

Representaciones sociales asociadas al VIH/Sida en universitarios colombianos¹

Social representations associated with HIV/AIDS in Colombian university students

Paula Andrea Hoyos-Hernández^a

 <https://orcid.org/0000-0001-7948-6338>
E-mail: paulahoyos@javerianacali.edu.co

Juan Pablo Sanabria Mazo^a

 <https://orcid.org/0000-0003-1688-435X>
E-mail: jpablo.sanabria@outlook.com

Linda Teresa Orcasita Pineda^a

 <https://orcid.org/0000-0002-7599-9280>
E-mail: ltorcasita@javerianacali.edu.co

Ana Lucía Valenzuela Gallego^a

 <https://orcid.org/0000-0001-5028-787X>
E-mail: analuciavg@javerianacali.edu.co

Monica Gonzalez Ceballos^b

 <https://orcid.org/0000-0002-2212-3859>
E-mail: mgonzalez@sos.com.co

Teresa Osorio Muñoz^c

 <https://orcid.org/0000-0002-9897-4713>
E-mail: tereosom@gmail.com

^aPontificia Universidad Javeriana. Departamento de Ciencias Sociales. Cali, Colombia.

^bServicio Occidental de Salud. Cali, Colombia.

^cClínica Amiga – Comfandi. Cali, Colombia.

Resumen

El objetivo de esta investigación fue comprender las representaciones sociales asociadas al VIH y al Sida en un grupo de adolescentes y jóvenes universitarios colombianos. Para ello, se realizó un estudio cualitativo de diseño fenomenológico interpretativo en el que participaron 18 estudiantes universitarios. Las técnicas de recolección empleadas fueron las redes semánticas naturales (RSN) y los grupos de discusión. Las narrativas evidenciaron que existe desconocimiento sobre aspectos generales del VIH y del Sida. También dieron cuenta de la creencia de que el riesgo de contraer VIH recae únicamente en grupos etiquetados en riesgo. Se identificaron, además, actitudes que denotan estigma hacia personas con la enfermedad. Los pares, los padres, la familia y el internet se reportaron como los principales agentes de socialización sobre la enfermedad. En conclusión, se destaca la necesidad de empoderar a los diferentes agentes de socialización y de fortalecer los procesos educativos desde el reconocimiento de los derechos humanos de todas las personas. Se requiere, por tanto, un trabajo articulado, integral y transversal de los diferentes agentes, no solo para la deconstrucción de las creencias y actitudes negativas hacia la enfermedad, sino para la construcción de una sexualidad responsable y saludable que esté centrada en el autocuidado.

Palabras clave: VIH; Sida; Representaciones Sociales; Jóvenes; Investigación Cualitativa.

Correspondencia

Paula Andrea Hoyos Hernández
Calle 18, 118-250. Cali, Colombia. Cp 032.

¹ Artículo de investigación producto del estudio titulado: “Conocimientos, actitudes, prácticas sexuales de riesgo y significados socioculturales asociados al VIH, al Sida y a la prueba diagnóstica en estudiantes universitarios colombianos” (código: 020100554), perteneciente al Grupo Salud y Calidad de Vida y financiado por la Pontificia Universidad Javeriana Cali, durante el año 2017.

Abstract

This research aimed to understand the social representations associated with HIV and AIDS in a group of adolescents and university students from Colombia. For this, a qualitative study of phenomenological interpretative design was carried out with 18 university students. The collection techniques used were natural semantic networks (NSN) and discussion groups. The narratives showed that there is lack of knowledge about general aspects of HIV and AIDS. They also reported a belief that the risk of contracting HIV relapses only into at-risk groups. In addition, attitudes that denote stigma towards people with the disease were identified. Partners, parents, family and internet were reported as the main agents of socialization about the disease. In conclusion, the need to empower the different socialization agents and to strengthen educational processes from the recognition of the human rights of all people is highlighted. Therefore, it is required an articulated, integral and transversal work of the different agents, not only for the deconstruction of the negative beliefs and attitudes towards the disease, but for the construction of a responsible and healthy sexuality that is centered in the self-care.

Keywords: HIV; AIDS; Social Representations; Youth; Qualitative Research.

Introducción

Los índices de morbilidad registrados anualmente sitúan al virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) como uno de los principales problemas de salud pública a nivel mundial (Hoyos; Duarte, 2016). En 2015, la Organización Mundial de la Salud (OMS) reportó que cerca de 37 millones personas en todo el mundo padecían VIH. El Fondo de Población de las Naciones Unidas (UNFPA, 2017a) estimó que de los 4,5 millones de nuevas infecciones en 2016, el 34% correspondieron a jóvenes entre los 10 y 24 años de edad. En Latinoamérica, según los datos ofrecidos por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA, 2016), se diagnosticaron 3,4 millones de personas con esta enfermedad, lo que significa que cada año se presentan alrededor de 33.000 nuevos casos.

De acuerdo con las estadísticas de UNFPA (2017a), Colombia se sitúa en la actualidad como el tercer país con más prevalencia de VIH en Latinoamérica. En 2014 se calcularon aproximadamente 1.050 muertes de jóvenes entre los 12 a los 28 años de edad (UNFPA, 2017a). De los 15.087 casos registrados de jóvenes con VIH entre los años 2010 y 2014, el 30% se encontraban en fase Sida. Las 1.143 personas diagnosticadas con VIH/Sida por el Instituto Nacional de Salud (INS, 2016) posicionan al Valle del Cauca como el tercer departamento a nivel nacional con más números de personas que conviven con esta enfermedad. En Cali, concretamente, el Sistema Nacional de Vigilancia en Salud Pública (SIVIGILA) informó que la tasa de casos de VIH/Sida por cada 100.000 habitantes es de 86,6 en personas entre los 25 y 29 años de edad, de 75,4 entre los 20 y 24 años de edad y de 26,4 entre los 15 y 19 años de edad (INS, 2016).

Durante muchos años las representaciones sociales construidas sobre el VIH y el Sida han favorecido que esta condición de salud se haya relacionado especialmente con grupos denominados en riesgo, como las personas con orientación homosexual, los trabajadores sexuales y los consumidores de sustancias psicoactivas inyectables (SPAI) (Fleury; Alves; Galinkin, 2010; Hoyos; Duarte, 2016; Labra; Lacasse, 2015). Aunque las primeras investigaciones reportadas sobre el tema señalaron que estos grupos eran más vulnerables a contraer la enfermedad, el

comportamiento epidemiológico en los últimos años ha aportado evidencia científica, la cual concluye que, sin importar factores psicosociales como el sexo, el momento del ciclo vital y la posición social, el nivel de exposición al riesgo es similar en todos los grupos poblacionales (Antunes; Vizeu; Bousfield, 2014; Chacón et al., 2014; Earnshaw et al., 2014; Labra; Lacasse, 2015).

El estigma social asociado al VIH y al Sida, sumado al desconocimiento acerca de sus formas de transmisión y de prevención, expresa las representaciones sociales que influyen en la percepción de riesgo de las personas hacia la enfermedad (Belza et al., 2014; Fuster et al., 2014; Morales; Espada; Orgilés, 2016; Revuela et al., 2012; Sánchez; Terrón; Lozano, 2016). En estudios realizados en Brasil (Antunes; Vizeu; Bousfield, 2014; Fleury; Alves; Galinkin, 2010), México (Reartes, 2011), Argentina (Jones; Barrón; Ibarlucía, 2017), España (Guerrero; Ramos, 2015) y Canadá (Labra; Lacasse, 2015) se encontró que los jóvenes asociaban la vulnerabilidad a contraer la enfermedad como una condición aislada que exclusivamente afectaba a poblaciones calificadas como marginales.

Estas representaciones sociales, condicionadas por los estereotipos, los prejuicios y el estigma, han contribuido a que en los últimos años muchas personas no se reconozcan como una población en riesgo de contraer VIH (Antunes; Vizeu; Bousfield, 2014; Chacón et al., 2014; Earnshaw et al., 2014; Guerrero; Ramos, 2015; Jones; Barrón; Ibarlucía, 2017; Labra; Lacasse, 2015; Quintal; Vera, 2015; Reartes, 2011; Sánchez; Terrón; Lozano, 2016). La baja percepción de vulnerabilidad, la alta exposición a prácticas sexuales de riesgo y la falta de información fiable sobre la enfermedad se han convertido en los principales factores de riesgo para la adquisición del VIH en los adolescentes y los jóvenes de todo el mundo (Guerrero; Ramos, 2015; UNFPA, 2017b).

En este sentido, las percepciones, el estigma, las creencias, las actitudes, los mitos, los prejuicios y los conocimientos construidos socialmente alrededor del VIH y del Sida dan cuenta de las representaciones sociales, que, según Moscovici, crean la comunicación entre los integrantes de una comunidad a partir de códigos (imágenes, figuras, lenguaje verbal y no verbal) que señalan y clasifican el saber y el sentido común de los aspectos culturales (Jodelet, 1985; Jofré; Marín; Yuli, 2005).

Estos, a su vez, pueden convertirse en barreras que interfieren en la información que los jóvenes reciban en las instituciones educativas, las entidades de salud y los medios de comunicación sobre el tema, incrementando de esta forma sus riesgos para adquirir la enfermedad (Chacón; Lugo, 2015). De esta manera, identificar las representaciones sociales de los jóvenes colombianos a la enfermedad podría contribuir al diseño de políticas públicas en salud sexual y salud reproductiva dirigidas a disminuir el estigma y la discriminación hacia la enfermedad.

Esta investigación tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales asociadas al VIH y al Sida en un grupo de jóvenes universitarios colombianos. Para ello, se buscó: (1) identificar las creencias, las opiniones y las actitudes de los jóvenes frente al VIH y al Sida; y (2) reconocer los agentes de socialización en la construcción de ideas asociadas al VIH y al Sida.

Metodología

Diseño

Esta investigación cualitativa se implementó desde un diseño fenomenológico interpretativo, lo que permitió conocer, comprender y describir los fenómenos que construyen los participantes de su realidad y reconocer el rol constructivo de los investigadores en la interpretación de sus experiencias (Willig, 2013).

Participantes

Participaron 18 estudiantes (9 hombres y 9 mujeres) pertenecientes a una universidad de Cali (Colombia), con edades comprendidas entre los 18 y los 21 años. Como criterios de inclusión se tuvo en cuenta que: (1) los participantes fueran mayores de edad, (2) que estuvieran matriculados en carreras profesionales de la institución durante el periodo académico comprendido entre julio y diciembre de 2017 y (3) que no presentaran alteraciones cognitivas.

Técnicas de recolección de datos

Las técnicas de recolección de datos empleadas fueron las redes semánticas naturales (RSN) y los

grupos de discusión. Las RSN se emplearon para conocer el significado grupal atribuido al VIH y al Sida y obtener así un grupo de palabras que los participantes asociaran con la enfermedad (Hinojosa, 2008).

Los grupos de discusión permitieron profundizar en los campos significativos de la experiencia personal de los participantes. La guía de preguntas que se utilizó en los grupos de discusión fue validada por dos jueces expertos en Psicología de la Salud, quienes verificaron la pertinencia, la coherencia y la redacción de las preguntas, según los objetivos de la investigación y las categorías de análisis. A partir de los comentarios realizados por los jueces, se ajustaron las preguntas que conformaron la guía final. Las categorías de análisis fueron: (1) opiniones y creencias; (2) actitudes; y (3) agentes de socialización. La elección de las categorías de análisis se realizó a partir de los referentes conceptuales identificados en la revisión de la literatura, la trayectoria de los grupos de investigación vinculados y los objetivos propuestos en esta investigación.

Procedimiento

Después de contar con la aprobación del Comité de Ética de Investigación y de la autorización por parte de los directivos de la universidad para acceder a la población de estudio, se realizó una convocatoria de participación en la investigación a los estudiantes de pregrado de todas las facultades. Para ello, se realizaron invitaciones abiertas por diferentes medios de comunicación durante los dos primeros meses del semestre, periodo comprendido entre julio y agosto del 2017, en las aulas de clase de todas las facultades. Los estudiantes que manifestaron interés en participar diligenciaron un registro con datos personales, en el que autorizaron ser contactados e invitados a sesiones informativas de los objetivos, los alcances y la metodología del proyecto de investigación. Los estudiantes interesados en participar firmaron un consentimiento informado en el que voluntariamente aceptaron formar parte de los grupos de discusión.

Antes de comenzar con los grupos de discusión, se les entregó a los participantes unas hojas en blanco para que registraran en 20 segundos todas las creencias, las emociones y los conocimientos asociados al VIH y al

Sida. Estos grupos tuvieron una duración aproximada de hora y media y se realizaron en salones privados que garantizaran un ambiente confortable entre el moderador y los participantes. Cada grupo estuvo conformado por aproximadamente cinco participantes y fueron orientados por un moderador especialista en el tema y apoyado por un relator capacitado, quien estuvo a cargo de la grabación en audio de las sesiones y del registro de la información no verbal.

Análisis de la información

Se realizó un análisis temático a partir de las categorías y de las subcategorías (Mieles; Tonon; Alvarado, 2012). Los relatos de los grupos de discusión se grabaron en audio y se transcribieron textualmente, teniendo en cuenta el lenguaje no verbal y los elementos paralingüísticos. El análisis de los datos se realizó de forma manual, basándose en las categorías de análisis y los objetivos de estudio y siguiéndose el esquema de organización, segmentación y correlación. Después, se complementó el análisis de esta información con el apoyo del programa Atlas.ti (versión 7.5) y se sometió a un proceso de codificación que permitió identificar, analizar y reportar los patrones que se derivaron luego de la lectura de la información recolectada en las RSN y en los grupos de discusión (Mieles; Tonon; Alvarado, 2012). Los resultados obtenidos se discutieron en un grupo conformado por el equipo de investigación. De este modo, la triangulación de la información por investigadores evitó que sus sesgos interfirieran en la codificación de la información y posibilitó facilitar la comparación sistemática y estandarizada del fenómeno de estudio.

Consideraciones éticas

Esta investigación estuvo orientada por la Resolución n.º 008430 de 1993 del Ministerio de Salud, que expone las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud con seres humanos. Además, se tuvieron en cuenta las consideraciones éticas definidas en el Manual Deontológico y Bioético de Psicología y la Ley n.º 1.090 de 2006, que regula el ejercicio de la Psicología en Colombia.

Resultados y discusión

En este apartado se presentan los resultados obtenidos de las RSN y de los grupos de discusión realizados a los 18 estudiantes universitarios que participaron en esta investigación. La muestra estuvo conformada por estudiantes de la Facultad de Humanidades y Ciencias Sociales, de la Facultad de Ciencias de la Salud y de la Facultad de Ciencias Económicas. Con el fin de proteger la confidencialidad de la identidad de los participantes, en este artículo se remplazaron sus nombres reales por pseudónimos. Para facilitar la comprensión de estos hallazgos, se muestra, paralelamente, la discusión entre los resultados obtenidos en cada una de las categorías de análisis establecidas y la información reportada en la literatura sobre el tema.

Después de realizar el análisis de las RSN, se obtuvo un conjunto SAM (*Semantic Association Memory*) conformado exclusivamente por las palabras que superaron el 20% del peso semántico de los conceptos VIH y Sida (Hinojosa, 2008). Así, las palabras definidoras que los participantes asociaron al VIH fueron las siguientes: enfermedad (36%), muerte (18%), sexo (15%), dolor (11%), Sida (11%) y miedo (9%). Por su parte, las asociadas al Sida fueron enfermedad (49%), transmisión sexual (15%), muerte (13%), dolor (13%) y VIH (10%).

Las RSN identificadas permiten, por un lado, identificar las representaciones sociales que se han construido históricamente en relación al VIH y al Sida y, por el otro, comprender la forma en que estas asociaciones culturales configuran las creencias, las opiniones y las actitudes que reportaron los participantes frente a esta condición de salud.

Creencias, opiniones y actitudes

Conceptos generales sobre el VIH y el Sida

En los grupos de discusión los participantes evidenciaron algunos conocimientos sobre el VIH y el Sida, como las implicaciones de la enfermedad en el sistema inmunológico de las personas, la duración de los tratamientos y la importancia de métodos de barrera para evitar la adquisición del virus. No obstante, se identificaron algunas brechas de información, como el desconocimiento de los

conceptos teóricos básicos del VIH y del Sida, de las diferencias entre estas condiciones de salud y de los posibles riesgos de ciertos fluidos corporales en la adquisición de la enfermedad.

La mayoría de los participantes reconocieron el VIH como una enfermedad de transmisión sexual que se caracteriza por debilitar el sistema inmunológico, por ser asintomática en algunas ocasiones, por transmitirse por fluidos corporales y por requerir de un tratamiento crónico. En cambio, consideraron el Sida como un síndrome que genera debilitamiento en las defensas y que provoca que el VIH se manifieste por medio de signos y de síntomas:

Lo que yo sé es que es una enfermedad de transmisión sexual que puede ser transmitida por determinados fluidos que afectan el sistema inmunológico y que puede ser transferido a los hijos a través del parto. (Juan, 21 años)

Diferencias entre el VIH y el Sida

Respecto a las diferencias entre el VIH y el Sida, se encontró que muchos desconocían si estas dos condiciones de salud eran iguales. Otros, por su parte, entendían el Sida como una etapa avanzada o terminal del VIH o como la parte sintomática del VIH:

Pues... o sea, yo tenía entendido que [el Sida] es como la etapa más grave del virus, que ya no puede transformarse en algo más, y que en esa fase estás propenso a otras enfermedades. (Érika, 19 años)

Yo, en realidad, pensé que era lo mismo, no sabía, así como lo dijo ahora mi compañera, que era una fase terminal... yo pensé que era igual, pensé que VIH y Sida eran sinónimos, y ya. (Natalia, 21 años)

En las narrativas y en las RSN se evidenció que una parte de los participantes describieron el Sida como una etapa terminal de la enfermedad que genera afectaciones en la apariencia física y que desencadena en la muerte. Estos hallazgos son consistentes con otras investigaciones (Antunes; Vizeu; Bousfield, 2014; Belza et al., 2014; Brand; Palacios; Bermudez, 2016; Chacón; Lugo, 2015; Fuster et al., 2014; Labra; Lacase, 2015; Morales; Espada; Orgilés, 2016; Revuela et al., 2012; Sánchez; Terrón;

Lozano, 2016) y ponen en relieve una representación social que estereotipa la apariencia física de las personas con la enfermedad.

Formas de transmisión del VIH

Los participantes resaltaron elementos de transmisión del virus como las relaciones sexuales (bucogenitales, anales o vaginales) sin protección, el uso compartido de jeringas en las transfusiones de sangre y la transmisión materno infantil. Si bien aseguraron que la enfermedad no se transmite por establecer contacto con una persona con el diagnóstico, varios evidenciaron no estar seguros de si era posible adquirir el VIH por medio del intercambio de fluidos corporales como la saliva:

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

Aunque muchos consideraron que todas las personas son vulnerables a adquirir el VIH, reconocieron que existe una mayor exposición a la enfermedad en las personas que se dedican al trabajo sexual, que son de orientación homosexual o que tienen encuentros sexuales de riesgo. En las narrativas se observó, igualmente, la creencia generalizada de que solo es necesario utilizar el condón en las relaciones sexuales con personas desconocidas:

Desde mi percepción uno adquiere la enfermedad por irresponsabilidad [...] Por ejemplo, en una relación de pareja uno se confía, se deja llevar por el momento. Eso le pasa mucho las mujeres casadas, que confían en sus maridos y muchas veces ellos se van a buscar prostitutas o travestis, entonces llegan y le pegan el VIH. Ellas piensan que ellos también le estaban siendo fieles. (Marta, 20 años)

Yo creo que en esas edades hay mucha promiscuidad y falta de educación, entonces como que es muy

frecuente que los jóvenes se dejen llevar por el momento o por lo que se dice: que con condón no se siente o que a las mujeres no les gusta el condón. Por estas creencias y estos hábitos es que pasan este tipo de cosas. (Juan, 21 años)

En concordancia con otras investigaciones, se identificó que la baja percepción de riesgo reportada por los jóvenes hacia el VIH se asocia con la confianza de estar en el contexto de relaciones sentimentales estables y bajo uso de protección (Chacón et al., 2014; Guerrero; Ramos, 2015; Quintal; Vera, 2015; Reartes, 2011; Sánchez; Terrón; Lozano, 2016), lo que contribuye a la construcción de representaciones sociales en las que se considera el VIH una enfermedad de “otros” (Earnshaw et al., 2014; Jones; Barrón; Ibarlucía, 2017; Labra; Lacase, 2015). Esta situación resalta dos aspectos fundamentales: (1) que los adolescentes y los jóvenes delegan la confianza en la pareja o en cualquier otra persona socialmente cercana por no considerarla perteneciente a un grupo de riesgo, y (2) que la baja percepción de riesgo obstaculiza las posibilidades de tomar medidas de protección de barrera frente a sus prácticas sexuales. Ambos aspectos influyen directamente en la disminución de la susceptibilidad y de la autoeficacia percibida por los adolescentes y los jóvenes frente al riesgo de contraer esta enfermedad (Uribe; Vergara; Barona, 2009).

La representación social de considerar el VIH una enfermedad de “otros” genera conductas de riesgo para adquirir el VIH y refuerza la idea reportada en la literatura de que el riesgo recae únicamente en ciertos grupos sociales (Jones; Barrón; Ibarlucía, 2017; Labra; Lacasse, 2015; Quintal; Vera, 2015). Intensifica, también, una construcción social excluyente hacia estas poblaciones, que afecta sus dinámicas de vida y de inclusión en la sociedad y potencializa el rechazo de la diversidad cultural y sexual. En consecuencia, se perpetúa la división cultural y el inicio de una estructura social inequitativa hacia las personas categorizadas en riesgo y hacia las personas que conviven con la enfermedad. Como se evidencia en las narrativas, la historia del inicio de la epidemia del VIH y su asociación con poblaciones específicas - homosexuales, trabajadores sexuales, consumidores

de sustancias psicoactivas, poblaciones marginales, entre otras- influye todavía en las representaciones sociales de muchos adolescentes y jóvenes (Cardona; Arboleda; Rosero, 2013; Earnshaw et al., 2014; Guerrero; Ramos, 2015; Jones; Barrón; Ibarlucía, 2017; Labra; Lacasse, 2015; Reartes, 2011).

Pruebas de detección del VIH

En general, los participantes aseguraron ser conscientes de la existencia de una prueba para detectar el VIH. No obstante, una gran parte de ellos afirmaron desconocer el nombre y el tipo de pruebas específicas disponibles en la actualidad en Colombia:

La prueba de sangre es la que más conozco yo, pero no estoy seguro... tal vez esté mal, pero creo que hay una de saliva, no estoy seguro, tal vez leí mal, pero no sé... (Mario, 20 años)

Destacaron, del mismo modo, las dificultades de acceso y la falta de conocimiento como las principales barreras que habían percibido para realizarse la prueba. Se evidenció, además, que muchos desconocían el sistema de salud y los laboratorios privados como lugares de acceso a la prueba:

Yo me realicé la prueba porque me sentí en riesgo [...] Me la dieron y el costo no me pareció muy elevado por medio del servicio de salud [...] Yo tengo entendido que uno puede solicitarla constantemente, pues he escuchado que es bueno realizársela si uno tiene una pareja o actividades sexuales recurrentes, y que es necesario hacérsela cada seis meses. (Andrés, 21 años)

Los participantes refirieron sentir miedo y ansiedad ante la posibilidad de realizarse la prueba y obtener un posible resultado positivo, así como de tener que enfrentar los cambios que implicarían vivir con la enfermedad:

En mi opinión, yo diría que miedo porque siento que va a determinar mi futuro, o sea, cómo voy a vivir mi vida. ¡Miedo! (Erika, 19 años)

A mí me genera ansiedad y miedo antes, durante y después. Ninguna de las veces que me la he realizado puedo decir que he estado tranquilo, así no haya

tenido una conducta que yo diga que ha sido de riesgo... siempre he estado nervioso, siempre he tenido miedo. (Sebastián, 21 años)

A pesar de que reconocen sentir miedo, la mayoría menciona no haber estado expuestos a situaciones de riesgo al encontrarse en relaciones de parejas estables o por no haber tenido un gran número de parejas sexuales. Al igual que en otros estudios, se identificó que los principales motivos por los que estarían dispuestos a realizarse la prueba serían por sentir que tuvieron comportamientos de riesgo como relaciones sexuales sin usar algún método de barrera, prácticas sexuales con desconocidos o por saber o sospechar que su pareja sexual fue diagnosticada con VIH (Belza et al., 2014; Fuster et al., 2014; Morales; Espada; Orgilés, 2016; Peralta et al., 2007).

En cuanto a las actitudes hacia la realización de la prueba, si bien se observa que algunos reconocen que un examen de sangre ayuda a determinar si un individuo tiene VIH, la mayoría de ellos afirmaron desconocer las pruebas específicas existentes y destacaron la resistencia y el miedo que tenían de acudir a su institución de salud por temor a que en los resultados se evidenciara la presencia del virus. Las actitudes positivas hacia el uso de la prueba, como han indicado otros estudios, no implican una mayor realización (Espada et al., 2015; Morales; Espada; Orgilés, 2016). Estos resultados destacan la necesidad de trabajar en brindar asesorías sobre las pruebas específicas de detección del virus, en contribuir al reconocimiento de los diversos beneficios de realizarse la prueba y en facilitar los medios de acceso a este grupo poblacional.

Personas diagnosticadas con VIH o Sida

Los participantes consideraron que después de ser diagnosticados con Sida las personas presentan síntomas y cambios físicos. Contrarios a las opiniones de la mayoría, algunos afirmaron que no hay relación entre la evolución o el avance de la enfermedad y la aparición de síntomas que evidencien un deterioro físico perceptible:

No es fácil, o sea, no se identifica físicamente a las personas que tengan VIH, porque es una enfermedad

bastante tratable, entonces no podríamos darnos cuenta [...] Creo que las personas con Sida presentan síntomas determinados hacia la enfermedad, especialmente respiratorios; empiezan a tener unas llagas en la piel, no sé causadas por qué enfermedad, pero se les ve reducido el peso... (Sebastián, 21 años)

Refirieron, también, que recibir el diagnóstico de VIH podría generarles sorpresa y que podrían cambiar su interacción a nivel social, pues algunos consideran esta enfermedad como una condición asociada a la exclusión y a la discriminación:

De pronto no es algo que se va a decir a los cuatro vientos, no creo que eso sea lo deseable para ellos, porque es muy posible que se puedan llegar a sentir distanciados por la sociedad, avergonzados o discriminados [...] Cuando mi compañero me contó que tenía Sida, me vio como la cara de asombro y me dijo: “¿estás bien?”, “¿pasó algo?”, “¿hay algún problema con que yo tenga la enfermedad?” [...] Puede existir la probabilidad de que te discriminen en alguna situación. (Andrés, 21 años)

Al consultarles acerca de los derechos sexuales y reproductivos de las personas con VIH, la mayoría de los entrevistados opinaron estar en desacuerdo con que tengan relaciones sexuales debido al incremento de las probabilidades de transmisión de esta enfermedad:

Yo pienso que es un riesgo, pero si esa persona que está teniendo relaciones con una persona con VIH está tomando las medidas, si las dos personas se están cuidando, como que no lo considero tan de riesgo [...] No sé, si por ejemplo en sexo oral u otras cosas, ya si lo miraría como arriesgado, pero son conductas de ellos, pero yo a la primera pensaría que es arriesgado. (Érika, 19 años)

Resaltaron, además, la responsabilidad que tienen de informar a sus parejas su condición de salud y de utilizar siempre protección durante sus relaciones sexuales:

Tiene que tener mucha responsabilidad, porque si va a tener una relación sexual con otra persona,

tiene que informar, es lo que me imagino yo [...] Al ser portador del VIH, creo que tiene que tener mucha responsabilidad de informar y decir siempre que tiene la enfermedad... (Álvaro, 18 años)

En general, manifestaron respetar la decisión de las personas de tener o no prácticas sexuales con otras que tienen VIH o Sida. No obstante, la mayoría de los participantes afirmaron que no estarían dispuestos a correr el riesgo de contraer la enfermedad, aunque se tratase de su pareja o de alguien cercano a quien aprecian:

No, a mí me daría pánico [...] El hecho de que tenga esa enfermedad, ya para mí es horrible y me generaría un pánico de riesgo porque cualquier posibilidad, por mínima de adquirir la enfermedad que sea, ya es duro. (Julio, 20 años)

En las narrativas se identificaron representaciones sociales que dan cuenta del estigma y de la discriminación hacia las personas con VIH y que permean las actitudes favorables o desfavorables frente a la enfermedad. Aunque algunos aseguraron tener actitudes basadas en el respeto y en la inclusión, otros afirmaron que no estarían dispuestos a interactuar con una persona con VIH por la posibilidad de transmisión de la enfermedad. Los principales motivos por los que algunos participantes consideraron no ser capaces de relacionarse con las personas en esta condición de salud fueron porque se consideran escrupulosos, porque no tienen claro las formas de transmisión y de prevención de la enfermedad y por el miedo a la exposición. Lo anterior se evidencia en la investigación de Uribe, Orcasita y Vergara (2010), en la que se encontró una asociación entre los conocimientos de los adolescentes y los jóvenes frente al VIH y las actitudes favorables frente a las personas con esta condición de salud.

Los participantes afirmaron que aunque inicialmente sería algo impactante recibir la noticia de que alguien cercano a su familia tuviera diagnóstico positivo de VIH, creerían que su actitud no cambiaría, por el contrario podrían ser más considerados por su condición de salud. Resaltan la educación en VIH como un aspecto clave en todas

las personas y, en especial, en aquellas que rodean a la persona con esta enfermedad:

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

Como se pudo observar en los grupos focales, varios participantes aseguraron estar en desacuerdo con que las personas con VIH tuvieran relaciones sexuales, por temor a la difusión del virus a otras personas, o las que rechazaron la posibilidad de tener relaciones sexuales con personas con la enfermedad por el riesgo que les podría implicar para su salud. Estas afirmaciones se centraron en las personas que no tienen o no conocen su estado serológico, pero no en aquellos que tienen el diagnóstico, quienes también se exponen en una relación sexual sin protección a la posibilidad de reinfección o de adquisición de otra infección de transmisión sexual. Otros participantes, en cambio, reconocieron que la vivencia plena de la sexualidad es un derecho.

Resulta llamativo que la mayoría de los participantes reconocieron la responsabilidad que tenían las personas con VIH de informar a sus parejas sexuales de su condición de salud y de protegerse siempre durante este tipo de prácticas. Este planteamiento puede excluir la responsabilidad de todos los participantes para asumir un autocuidado no supeditado a otra persona durante la relación sexual, así como el derecho a la confidencialidad. En este aspecto, es importante destacar que la representación social de creer irresponsables a las personas por contraer la enfermedad aumenta el estigma hacia la población con el diagnóstico y refuerza la falta de autocuidado en las prácticas sexuales de los jóvenes (Labra; Lacase, 2015; Fleury; Alves; Galinkin, 2010).

En relación a las actitudes hacia las personas con VIH, se encontró que algunos manifestaron estar dispuestos a brindar un apoyo basado en el respeto

y en la inclusión, mientras que otros aseguraron que recurrirían a diversas maneras de cuidado, pero que evitarían el contacto físico. Por otro lado, si se tratase de una persona conocida con VIH muchos argumentan que seguirían conservando la distancia física y otros que tendrían mayor consideración y apoyo.

Agentes de socialización

Los jóvenes refirieron que la educación sobre sexualidad debería ofrecerse desde la primera infancia y manifestaron que la responsabilidad debería estar principalmente en manos de los padres. Afirmaron que la educación sexual que han recibido en sus colegios o en sus casas ha estado más centrada en el placer o en la evitación del embarazo que en los posibles riesgos de adquirir infecciones de transmisión sexual:

Yo creería que es por la falta de información que ellos también toleran, porque ellos no están bien informados, a veces les da pena hablar también por el tabú que ellos tienen, si ellos no están informados pues no nos van a informar bien de eso [...] Yo pienso que principalmente los padres, porque después que los padres tengan esa mentalidad y sepan instruir a los hijos ya para el colegio, es más fácil tratar esos temas y no volvería tan complicado que el colegio hablara esos temas o esos tipos de materia, para que los demás conozcan de ahí ya el colegio. (Andrea, 18 años)

Como se reportó en las investigaciones de Elliott (2010), Jones (2010) y Sevilla et al. (2016), las principales fuentes de información sobre sexualidad fueron los pares, los padres, la familia, el internet y las instituciones educativas. Al respecto, algunos participantes aseguraron que están más centrados en la protección de la enfermedad que en informar de manera más amplia sobre las infecciones de transmisión sexual (ITS) y la vivencia plena de la sexualidad. Del mismo modo, expresaron conversar poco sobre el VIH, y en caso de hacerlo aseguraron que fue de forma autónoma y autodidacta:

Los medios de comunicación muestran más las estadísticas y en el qué vamos en el VIH y el Sida,

que en detenerse en qué es, cómo prevenirlo o en informaciones sobre la prueba diagnóstica [...] Esa información la he encontrado más en redes sociales que la televisión, y es por trabajo personal que he ampliado más el tema. (Sebastián, 21 años)

Consideraciones finales

Esta investigación tuvo como objetivo comprender las representaciones sociales asociadas al VIH y al Sida en estudiantes universitarios colombianos. Esto se logró por medio del reconocimiento de las creencias, de las opiniones y de las actitudes vinculadas a la enfermedad y hacia las personas con VIH, así como de los agentes de socialización implicados en dichas construcciones.

Como se observó en líneas anteriores, las representaciones sociales se forman bajo los vínculos sociales y familiares y favorecen la construcción de significados que el individuo apropia y transforma según su contexto sociocultural. En los participantes se reconocen conocimientos construidos por la relación con el otro en sus diferentes contextos de interacción. Las representaciones sociales son conocimientos propios, cuyo proceso y contenido de construcción se apoyan de acuerdo con las tradiciones, trayectorias y cosmovisiones de vida de los contextos familiares, educativos y sociales en los que se desenvuelven las personas.

Las narrativas denotan que las opiniones, las creencias, las actitudes y los agentes de socialización sobre información relacionada con el VIH y el Sida son similares independientemente del género o de la edad. Los conocimientos construidos son brechas que les pueden tornar más vulnerables a la enfermedad. Es indispensable, por tanto, desarrollar estrategias que permitan romper paradigmas y adquirir información basada en la evidencia científica.

Los resultados obtenidos invitan a reflexionar acerca de las representaciones sociales históricamente construidas alrededor de la enfermedad. Los relatos de los jóvenes visibilizan las representaciones sociales atribuidas al VIH como una enfermedad asociada a un dictamen de desgaste y muerte. Esta concepción errada de la enfermedad puede impactar socialmente en la

posición que los adolescentes y los jóvenes asuman frente a la enfermedad, en las prácticas preventivas y en la forma de interactuar con las personas con el diagnóstico.

Las experiencias personales, familiares o de pares con relación a la enfermedad, así como la posición de la cultura y la sociedad, condicionan las actitudes de los jóvenes a las personas con VIH o Sida. Se puede comprender que muchos participantes han desarrollado creencias, comportamientos y sentimientos hacia esta población basadas en el estigma y en la falta de información sobre la enfermedad (etiología, tratamiento, formas de transmisión, implicaciones psicosociales, entre otras).

Igualmente, se evidenció que muchos no reconocen la importancia de las campañas de prevención de las ITS, ya sea por sus actividades cotidianas o por preferir otras fuentes de información más populares y de más fácil acceso, como el internet. En este punto, la educación en salud se considera un elemento fundamental para desarrollar metodologías que contribuyan a la deconstrucción de las creencias, las opiniones y las actitudes negativas sobre la enfermedad, favoreciendo, así, conductas que promuevan hábitos saludables e interacciones equitativas, justas y humanizadas, independientemente de los estados serológicos, las condiciones sociales o las prácticas sexuales, por ejemplo. Lograr la interiorización de los conceptos sobre la importancia de un cuidado de una sexualidad responsable desde dinámicas innovadoras, integradas y transversales a los diferentes momentos del curso de vida y escenarios de participación de los adolescentes y los jóvenes debe ser un reto para los diversos agentes de socialización involucrados, especialmente el rol de los agentes educativos, familiares y los medios de comunicación.

Una de las limitaciones de este estudio fue que las resistencias percibidas en los estudiantes universitarios para hablar sobre el VIH y el Sida pudieron restringir que se expresaran abiertamente durante los grupos de discusión. Si bien se observó una dinámica comunicativa tranquila y fluida en los grupos, se resaltan algunos momentos de incomodidad para conversar sobre ciertos tópicos, específicamente en asuntos relacionados con la

homosexualidad y con la posibilidad de tener un integrante en la familia con VIH. En este sentido, se recomienda que futuras investigaciones consideren complementar los grupos de discusión con entrevistas en profundidad en que los participantes puedan comunicar con mayor libertad su perspectiva respecto a los diferentes temas de estudio.

Referencias

- ANTUNES, L.; VIZEU, B.; BOUSFIELD, A. Representações sociais e estereótipos sobre aids e pessoas que vivem com HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Prática*, São Paulo, v. 16, n. 3, p. 43-57, 2014.
- BELZA, M. J. et al. Low knowledge and anecdotal use of unauthorized online HIV self-test kits among attendees at a street-based HIV rapid testing programme in Spain. *International Journal of Infectious Diseases*, Hamilton, v. 25, p. 196-200, 2014.
- BRAND, L.; PALACIOS, L.; BERMUDEZ, V. Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Revista Ciencias de la Salud*, Bogotá, v. 15, n. 1, p. 59-70, 2016.
- CARDONA, J.; ARBOLEDA, P.; ROSERO, C. Conocimientos, actitudes y prácticas acerca de infecciones de transmisión sexual en adolescentes del municipio de Caldas (Colombia). *Revista en Salud Uninorte*, Barranquilla, v. 29, n. 2, p. 236-248, 2013.
- CHACÓN, L.; LUGO, M. Representaciones sociales de padres de adolescentes sobre la sexualidad en San José de Cúcuta, Colombia. *Revista Mundo Fesc*, Santander, v. 5, n. 9, p. 22-44, 2015.
- CHACÓN, M. et al. Sex practices and knowledge about HIV/AIDS among drug users in a low income urban community of Costa Rica. *Health and Addictions*, San Juan, v. 14, n. 1, p. 27-36, 2014.
- EARNSHAW, V. et al. Exploring intentions to discriminate against patients living with HIV/AIDS among future health care providers in Malaysia. *Tropical Medicine and International Health*, Oxford, v. 19, n. 6, p. 672-679, 2014.
- ELLIOTT, S. Parents' constructions of teen sexuality: sex panics, contradictory discourses, and social inequality. *Symbolic Interaction*, Berkeley, v. 33, n. 2, p. 191-212, 2010.
- ESPADA, J. P. et al. Sexual risk behaviors increasing among adolescents over time: comparison of two cohorts in Spain. *AIDS Care*, London, v. 27, n. 6, p. 783-788, 2015.
- FLEURY, E.; ALVES, T.; GALINKIN, A. Opiniões de jovens universitários sobre pessoas com HIV/AIDS: um estudo exploratório sobre preconceito. *Psico-USF*, Campinas, v. 15, n. 1, p. 103-112, 2010.
- FUSTER, M. J. et al. Determinants of late diagnosis of HIV infection in Spain. *Psychosocial Intervention*, Madrid, v. 23, n. 3, p. 177-185, 2014.
- GUERRERO, L.; RAMOS, A. Conocimiento, actitudes y creencias de los adolescentes sobre el VIH/Sida. *Metas de Enfermería*, Madrid, v. 18, n. 9, p. 68-75, 2015.
- HINOJOSA, G. El tratamiento estadístico de las redes semánticas naturales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, Tamaulipas, v. 18, n. 1, p. 133-154, 2008.
- HOYOS, P.; DUARTE, C. Roles y desafíos de mujeres jefas de hogar con VIH/Sida. *Revista Salud Pública*, Bogotá, v. 18, n. 4, p. 554-567, 2016.
- INS - INSTITUTO NACIONAL DE SALUD. *Informe de gestión*: Instituto Nacional de Salud 2016. Bogotá, 2016.
- JODELET, D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. In: MOSCOVICI, S. *Psicología Social I*. Barcelona: Paidós, 1985. p. 469-494.
- JOFRÉ, M.; MARÍN, L.; YULI, M. La representación social sobre el Sida en profesionales de la salud. *Psicología y Salud*, Xalapa, v. 15, n. 1, p. 13-23, 2005.
- JONES, D. E. Diálogos entre padres y adolescentes sobre sexualidad: discursos morales y médicos en la reproducción de las desigualdades de género. *Interface: Comunicação, Saúde e Educação*, Botucatu, v. 14, n. 32, p. 171-182, 2010.
- JONES, D. E.; BARRÓN, S.; IBARLUCÍA, I. (Coord.). ¿Qué piensan y hacen las personas ante el VIH y el

Sida? Un estudio sobre significados asociados al VIH y al sida en población general en Argentina. Buenos Aires: Ministerio de Salud de la Nación, 2017. Recuperado de <https://bit.ly/2uytBaZ>

LABRA, O.; LACASSE, A. Représentations sociales du VIH/Sida chez les étudiants de niveau universitaire d'une région éloignée du Québec. *Canadian Social Work Review*, Ottawa, v. 32, n. 2, p. 167-186, 2015.

MIELES, M.; TONON, G.; ALVARADO, M. Investigación cualitativa: el análisis temático para el tratamiento de la información desde el enfoque de la fenomenología social. *Universitas Humanística*, Bogotá, v. 74, p. 195-225, 2012.

MORALES, A.; ESPADA, J. P.; ORGILÉS, M. Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention*, Madrid, v. 25, n. 3, p. 135-141, 2016.

OMS - ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD. *Global Health Observatory (GHO) data*. 2015. Disponible em: <<https://bit.ly/2HvJdT0>>. Acceso em: 13 mar. 2019.

ONUSIDA - PROGRAMA CONJUNTO DE LAS NACIONES UNIDAS SOBRE EL VIH/SIDA. *Prevenir el VIH en grupos de población clave*. 22 nov. 2016. Disponible em: <<https://bit.ly/2u6yre3>>. Acceso em: 13 mar. 2019.

PERALTA, L. et al. Barriers and facilitators to adolescent HIV testing. *AIDS Patient Care and STDs*, Larchmont, v. 21, n. 6, p. 400-408, 2007.

QUINTAL, L.; VERA, L. Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la diáspora migración y VIH/Sida entre mujeres mayas de Yucatán. *Estudios de Cultura Maya*, Ciudad de México, v. 46, p. 197-226, 2015.

REARTES, D. La comunidad y la ciudad como referentes en la construcción social de riesgos frente al VIH-Sida entre jóvenes estudiantes hablantes de lenguas indígenas de los Altos de Chiapas. *Desacatos*, Ciudad de México, n. 35, p. 59-74, 2011.

REVUELA, G. et al. *Informe Quiral 2012: la comunicación pública en torno al sida y el VIH*.

Barcelona: Fundació Vila Casas, 2012. Disponible em: <<https://bit.ly/2TKMUun>>. Acceso em: 13 mar. 2019.

SÁNCHEZ, M.; TERRÓN, J.; LOZANO, J. Estigmatización y usos léxicos en el tratamiento informativo del VIH/sida en cinco diarios mexicanos de 2012 a 2013. *Comunicación y Sociedad*, Guadalajara, n. 25, p. 71-100, 2016.

SEVILLA, T. M. et al. Consistencies and discrepancies in communication between parents and teenage children about sexuality. *Paidéia*, Ribeirão Preto, v. 26, n. 64, p. 139-147, 2016.

UNFPA - FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Informe anual 2016*. Bogotá, 2017a. Disponible em: <<https://bit.ly/2T6Pve1>>. Acceso em: 13 mar. 2019.

UNFPA - FONDO DE POBLACIÓN DE LAS NACIONES UNIDAS. *Mundos aparte: la salud y los derechos reproductivos en tiempos de desigualdad*. New York, 2017b. Disponible em: <<https://bit.ly/2xPUxAQ>>. Acceso em: 13 mar. 2019.

URIBE, A. F.; ORCASITA, L. T.; VERGARA, T. Factores de riesgo para la infección por VIH/Sida en adolescentes y jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, Bogotá, v. 13, n. 1, p. 11-24, 2010.

URIBE, A. F.; VERGARA, T.; BARONA, C. Susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/Sida en adolescentes de Cali-Colombia. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, Manizales, v. 7, n. 2, p. 1513-1533, 2009.

WILLIG, C. *Introducing qualitative research in psychology*. Berkshire: McGraw Hill House, 2013.

Contribución de los autores

Hoyos-Hernández es la investigadora principal del estudio, líder en el y ejecución de la propuesta de investigación, y Orcasita Pineda es coinvestigadora. Hoyos Hernández, Sanabria Mazo, joven investigador del estudio, y Orcasita Pineda analizaron los datos. Valenzuela, González y Osorio apoyaron la transcripción de los grupos. Todos los autores participaron en la recolección de los datos y la escritura del artículo.

Recibido: 29/01/2019
Aprobado: 28/02/2019