múltiples situaciones y cambios en esferas como físicas, sociales y simbólicas. A su vez, en los adultos jóvenes durante esta etapa empiezan a percibir y apreciar las cosas de una forma diferente debido a los cambios que tienen en cuanto a sus gustos y formas de relacionamiento a nivel social, producto de la influencia que a nivel cultural existe en torno al ser joven en la actualidad. Cabe resaltar, que esta influencia a nivel cultural que aunque puede ser positiva o negativa, puede crear un estigma sentido en el adulto joven.

Por lo anterior, un joven al ser diagnosticado con VIH, este formará diferentes percepciones frente al mismo, el cual no sólo irá ligado a la experiencia vivida a la hora de comunicar su diagnóstico a su entorno más cercano, sino también estará ligada al conocimiento previo que este tenga sobre su condición de salud o experiencias previas que este haya tenido frente al VIH por ejemplo, con amigos, pareja o familiares cercanos. Es por ello, por lo que la cultura tiene un peso en esta etapa de la vida, ya que sus formas de relacionamiento con el diagnóstico y la adherencia al tratamiento se irá ligando a la construcción que su entorno tenga sobre el diagnóstico.

## Conclusiones

A partir de los testimonios de los participantes del estudio se puede concluir que en esta investigación el proceso de comunicación del diagnóstico de VIH generalmente representa un reto para las personas que conviven con la enfermedad. El proceso de comunicación a una pareja sentimental es un evento que trae consigo diversas emociones como lo son la angustia, el temor, inseguridad, ansiedad y emociones similares que se generan por la incertidumbre de cómo la persona receptora de la comunicación puede reaccionar.

Además, se identificó que esta comunicación produce unas emociones como la ansiedad, angustia, miedo, temor y desconfianza, y estos responden a estigmas sociales y sentidos por parte de los participantes, los cuales son reforzados por experiencias de carácter negativo que han tenido y los han afectado en ámbitos emocionales, psicológicos e incluso físicos.

Asimismo, se evidenció que el diagnóstico de VIH socialmente se encuentra muy ligado a una percepción sobre prácticas sexuales poco seguras, asociando de manera errónea esta condición a temas de carácter moral y religioso, desconociendo la existencia de diversas formas de transmisión y el derecho que tienen las personas a no ser juzgadas por una condición de salud.

Por lo anterior, se hace necesario crear vínculos con los diferentes actores sociales, tales como aquellos de la esfera política, social, religiosa, entre otros. Esto con el fin de crear diferentes programas de visibilización y educación en torno al diagnóstico de VIH, con el propósito de desligar esta condición de salud de cualquier juicio moral.

Es así como el proceso de comunicación para algunos participantes se asocia con sensaciones de libertad, pues estos logran identificar la necesidad de transmitir esta información para validar que la persona que han escogido como una pareja sentimental sí puede cumplir con el rol que se le ha designado.

En relación con lo anterior, se identificó que el apoyo social es uno de los recursos más favorecedores con los que han contado los participantes, pues a partir de la percepción de apoyo que han encontrado en sus relaciones de pareja o de amistad han logrado encontrar formas más apropiadas de lidiar con los retos que trae el diagnóstico. Además, facilita el proceso de comunicación para próximas ocasiones, logrando adaptarse con mayor facilidad.

Anidando lo anterior, se encontró que las personas emplean diferentes estrategias de afrontamiento, las cuales son un apoyo para el fortalecimiento de la autoimagen y el autoconcepto.

El emplear dichas estrategias les permiten identificar el momento idóneo para comunicar esta información, la manera en cómo deben abordar la situación problemática y las cualidades que debe de tener la persona a quien le van a comunicar.

Considerando lo anterior, se encontró que la estrategia de afrontamiento más empleada es aquella que se centra en el problema; es decir, cuando comunican el diagnóstico las personas tienden a realizar esta comunicación resolviendo las inquietudes existentes en torno al diagnóstico de VIH y a las características que puede tener la vida de una persona que convive con el diagnóstico.

Por lo cual, adicional a lo anterior se identificó que al haber tan poca visibilización frente al diagnóstico de VIH, las personas que viven con él tienden a elegir pareja no solo a alguien que cumpla con sus expectativas sentimentales, sino también alguien que sea capaz de asimilar esta comunicación de forma apropiada. Cabe resaltar que es necesario trabajar en eliminar esta barrera para que cuando una persona se encuentre en esta situación de conseguir una pareja sentimental y desee comunicar su diagnóstico, esta pueda crear vínculos afectivos de forma natural sin tener que cargar con el prejuicio que trae la desinformación del vivir con VIH.

También, se logró identificar como estrategia el autoconocimiento sobre los derechos sexuales y reproductivos, y el conocimiento específico sobre el diagnóstico de VIH. Este autoconocimiento permite mitigar reacciones que promuevan la estigmatización, teniendo en cuenta que el desconocimiento a nivel social continúa, generando diversos retos que día a día deben solventar las personas que conviven con el diagnóstico.

Uno de los descubrimientos que surge a partir de las experiencias de los participantes es la percepción de estigma con respecto a los profesionales de la salud que han intervenido en sus procesos, lo cual coincide con lo encontrado en diversas investigaciones y tiene como resultado una percepción de discriminación, dificultad con la adherencia al tratamiento y con la aceptación del diagnóstico.

Finalmente, se evidenció una necesidad de mayores estrategias de tipo preventivo y de control de diagnóstico, con el propósito de disminuir las probabilidades de transmisión de VIH, así como espacios educativos en diferentes ámbitos sociales que puedan visibilizar esta condición de salud para fortalecer las estrategias de afrontamiento y disminuir experiencias desfavorables con las personas viven cuando son diagnosticados.



### **Recomendaciones y limitaciones**

Las recomendaciones que como investigadores realizamos frente a este estudio, en primera instancia, es que se sugiere que en las instituciones de salud se generen espacios de sensibilización y enseñanza en torno al VIH, con el fin de lograr mitigar el virus en las poblaciones claves. Estas acciones se pueden llevar a cabo en las diferentes instituciones de salud, específicamente en IPS (instituciones prestadoras de salud), generando espacios de escucha, intercambio de saberes y diálogo entre el personal de salud y los pacientes. Asimismo, estos espacios de diálogo permiten generar acciones extramurales que garantizan la reducción del estigma social que los pacientes con VIH presentan a la hora de recibir su diagnóstico por parte del personal de salud y a la hora de comunicarlo a sus familiares, amigos, entre otros.

A su vez, se sugiere que, en las instituciones de salud, se promueva la psicoeducación al personal médico y asistencial, con el fin de que estos aprenden la forma correcta en que se debe notificar un VIH positivo a familiares y pacientes. Asimismo, se sugiere implementar en los programas de atención rutas de apoyo para los pacientes que recién reciben su diagnóstico de VIH, así como también implementar talleres sobre los derechos sexuales y reproductivos, con el fin que el paciente reconozca sus derechos promoviendo su autocuidado.

Ahora bien, teniendo en cuenta que es de suma importancia que las personas que viven con VIH tengan conocimiento sobre sus Derechos Sexuales y Reproductivos y obtengan psicoeducación por parte del personal de salud, es importante recalcar que en las instituciones de salud al igual que en los pacientes se debe de fomentar la psicoeducación en torno al VIH, por medio de talleres, conversatorios y aprendizaje constante e investigación frente al tema por parte de los profesionales; esto, con el fin de disminuir el estigma social existente por parte del personal de salud. Es así como por medio de divulgaciones académicas y científicas de personas expertas en el tema, los profesionales en salud serán informados entorno a enfermedades crónicas, en este caso el VIH esto con el fin de tratar de mitigar el estigma, las discriminaciones y los prejuicios que el personal de las instituciones de salud tiene frente al tema ocasionando ciertas barreras a nivel institucional en los pacientes.

Por su parte, se sugiere que los profesionales en salud a la hora de comunicar el diagnóstico de VIH a sus pacientes, estos no sólo tengan un amplio conocimiento sobre el diagnóstico y sus medios de transmisión sino que, al momento de realizar la comunicación hacia sus pacientes, el

profesional lo escuche de forma activa, no subestimándolo ni juzgándolo. Asimismo, se sugiere que el profesional en salud no trate de cambiar la manera en cómo el paciente se siente en ese momento en cuanto a sus sentimientos y emociones. Por su parte, se sugiere que el médico trate de comprender al paciente como un ser integral, donde la comunicación se base a partir del dialogo y la empatía ya que todas las comunicaciones de diagnóstico son diferentes entre la población, esto ocasionado a que todos los pacientes no reaccionan de la misma manera. Finalmente, se sugiere que el paciente sienta ese acompañamiento por parte del profesional de salud, donde esté a su vez, indague las redes de apoyo del consultante para que sepa a quien puede ayudar si el paciente entra en momentos de crisis.

Es así como a nivel metodológico y tomando en cuenta nuestro rol como psicólogos, se sugiere llevar a cabo intervenciones psicoeducativas donde se promueva la prevención y el autocuidado en la población en general. Cabe resaltar, que estas intervenciones a nivel psicoeducativo, también permitirá favorecerá a su entorno social y familiar otorgándoles rutas de acompañamiento con el fin de disminuir el estigma social, la discriminación y los prejuicios en esta población en específico.

Por su parte, también se sugiere implementar rutas de apoyo y acompañamiento adecuados y constantes después de notificar a los pacientes de VIH su estado serológico esto con el fin de disminuir el riesgo de que estos presenten emociones como la culpa o la depresión que los conlleve a tener ideaciones suicidas. Es por ello, por lo que se sugiere que a nivel de las Instituciones de Salud, posterior a la comunicación del diagnóstico médico - paciente, se forme un equipo interdisciplinar donde el psicólogo tenga un rol activo, y realice un acompañamiento en los procesos de intervención de los pacientes que son diagnosticados.

Por otro lado, se sugiere realizar un abordaje a nivel estatal frente a los actos de discriminación y violencia por parte de la población en general hacia las personas que conviven con VIH o tengan una orientación sexual diversa. Es así como se sugiere realizar campañas comunitarias donde se les informe sobre las rutas de apoyo que esta población puede tomar al momento de enfrentarse a situaciones discriminatorias o violentas. Esto facilitará que las personas denuncien y tengan un acompañamiento psicológico y legal constante que permitirá proteger su integridad.

Cabe resaltar que estos espacios de psicoeducación al personal de salud y a los pacientes

en las IPS permiten disminuir el índice de desconocimiento y la estigmatización que existe en torno al VIH, y por parte de las personas que viven con la enfermedad permitir que estos puedan gozar de una vida sexual plena y sana.

Para las futuras investigaciones sobre este fenómeno sugerimos ampliar la muestra, incluyendo más pacientes que viven con VIH con el fin de recolectar más narrativas y poder así tener una recopilación más amplia entorno a las barreras, emociones y recursos que estos presentan a la hora de comunicar su diagnóstico a su pareja sentimental. Con relación a lo anterior, para futuras investigaciones se recomienda obtener una muestra con un abordaje interseccional donde se tenga a consideración la interacción de factores sociales como lo es la raza, edad, orientación sexual, la etnia, el género y la ubicación geográfica de los participantes ya que esto puede definir más a profundidad su experiencia y su postura social.

Esta profundización, permitirá en próximos estudios analizar más a fondo cuáles son las estrategias más acertadas para comunicar el diagnóstico de manera cómoda a la pareja sentimental. Asimismo, se sugiere en próximos estudios seguir realizando análisis sobre las diferentes experiencias que se pudiesen encontrar en las narrativas de los participantes, con el fin de valorar las situaciones que pudiesen ser favorecedoras o denominadas como barreras a la hora de estos, comunicar su diagnóstico (estigma, presión social o familiar, discriminación y avance de estado serológico).

Por otro lado, sugerimos tener una muestra equitativa entre sexo, orientación sexual y tiempo de diagnóstico, con el fin de contrastar las diferencias en sus narrativas y su forma de comunicar el padecimiento de la enfermedad.

Algunas de las limitaciones metodológicas en este estudio, fueron las dificultades que se presentaron a la hora de agendar los horarios de las entrevistas, debido a la poca disponibilidad de tiempo de los entrevistados. De la misma forma, al momento de llevar a cabo las entrevistas se presenciaron problemas en la conexión a internet de los participantes, por lo que detuvo momentos importantes en el hilo de la narrativa de estos. Por otro lado, a la hora de llevar a cabo estas entrevistas se presentaron problemas en cuanto a los acuerdos de los horarios establecidos, reprogramándose en varias ocasiones.

Por su parte, se recomienda profundizar a nivel conceptual el vínculo y abordaje de la pareja en la adultez joven y, en el momento de realizar las entrevistas, profundizar con los

participantes en la inseguridad y liberación emocional presentadas en estos.

Finalmente, otra limitación evidenciada en la investigación fue la falta de estudios similares sobre la comunicación del diagnóstico a la pareja sentimental. Asimismo, el acceso a la información fue muy limitado y difícil de conseguir sobre la comunicación del diagnóstico o las percepciones que tenían frente al mismo. Por último, una de las limitaciones más relevantes fue la dificultad de conseguir la muestra para la realización de las entrevistas.

## Referencias

- Álvarez - Gayou Jurgenso, J.L. (2003). Cómo hacer investigación cualitativa. Fundamentos y metodología. Recuperado de <http://mayestra.files.wordpress.com/2013/03/bibliografc3ada-de-referencia-investigac3b3n-cualitativa-juan-luis-alvarez-gayou-jurgenson.pdf>
- Ángulo, C., Conde, I. C., Huertas, E. y Ruiz, M. Y. (2016). Percepciones, acciones y claves del amor sólido en parejas de las diversas etapas de la adultez. *Revista Psicoespacios*, 10 (16), 127-139. Recuperado de <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios/article/view/717/1015>
- Arbeláez, M., & Onrubia, J. (2014). Análisis bibliométrico y de contenido. Dos metodologías complementarias para el análisis de la revista colombiana Educación y Cultura. *Revista de Investigaciones UCM*, 14(23), 14 -31
- Arcilla - Rivera, A. D. P., Toro-López, L. Ángel, Cañaverall-Orozco, J. D., González-Lozano, D., Henao-González, L. D., Carmen-Dussan, L., & Castaño-Ramírez, M. (2016). Comportamientos sexuales en mayores de 18 años con diagnóstico VIH/SIDA en tres ciudades de Colombia 2011. *MedUNAB*, 19(2), 95-102. <https://doi.org/10.29375/01237047.2187>
- Arévalo - Mora, L y Ávila - Mira, S.P (2012) Religión y espiritualidad, una mirada del estigma frente al VIH/SIDA: Revisión Literaria. *Revista Med.* 20(1) 52 - 61.
- Arévalo-Mora, L. (2018). Violencia de pareja en la mujer que vive con VIH. *Revista Colombiana de Enfermería*, 16(1), 52-63. <http://dx.doi.org/10.18270/rce.v16i13.2304>

Arévalo-Mora, L. (2019). Mujeres víctimas de violencia de pareja en el contexto de la infección por VIH en la ciudad de Bogotá. Fase I, 2017. *Revista de Salud Pública* 21 (1); 34-41

Arriagada Mellado, M. (2012). *Apoyo emocional, instrumental y material hacia el adulto mayor: una percepción desde los hijos* (Tesis de maestría no publicada). Universidad del Bío, Chile.

Ayer, A., Perez-Brumer, A., Segura, E. R., Chávez - Gómez, S., Fernández, R., Arroyo, C., Barrantes, A., Lake, J. E., Cabello, R. & Clark, J. L. (2021). Let's Talk About Sex: The Impact of Partnership Contexts on Communication About HIV Serostatus and Condom Use Among Men Who Have Sex with Men (msm) and Transgender Women (tw) in Lima, Peru. *aids and Behavior*, 25(7), 2139-2153. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-03144-1>

Baina - Acosta, R. (2021). La comunicación humana como proceso comunicacional. *Realidades Educativas*, 1(2), 00. Recuperado a partir de <https://www.ojs.tintaplana.com.bo/index.php/realidades/article/view/711>

Bastidas, A.M y Canaval, E., (2018) Más allá de los síntomas: vivir con VIH es motor de cambio. *Av Enferm.* 36(3) 338 - 346 doi: <https://doi.org/10.15446/av.enferm.v36n3.71588>

Becerra, S., (2018). La espiritualidad en pacientes que viven con VIH. *Revista Cuestiones Teológicas*. 45(103) 149 -175. <http://dx.doi.org/10.18566/cueteo.v45n103.a07>

Benavides, M y Gómez, C. (2005). Métodos en investigación cualitativa: triangulación. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 34(1), 118-124.

- Bordignon, N.A., (2005). El desarrollo psicosocial de Eric Erikson. El diagrama epigenético del adulto. *Revista Lasallista de Investigación*, 2(2),50-63.  
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=69520210>
- Bryan Piedrahita, L., Palacios Moya, L., Posada Zapata, I.C. y Bermúdez Román V. 2017. Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Revista Ciencias de la Salud*. 15, 1 (ene. 2017), 59-70. DOI:<https://doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5378>.
- Caldera, D y Pacheco, M. (2020). Funcionalidad familiar del paciente con VIH-SIDA en una Unidad de Medicina Familiar de León, Guanajuato. *El Residente*, 15 (2),48-53.  
doi: 10.35366/95045
- Campillay, M. (2019). *Estigma y discriminación en personas con VIH/SIDA, un desafío ético para los profesionales sanitarios*.  
[https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1886-58872019000300008](https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1886-58872019000300008)
- Campos - Rosas María, Castro - Pari Wendy, Torres - Romucho Ángel, Arizaca - Oblitas Marcos (2018). Conocimientos, actitudes y prácticas frente al VIH – SIDA en estudiantes de una Universidad Nacional de Ica, 2017. *Rev méd panacea*. 7(1): 9-21
- CDC (1982) Centers for Disease Control and Prevention, Current Trends Update on Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) --United States. *Morbidity and Mortality Weekly Report* <https://bit.ly/3711xYy>

Cejudo-Cortés, C., Córchelo - Fernández, C., y Tirado - Morueta, R., (2018). Uso de la teoría de las representaciones sociales para comprender las actitudes discriminatorias hacia el VIH/SIDA. *Revista Española de Salud Pública*, 92(1) 1-11. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1135-57272018000100428&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272018000100428&lng=es&tlng=es).

Cerda, H. (1988). Los elementos de la investigación. Bogotá: *El Búho*

CNDH (2016) Informe de actividades del 1 de enero al 31 de diciembre. *Comisión Nacional de los Derechos Humanos*. pp. 52 – 67.

Cohen, F., y Lazarus, R., (1979) Coping with the stresses of illness, in *Health Psychology: A Handbook*, (eds George C. Stone, Frances Cohen and Nancy E. Adler), Jossey - Bass, pp. 217–230.

Congreso de la República de Colombia (2006). *Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006 por la cual se reglamenta el ejercicio profesional psicológico, se dicta el código deontológico y bioético*. Bogotá D.C.: Congreso de la República de Colombia.

Contreras-Britto, JB. y Trout-Guardiola, G. (2018). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre VIH Sida en adolescentes de 9°, 10° y 11° grado de un colegio público del Distrito de Santa Marta. *Duazary*, 15(3), 295-305. <http://dx.doi.org/10.21676/2389783X.242>

Correa, D. E., Salazar, I. C. y Arrivillaga, M. (2007). Impacto emocional e intervención psicológica con personas diagnosticadas con VIH/SIDA. En M. Arrivillaga, D. E. Correa y I. C. Salazar (Eds.), *Psicología de la Salud: abordaje integral de la enfermedad crónica* (pp. 181-192). Bogotá: Manual Moderno.

Creswell, J. W. (1998). *Qualitative Research Inquiry and Research Design. Choosing among Five Traditions*. Thousand Oaks, California: Sage Publications Ltd.



- De la Cuesta, C. (2011). La reflexividad: un asunto crítico en la investigación cualitativa. *Enferm Clin*, 21(3):163-167.
- Dixson, M. D. (1995). Models and Perspectives of Parent-Child Communication. In T. J. Socha & G. H. Stamp (Eds.), *Parents, Children, & Communication: Frontiers of Theory and Research* (pp.43–61). Lawrence Erlbaum Associates.
- Dueño, C., (2016). Una mirada sociológica sobre los conceptos de juventud y de prácticas culturales. *proyecto juventos*. pp. 159-174
- Erickson, E. (1968) “La identidad psicosocial” en: Un modo de ver las cosas. Fondo de cultura económica, México, 1994, Pág. 600-608
- Escalante, E. (2009). Perspectivas en el análisis cualitativo. *Theoria*, 18 (2), 55-67.
- Espejo, J., Cordero, A., Quintero, L., y Martín, H. (2018). El rol de los padres y las madres en la educación sexual de sus hijos e hijas.
- Fabrés, J. (2009). *Dossier especial*. Envejecer con VIH: qué podemos esperar cuando nos hacemos mayores. 1-8, Barcelona. [http://gtt-vih.org/files/active/0/Envejecer\\_con\\_vih\\_gTt.pdf](http://gtt-vih.org/files/active/0/Envejecer_con_vih_gTt.pdf)
- Feixa, C. (2019). Identidad, Juventud y Crisis: el concepto de crisis en las teorías sobre la juventud. *Revista Española de Sociología*, 29 (32), 11-26. <https://doi.org/10.22325/fes/res.2020.72>
- Fernández-Matos, D., C (2020) El derecho a la salud sexual y reproductiva de las mujeres viviendo con VIH en Venezuela. Un estudio exploratorio. *Rev Gerenc Polit Salud*. 19(1) <https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgps19.dssr>
- Flick, U. (2004). *Introducción a la investigación cualitativa*. Madrid: Ediciones Morata.
- Folayan, M., Cásceres, C., Sam – Agudu – N., Odetoynbo, M., Stockman, J., & Harrison, A. (2017). Psychological stressors and coping strategies used by adolescents living with and not living with

HIV infection in Nigeria. *AIDS Behav*, 21(9), 2736–2745. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1534-3>

Font, Roser; Sanmartí, Montse; Quintana, Salvador; Dalmau, Salvador; Escobar Bravo, Miguel Ángel. (2019) . Influencia del apoyo social en la calidad de vida en pacientes mayores con VIH. *Revista Multidisciplinar del Sida*, 2019, 7(16) 7-19. <http://hdl.handle.net/10459.1/67693>.

Galindo, M, Font, R, Toledo, J, Camacho, A, Arco, A, Pérez, M, Feijo, M (2017) documento informativo sobre la infección de VIH. ISBN: 978-84-697-2921-2 [https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/05/documento\\_informativo\\_sobre\\_infeccion\\_VIH\\_profesionales.pdf](https://gesida-seimc.org/wp-content/uploads/2017/05/documento_informativo_sobre_infeccion_VIH_profesionales.pdf)

Giménez - García, C., Ballester Arnal, R., Gil Llario, M. D., Ruiz Palomino, E., & Martínez Gómez, N. (2020). Infecciones de transmisión sexual en población joven y su prevención: un análisis según la orientación del deseo sexual. *Revista INFAD De Psicología. International Journal of Developmental and Educational Psychology.*, 1(1), 155–164. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2020.n1.v1.1771>

Guevara-Sotelo, Y. y Hoyos-Hernández, P.A. (2018). Vivir con VIH: experiencias de estigma sentido en personas con VIH. *Psicogente*, 21(39), 127-139. <http://doi.org/10.17081/psico.21.39.2827>.

Hernández - Núñez, J., Ledesma Martín-Pintado, F., & Navarro Gómez, H. (2003). Reproducción en parejas serodiscordantes para el VIH: Aproximación a la situación actual. *Medifam*, 13(2), pp. 12-20. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1131-57682003000200002&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1131-57682003000200002&lng=es&tlng=es).

Hernández - Viasus A., Penagos – Rodríguez, K., y Posada - Benedetti, C., (2017) Estrategias de afrontamiento en adultos jóvenes infectados con el Virus de Inmunodeficiencia Humana

VIH/SIDA de la Fundación Oasis en la Ciudad de Cúcuta. *Cuidado y Ocupación Humana*, 6(5), 21-25.

Hernández, M. (2001). El médico ante el paciente con VIH/SIDA. *Rev. Latinoam. de Derecho Médico y Medicina Legal*, 6(2), dic. 2001- 7 (1), 75-79.

Hernández, R, Fernández, C y Baptista, P. (2006). *Metodología de investigación*. México, DF. The McGraw-Hill Companies, Inc.

Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación* (6ª ed.). México: McGraw - Hill Education

Holman, A., & Kellas, J. K. (2015). High school adolescents' perceptions of the parent-child sex talk: How communication, relational, and family factors relate to sexual health. *Southern Communication Journal*, 80(5), 388-403.

Hoyos, K., Sossa, Y., Zapata, Y., & Muniver Palacio, Y., (2020). *Estilos de apego dentro de la adultez temprana en dos parejas del municipio de Copacabana*. Tecnológico de Antioquia, Institución Universitaria.

[http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs\\_viceinves/index.php/COH/article/view/3454](http://revistas.unipamplona.edu.co/ojs_viceinves/index.php/COH/article/view/3454)

Instituto Nacional de Salud (INS, 2019). Comportamiento VIH, Colombia. *Boletín Estadístico Semanal*. [https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019\\_Boletin\\_epidemiologico\\_semana\\_47.pdf](https://www.ins.gov.co/buscador-eventos/BoletinEpidemiologico/2019_Boletin_epidemiologico_semana_47.pdf)

Jahoda, A. y Pownall, J. (2014). Comprensión sexual, fuentes de información y las redes sociales: los informes de jóvenes con discapacidad intelectual y sus compañeros no discapacitados. *Oficial de*

*Investigación sobre Discapacidad Intelectual*, 58(1), 430-441.

Doi:10.1111/Informe

conjunto sobre inclusión social.12040

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). El concepto de afrontamiento en estrés y procesos cognitivos. Barcelona: Martínez Roca.

Lazarus, R.S y Folkman, S. (1986) Estrés y procesos cognitivos. *Evaluación, afrontamiento y consecuencias adaptativas*. Martínez Roca.

Lazo, Y (2019). *Experiencia vivencial de personas adultas diagnosticadas con VIH positivo de Juigalpa, Chontales*. Revista Científica de FAREM - Estelí. 8(32). 1-10. ISSN: 23055790. <https://doi.org/10.5377/farem.v0i32.9230>

López - Larrosa, S. y Periscal, C. (2022). El Conflicto entre los Padres, la Seguridad Emocional y el Autoconcepto de los Adolescentes. *Psicología Educativa*, 28(2), 185 - 193. <https://doi.org/10.5093/psed2021a17>

López, J., (2018) La expresión y comunicación emocional como base de la creatividad. *AIECE (Asociación Internacional de Expresión y Comunicación Emocional. España)*. Universidad de Sevilla

Malpartida AMK. (2020) Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista Médica Sinergia*. 5 (9):1-13.

Margulis, M., & Urresti, M., (s.f) La juventud es más que una palabra. [https://perio.unlp.edu.ar/teorias/index\\_archivos/margulis\\_la\\_juventud.pdf](https://perio.unlp.edu.ar/teorias/index_archivos/margulis_la_juventud.pdf)

Márquez, N. R. (2019). Las transformaciones de la familia: del amor romántico a otras formas de vínculo amoroso. *Katharsis*, (28). <https://doi.org/10.25057/25005731.1277>

- Martínez - Salgado, C. (2012). El muestreo en investigación cualitativa. Principios básicos y algunas controversias. *Ciência & Saúde Coletiva* 17(3), 613-619
- Martínez, B., Rangel - Flores, Yolanda, Y., Castillo-Arcos, C., Cacique, L., (2019). Ser mujer indígena, vivir con VIH y violencia de pareja: una triple vulneración frente al derecho a la salud. *Index de Enfermería, Epub* 27(3), 161-165. [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000200012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200012&lng=es&tlng=es).
- Martínez, C., Conde - Forero, C., Huertas - Bonilla, E., & Ruiz - Gárzon, M (2018) Percepciones, acciones y claves del amor sólido en parejas de las diversas etapas de la adultez. *Revista Virtual de Ciencias Sociales y Humanas "PsicoEspacios"* 10(16) pp. 154 - 173. ISSN 2145-2776 <http://revistas.iue.edu.co/index.php/Psicoespacios>
- Martínez, J., Flores, Y., Castillo-Arcos, L., & Cacique, L., (2019). Ser mujer indígena, vivir con VIH y violencia de pareja: una triple vulneración frente al derecho a la salud. *Index de Enfermería*, 27(3), 161-165. *Epub* [http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1132-12962018000200012&lng=es&tlng=es](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962018000200012&lng=es&tlng=es).
- Matarazzo, J. D. (1980). Behavioral health and behavioral medicine: Frontiers for a new health psychology. *American Psychologist*, 35(9), 807–817. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.35.9.807>
- McCubbin H., Cauble, E. & Patterson, J. (1982). *Family stress, coping, and social support*. Thomas Publisher.
- McCubbin, M. & McCubbin, H. (1993). Family coping with health crises: The resiliency model of family stress, adjustment, and adaptation. In C. Danielson, B. Hamel-Bissell, & P. Winstead-Fry (Eds.), *Families, health, and illness*. Mosby.

- Medina, C. J., Rivera, L. Y., & Aguavivas, J. A. (2016). El apego adulto y la calidad percibida de las relaciones de pareja: Evidencias a partir de una población adulta joven. *Salud & Sociedad*, 7(3), 306-318. <https://www.redalyc.org/pdf/4397/439749582005.pdf>
- Mendieta, G. (2015) informantes y muestreo en investigación cualitativa. 17(30), 1146-1150.
- Mertens, D. (2005). *Research and evaluation in Education and Psychology: Integrating diversity with quantitative, qualitative, and mixed methods*. Thousand Oaks: Sage.
- Mieles, M., Tonon, G., Alvarado, S. (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 Educación Nacional (MEN, 2008). *Programa Nacional de Educación para la Sexualidad y Construcción de Ciudadanía*. Bogotá, Colombia.
- Ministerio de la Protección Social (2006). Ley 1090 del 6 de Septiembre de 2006. Bogotá: Recuperado de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
- Ministerio de Protección Social (2006). Ley 1090 del 6 de septiembre de 2006. Bogotá: Recuperado de <http://www.sociedadescientificas.com/userfiles/file/LEYES/1090%2006.pdf>
- Ministerio de Salud (1993). *Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud*. Bogotá D.C.: Ministerio de Salud.
- Ministerio de Salud de Colombia (2011) Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-VIH-y-Sindrome-de-la-inmunodeficiencia-adquirida-SIDA.aspx>

Ministerio de salud de Colombia (2012). Panorama del VIH/SIDA en Colombia (1983 - 2010)

[https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio\\_vih/documentos/monitoreo\\_evaluacion/1\\_vigilancia\\_salud\\_publica/b\\_estudios\\_comportamiento/PANORAMAVIHCOL\\_WEB.pdf](https://www.minsalud.gov.co/salud/Documents/observatorio_vih/documentos/monitoreo_evaluacion/1_vigilancia_salud_publica/b_estudios_comportamiento/PANORAMAVIHCOL_WEB.pdf)

Ministerio de Salud de Colombia (2015). Resumen de la situación de la epidemia por VIH/Sida en Colombia 2015.

[https://www.minsalud.gov.co/Documents/NOTICIAS%20OFICINA%20COMUNICACIONES/Salud/20161130\\_B\\_AnexoBoletinVIH.pdf](https://www.minsalud.gov.co/Documents/NOTICIAS%20OFICINA%20COMUNICACIONES/Salud/20161130_B_AnexoBoletinVIH.pdf)

Ministerio de Salud de Colombia (2018). *Etmi Plus Colombia 2018-2021: Marco para la eliminación de la transmisión materno infantil del VIH, La Sífilis, La Hepatitis B y La Enfermedad de Chagas.*

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/INTOR/eliminacion-transmision-materno-infantil-VIH-sifilis-chagas-hepetitib-etmi-colombia-2018.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia (2019) Análisis de Situación de Salud (ASIS).

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/ED/PSP/asis-2019-colombia.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia (2021) Guía de Práctica Clínica (GPC) basada en la evidencia científica para la atención de la infección por VIH/SIDA en personas adultas, gestantes y adolescentes. Guía completa

2021.<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/INEC/IETS/gpc-vih-adultos-2021.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia (2022) Guía de Prevención VIH/SIDA: jóvenes en contexto de vulnerabilidad.

<https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/VS/PP/guias-jovenes-vih.pdf>

Ministerio de Salud de Colombia (s.f). Virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (SIDA).

<https://www.minsalud.gov.co/salud/publica/ssr/Paginas/Virus-de-la-inmunodeficiencia-humana-VIH-y-Sindrome-de-la-inmunodeficiencia-adquirida-SIDA.aspx>

Moos, R. H. (Ed.). (1977). Coping with physical illness. Plenum. <https://doi.org/10.1007/978-1-4684-2256-6>

Moreno, J., Barragán, A. M., Martínez, M., Rodríguez, A., & González, A. C. (2018). Calidad de vida y percepción de apoyo social en personas con HIV en Bogotá, Colombia. *Biomédica*, 38(4), 577-585. <https://doi.org/10.7705/biomedica.v38i4.3819>

Morrison y Bennett (2008). *Psicología de la salud*. ISBN: 84833323435. Ed: Vox.

Mueses - Marín HF., Tello-Bolívar IC., y Galindo-Quintero J. (2017) Características en hombres que tienen sexo con hombres VIH+ en Cali-Colombia. *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 35(2) 206-215. <https://doi.org/10.17533/udea.rfnsp.v35n2a05>

Naciones Unidas (s.f) Desafíos globales. SIDA <https://www.un.org/es/global-issues/aids>

National Institute of Health (2021). *diagnostico*.

<https://www.cancer.gov/espanol/publicaciones/diccionarios/diccionario-cancer/def/diagnostico>.



Ochoa, E. F. L. (1991). *La sexualidad humana. Dimensiones y aspectos implicados en la sexualidad.* Madrid: Editorial Hispamap.

Oliveira, Layze Braz de, Costa, Christefany Régia Braz, Ponte, Priscila Silva, Magalhães, Rosilane de Lima Brito, Gir, Elucir, & Reis, Renata Karina. (2020). Asociación sexual entre personas que viven con el VIH: manejo de las diferencias serológicas. *Enfermería Global*, 19(58), 494-530. Epub 18 de mayo de 2020. <https://dx.doi.org/eglobal.384261>

Orcasita, L. T., Uribe, A. F. ., & Valderrama, L. J. (2013). Conocimientos y Actitudes frente al VIH/sida en Padres de Familia de Adolescentes Colombianos [Knowledge and attitudes toward HIV/AIDS in parents of Colombian adolescents]. *Revista Colombiana de Psicología*, 22(1), 59–73.

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2002). World Health Organization 2006. *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health.* [http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender\\_rights/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/topics/gender_rights/defining_sexual_health.pdf)

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2006). *Defining sexual health: report of a technical consultation on sexual health.* [http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sexual\\_health.pdf](http://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sexual_health.pdf)

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2011). Proyecto de estrategia OMS contra el VIH para 2011-2015. [https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf\\_files/WHA64/A64\\_15-sp.pdf](https://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA64/A64_15-sp.pdf)

Organización Mundial de la Salud - OMS. (2018). La salud sexual y su relación con la salud reproductiva: un enfoque operativo [Sexual Health and its linkages to reproductive health: an operational

approach]

ISBN

978-92-4-351288-4

<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/274656/9789243512884-spa.pdf>

Organización Panamericana de la Salud - OPS (s.f). HIV/AIDS

[https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com\\_content&view=article&id=9573:2019-factsheet-hiv-aids&Itemid=40721&lang=es](https://www3.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=9573:2019-factsheet-hiv-aids&Itemid=40721&lang=es)

Ospina, A. (2018). Pareja homoparental serodiscordante: procesos de comunicación y prácticas de cuidado. Un análisis de caso en Manizales. *Revista Latinoamericana de Estudios de Familia*, 10(1), 78-98.

Pérez-Aranda, G. I., Peralta-López, V., Estrada-Carmona, S., García-Reyes, L., & Ángel Tuz-Sierra, M. Ángel. (1). Estilos de apego en la relación de pareja de hombres y mujeres en la adultez temprana y adultez media. *Calidad De Vida Y Salud*, 12(2).  
<http://revistacdvs.uflo.edu.ar/index.php/CdVUFLO/article/view/184>

Picó, J., (2011) Evolución y actualidad de la concepción de familia. Una apreciación de la incidencia positiva de las tendencias dominantes a partir de la reforma del derecho matrimonial chileno. 1(1) *Revista Ius et Praxis* pp. 31-56 ISSN 0717 – 2877.

Posada, S., Rincon, L., Orcasita, L., (2014) The Characterization of Perceived Social Support of HIV-diagnosed Adolescents. *Procedia - Social and Behavioral Sciences* 132(1) 302 – 309  
<https://doi.org/10.1016/j.sbspro.2014.04.314>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida (ONUSIDA) 2008. Informe sobre la epidemia mundial de sida.

[https://data.unaids.org/pub/globalreport/2008/jc1510\\_2008globalreport\\_es.pdf](https://data.unaids.org/pub/globalreport/2008/jc1510_2008globalreport_es.pdf)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida ONUSIDA (s.f) Preguntas frecuentes con relación al VIH y al SIDA.

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA (2017). *Prevención de la infección por el VIH bajo la Lupa. Un análisis desde la perspectiva de la Salud en América Latina y el Caribe.* <https://iris.paho.org/bitstream/handle/10665.2/34380/9789275319796-spa.pdf?sequence=8&isAllowed=y>

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA (2018). *La respuesta al VIH en América Latina. Actualización sobre los datos globales sobre el sida 2018.* [https://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2020\\_global-aids-report-latin-america\\_es.pdf](https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2020_global-aids-report-latin-america_es.pdf)

Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA (2021) *Hoja Informativa VIH. Estadísticas mundiales sobre el VIH.* <https://www.unaids.org/es/resources/fact-sheet> Prieto, F. (2007). Efectos psicológicos de las personas afectadas por VIDA/SIDA: Líneas de actuación. *infocoop*. doi: [http://www.infocop.es/view\\_article.asp?id=1651](http://www.infocop.es/view_article.asp?id=1651)

Quintana, A. (2006). *Metodología de la Investigación Científica Cualitativa*. En A. Quintana y W. Montgomery (Eds.), *Psicología: Tópicos de Actualidad* (pp. 56-61). Lima, Perú: UNMSM.

- Ramos - Pineda M., González-Herrera M., Villaseñor González D., Díaz-Bermejo J., y Castañedo - Guerrero, M. (2020). Discriminación social y su relación con el afrontamiento y adaptación a la enfermedad del VIH. *Revista Mexicana de Enfermería*, 8(2), 47-52.  
<https://www.imbiomed.com.mx/articulo.php?id=114445>
- Rodríguez - Domínguez, C. y Durán - Segura, M. (2019). Conductas sexuales de riesgo en la era digital: análisis del fenómeno sexting en la población adulta joven española. *Revista Fuentes*, 21 (1), 39-49.
- Rodríguez - Hart, C., Bradley, C., German, D., Baral, S., Ononaku, U., Dimlong, O. T., Crowell, T. A., Charurat, M., & Nowak, R. G. (2021). “Building that strong energy”: An exploration of stigma coping strategies among sexual and gender minorities in Nigeria. *Stigma and Health*. 1(9)  
<https://doi.org/10.1037/sah0000319>
- Rodríguez Otero, L. M., y Lara Rodríguez, M. G. (2021). *El VIH como vía de materialización de la Violencia de Género e Intragénero*. *Enfermería Global*, 20(2), 176–215.  
<https://doi.org/10.6018/eglobal.435891>.
- Rzeszutek, M., Oniszczenko, W., y Firlag - Burkacka, E., (2017). Social support, stress coping strategies, resilience, and posttraumatic growth in a Polish sample of HIV - infected individuals: results of a 1-year longitudinal study. *J Behav Med*. 40(1), 942–954 <https://doi.org/10.1007/s10865-017-9861-z>
- Salgado, C.A (2007). Investigación cualitativa: diseños, evaluación del rigor metodológico y retos. *Liberabit*, 13(13), 71-78. Recuperado de

[http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S172948272007000100009&lng=es&tlng=es](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S172948272007000100009&lng=es&tlng=es).

Salvadori, M. y Hahn, G. (2019). Confidencialidad médica en la atención del paciente con VIH/SIDA.

*Revista Bioet*, 27 (1), 153-63. Doi: 10.1590/1983-80422019271298

Secretaria de Salud Pública de Cali (2021). *Plan de desarrollo de Santiago de Cali 2020 – 2023 “unidos por la vida”*.

<https://www.cali.gov.co/gobierno/publicaciones/153479/plan-de-desarrollo-2020--2023-unidos-por-la-vida-fue-radicado-ante-el-concejo-de-cali/>

Sierra, J.C., Ortega, V., Zubeidat, I. (2003). Ansiedad, angustia y estrés: tres conceptos a diferenciar.

*Revista Mal - estar en Subjetividades*, 3(1), 10 - 59.

<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=27130102>

Socorro, M., (2000) *Comunicación Oral Fundamentos y Práctica Estratégica*. México: Pearson.

Taylor, S y Bogdan, R. (1992). Introducción a los métodos cualitativos en investigación. La búsqueda de

los significados. En *La entrevista en profundidad* (100 -132). Ed. Paidós, España.

Tobón, S. y Vinaccia, S. (2003). Modelo de intervención psicológica en el VIH/sida. *Psicología y Salud*, 13

(2),161-174.

UNICEF (2020) El estigma social asociado con el VIH. Una guía para prevenir y abordar la

estigmatización social. 1-10. Disponible en:

<https://www.unicef.org/uruguay/media/2651/file/El%20estigma%20social%20asociado%20con%20el%20COVID-19%20-%20UNICEF%20Uruguay.pdf>

- Valderrama, L., & Orcasita, L., Uribe, A., & Peralta Díaz, 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(1) 155-195. ISSN: 0124-5821. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=194214587008>
- Vela, E., Aguirre, D. y Restrepo, J. (2018). Determinantes sociales en salud que influyen en la prevalencia de la infección por VIH en mujeres trabajadoras sexuales de la zona céntrica de la ciudad de Armenia, Quindío, Colombia. *Saúde Soc.*, 27 (3), 944-956. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902018180066>
- Vergés, V., Chávez, A., González, C., Pacheco, P y Gómez, R. (2019). Creencias, percepciones y experiencias en sexualidad de adolescentes chilenos con infección por VIH adquirida por transmisión vertical. *Revista chilena de Infectología*. 36(3), 318-330. <https://dx.doi.org/10.4067/S0716-10182019000300318>
- Villar, M. (2012). Vivencia de la sexualidad de las personas con VIH. [Tesis de maestría publicada]. Universidad de Almería.
- Watzlawick, P., Beavin, J., deÁvila, D., (1981) Teoría de la comunicación humana: interacciones, patologías y paradojas. *Editorial Herder*. Barcelona, ISBN: 84-254-1205-6
- Weeks J. (2007) *The world we have won. The remaking of erotic and intimate life*, Oxon: Routledge.
- Weeks, J. (1986) *La sexualidad. Paidós*. p. 23-40 México ISBN 968-853-384
- Willig, C., (2008). *Introducing Qualitative Research in Psychology*. Second edition. MCGraw Hill. ISBN10: 0 335 22115 7

Wolff, M (2015) SIDA: una travesía desde la impotente desesperanza al éxito terapéutico. 9 - 16.

<https://scielo.conicyt.cl/pdf/rci/v32s1/art02.pdf>

Zuñiga, F.A., Teva, I., Bermudez, M.A (2016) Conocimiento y Fuentes de Información sobre las ITS/VIH,

Comunicación sobre Sexo y Actitud Hacia el Uso del Preservativo en Adolescentes y

Padres/Madres Salvadoreños. 97 - 107 *Revista Iberoamericana de diagnóstico y evaluación*. 45(3)

<https://doi.org/10.21865/RIDEP45.3.0>

**ANEXOS**



## **Anexo A. Consentimiento Informado**

Declaración Para el consentimiento Informado

### *Consentimiento informado*

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA CALI**

**FACULTAD DE HUMANIDADES Y CIENCIAS SOCIALES**

**CARRERA DE PSICOLOGÍA**

**CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA PARTICIPAR EN LA INVESTIGACIÓN**

**“PERCEPCIONES DE LOS ADULTOS JÓVENES QUE VIVEN CON VIH FRENTE A LA  
COMUNICACIÓN DE SU DIAGNÓSTICO A UNA PAREJA SENTIMENTAL”**

Estimado(a) participante

Desde la asignatura **TRABAJO DE GRADO II**, a cargo de la docente **LYANNE SANCHEZ RESTREPO** los estudiantes **ÁNGELA HOYOS CARDONA, MARIA CAMILA GONZALEZ ESCOBAR, Y MARTÍN ZAPATA OSPINA** pertenecientes a la Pontificia Universidad Javeriana Seccional Cali, están llevando a cabo la investigación “Percepciones de los adultos jóvenes que viven con VIH frente a la comunicación de su diagnóstico a una pareja sentimental”, debido que realizando la revisión de antecedentes sobre la incidencia de la comunicación del diagnóstico y el VIH en la adultez joven. Esto da lugar a generar nuevo conocimiento a partir de la realización de una investigación cualitativa enmarcada en la psicología clínica y social que permita conocer la percepción que tienen los adultos jóvenes que viven con VIH frente a la comunicación de su diagnóstico a sus posibles parejas sentimentales. El objetivo de la investigación obedece a: **OBJETIVO GENERAL:** Describir las percepciones que tienen las personas que viven con VIH frente a la comunicación de su diagnóstico a parejas sentimentales. Tenga en cuenta que la información suministrada en la entrevista será utilizada por los investigadores con el fin académico de obtener los datos necesarios para la realización del trabajo correspondiente al trabajo de grado, dirigido y asesorado por la docente Lyanne Zamora Restrepo, a quien usted puede acudir en caso de alguna inquietud o información adicional. Los datos que se

obtengan se guardarán bajo estricta confidencialidad y anonimato, asegurando que no se incluya su nombre o cualquier indicativo que revele su identidad. Para un mejor manejo de la información, la entrevista será grabada y posteriormente transcrita, para facilitar el análisis de los datos.

La duración de la sesión será aproximadamente 1 hora. Dependiendo del alcance de la información, lo (a) podríamos contactar nuevamente, para poder realizar un nuevo encuentro. Su participación será voluntaria y usted podrá terminarla en cualquier momento, así como solicitar el retiro de sus datos, sin que esto genere algún tipo de inconveniente para usted. Participar en este estudio no tiene costo alguno ni representará beneficios económicos para usted, pero sí obtendrá un informe de los resultados luego de la culminación de la investigación.

La investigación se enmarca en los artículos 2, 3, 10, 15, 17, 23, 24, 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 5, 8, 10, 11, 12, 14, 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.

Luego de la lectura del presente consentimiento informado, Usted certifica que está de acuerdo en participar en la investigación sin recibir pago alguno, que han sido resueltas las dudas que tenga respecto a su participación, que participa de forma voluntaria y guardando su identidad. Para lo cual queda plasmada su firma a continuación:

Yo, \_\_\_\_\_, identificado con CC \_\_\_\_\_ declaro que he sido informado(a) de los objetivos, fines del presente estudio a realizar por estudiantes de la Pontificia Universidad Javeriana Cali. Y obrando en forma **AUTÓNOMA Y CONSCIENTE, ACEPTÓ** la participación en esta investigación. Se firma a los días \_\_\_\_ del mes \_\_\_\_\_ del año 20\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

PARTICIPANTE

**Nombre** \_\_\_\_\_

**Cédula:** \_\_\_\_\_

**Teléfono:** \_\_\_\_\_

**Correo** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Estudiante 1

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

**Cédula:** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

**Correo** \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante 2

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

**Cédula:** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

**Correo** \_\_\_\_\_

Firma del Estudiante 3

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

**Cédula:** \_\_\_\_\_

**Teléfono** \_\_\_\_\_

**Correo** \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Firma del Docente encargado

**CÉDULA** \_\_\_\_\_

**CARGO** \_\_\_\_\_

**CORREO** \_\_\_\_\_

**OFICINA** \_\_\_\_\_

**TELÉFONO** \_\_\_\_\_

**Anexo B. Matriz de consolidación de las recomendaciones de los jueces.**

N°	ITEM	JUEZ 1	JUEZ 2	JUEZ 4	ITEM DEFINITIVO
1	¿Qué emociones te genera comunicar tu diagnóstico a una persona con la que sostienes una relación sentimental o quien proyectas una relación?	OK	Revisar redacción	OK	¿Qué emociones te genera comunicar tu diagnóstico a una persona con la que sostienes una relación sentimental?
2	¿Qué crees que podría ayudarte a ser más fácil el proceso de comunicar tu diagnóstico con una pareja sentimental o con	A “hacer” “a una”	El uso del “¿Qué crees...? Le da un tono ambiguo a la pregunta. Debe ser más directa:	Inadecuada redacción: “¿Qué crees que podría ayudarte a hacer más fácil”	¿Qué te ayudaría a facilitar la comunicación de tu diagnóstico a una pareja sentimental o con quien proyectes tenerla?

	quien proyectes tenerla?		¿Qué te ayudaría a facilitar la comunicación de tu diagnóstico ...		
3	¿Cómo podría llevarse a cabo la comunicación de tu diagnóstico a una pareja sentimental o quien proyectes tenerla?	Agregaría el “con”	OK	OK	¿Cómo le comunicarías tu diagnóstico a una pareja sentimental?
4	¿Qué actitudes crees que necesitas percibir en la persona que recibe la información de tu diagnóstico para poder hablar acerca de él?	OK	OK	No entiendo como pensar que actitudes se desea percibir puede convertirse en un recurso favorecedor. Pues no se puede predecir qué actitudes tendrá la persona que recibe la información.	¿Qué actitudes consideras que necesitas percibir de la persona que recibe la información de tu diagnóstico para poder hablar acerca de él?

5	¿Qué estrategias has utilizado para comunicar el diagnóstico en tu vida diaria desde que fuiste diagnosticado con VIH?	OK	OK	OK	¿Qué estrategias has utilizado para comunicar el diagnóstico en tu vida diaria desde que fuiste diagnosticado con VIH?
6	¿Qué crees que sabes acerca de tu diagnóstico?	Considero que no es adecuado preguntar ¿Qué crees que sabes...?  En forma directa:  ¿Qué sabes acerca de tu diagnóstico?	¿Qué conoces acerca de tu diagnóstico?	OK	¿Qué conoces acerca de tu diagnóstico?
7	¿Cómo crees que influye la información que se tiene del diagnóstico de VIH en la comunicación de	OK	OK	OK	¿Cómo crees que influye la información que se conoce sobre VIH al momento de socializarlo con alguien más?

	este con alguien más?				
<b>8</b>	¿De dónde obtuviste información sobre el VIH?	OK	OK	OK	¿De dónde obtuviste información sobre el VIH?
<b>9</b>	¿Qué conoces acerca de tus derechos sexuales y reproductivos?	OK	OK	OK	¿Qué conoces acerca de tus derechos sexuales y reproductivos?
<b>11</b>	¿Cuáles son los mayores prejuicios que puede tener la sociedad sobre una persona que tiene VIH?	OK	OK	OK	¿Cuáles son los mayores prejuicios que puede tener la sociedad sobre una persona que tiene VIH?
<b>12</b>	Antes de haber sido diagnosticado, ¿Que creías de las personas que viven con VIH?	OK	OK	OK	Antes de haber sido diagnosticado, ¿Que creías de las personas que viven con VIH?
<b>13</b>	¿Cómo ha cambiado tu percepción frente	OK	OK	No veo cómo la pregunta ayuda a entender las	¿Cómo ha cambiado tu percepción frente

	al VIH antes y después de tu diagnóstico?		barreras en el proceso de la comunicación	al VIH antes y después de tu diagnóstico?
<b>14</b>	¿De qué manera has percibido estigmatización por tener VIH? ¿En qué situaciones?	¿En qué momentos te has enfrentado a situaciones de estigma social por ser diagnosticado con VIH?	¿Qué experiencias de sentirse estigmatizado por tener VIH, podrías compartirnos?	¿En qué momentos te has enfrentado a situaciones de estigma social por ser diagnosticado con VIH?



## **Anexo C. Tópicos de la entrevista en profundidad**

Datos sociodemográficos:

Entrevista

1. Sexo:
2. Edad:
3. Estado civil:
4. Ocupación:
5. Nivel educativo:
6. Estado serológico de VIH
7. Creencia Religiosa
8. Edad de diagnóstico de VIH
9. Orientación sexual e identidad de género
10. ¿Cuántas parejas sentimentales has tenido?

### **Preguntas**

#### **Categoría 1: Apertura**

1. ¿Qué es para ti ser pareja?
2. ¿Cuáles son las formas de comunicar (expresar emociones y sentimientos) en tus relaciones de pareja, familiar o social?

#### **Categoría 2: Emociones en el proceso de comunicar el diagnóstico de VIH, a una pareja sentimental.**

1. ¿Qué emociones te genera comunicar tu diagnóstico a una persona con la que sostienes una relación sentimental?

#### **Categoría 3: Recursos favorecedores en el proceso de la comunicación del diagnóstico a una pareja sentimental.**

1. ¿Qué te ayudaría a facilitar la comunicación de tu diagnóstico a una pareja sentimental o con quien proyectes tenerla?
2. ¿Cómo le comunicarás tu diagnóstico a una pareja sentimental?
3. ¿Qué actitudes consideras que necesitas percibir de la persona que recibe la información de tu diagnóstico para poder hablar acerca de él?

4. ¿Qué estrategias has utilizado para comunicar el diagnóstico en tu vida diaria desde que fuiste diagnosticado con VIH?
5. ¿Qué conoces acerca de tu diagnóstico?
6. ¿Cómo crees que influye la información que se conoce sobre VIH al momento de socializar con alguien más?
7. ¿De dónde obtuviste información sobre el VIH?
8. ¿Qué conoces acerca de tus derechos sexuales y reproductivos?

**Categoría 4: Barreras en el proceso de la comunicación de su diagnóstico de VIH a una pareja sentimental.**

1. ¿Cuáles son los mayores prejuicios que puede tener la sociedad sobre una persona que tiene VIH?
2. Antes de haber sido diagnosticado, ¿Qué creías de las personas que viven con VIH?
3. ¿Cómo ha cambiado tu percepción frente al VIH antes y después de tu diagnóstico?
4. ¿En qué momentos te has enfrentado a situaciones de estigma social por ser diagnosticado con VIH?