Adaptación de instrumento para evaluar estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA y su relación con accesos a prevención y diagnóstico para VIH en estudiantes universitarios

José Alfredo Mejía (Asesor)

Laura Alejandra Carrillo Guzmán

Universidad El Bosque
Facultad de Psicología
Especialización en psicología Médica y de la Salud
Julio 2020

UNIVERSIDAD EL BOSQUE

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

TRABAJO DE GRADO

NOTA DE SALVEDAD

La Facultad de Psicología de la Universidad El Bosque informa que los conceptos, datos e información emitidos en el trabajo de grado emitidos en el trabajo de grado titulado:

Adaptación de instrumento para evaluar estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA y su relación con accesos a prevención y diagnóstico para VIH en estudiantes universitarios

Presentado como requisito para optar por el título de Especialista en Psicología Médica y de la Salud, es responsabilidad del autor quien reconoce ante la Universidad que éste trabajo ha sido elaborado de acuerdo con los criterios científicos y éticos exigidos por la disciplina y Facultad.

Agradecimientos

A Dios por brindarme siempre fortaleza espiritual para continuar con mis proyectos aun cuando sentía flaquear en este proceso.

Mis agradecimientos a quien me asesoro en el Trabajo de Grado: Alfredo Mejía, por el seguimiento, el tiempo y enseñanza brindada. A la Universidad y el programa de la Especialización en Psicología Medica y de la Salud por su formación integral.

Dedicatoria

Este trabajo va dedicado en primer lugar a Dios y posteriormente a mi familia ya que esto no hubiese sido posible sin el apoyo de ellos que son los que cada día de manera comprensiva y amorosa me apoyan en cada decisión y proyecto; además, porque son mi principal motivación para perseverar en mis metas sin importar lo difícil que sea el camino, es por eso y por muchas cosas más que este logro se los dedico a ellos.

Laura Alejandra Carrillo Guzmán

Adaptación de instrumento para evaluar estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA y su relación con accesos a prevención y diagnóstico para VIH en estudiantes universitarios

Laura Alejandra Carrillo Guzmán

Resumen

El presente estudio tuvo como objetivo realizar el diseño y reconocimiento de la funcionalidad del instrumento sobre estigma y discriminación asociado al VIH y al Sida, y su relación con acceso a diagnóstico para VIH y comportamientos de prevención, en estudiantes universitarios. Diseñado a partir de revisión bibliográfica. A manera de piloto, con una metodología cualitativa y una entrevista cognitiva grupal. Participaron 11 estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad El Bosque. La interpretación fue bajo dos perspectivas teórico- metodológicas, por un lado, la fenomenología y por el otro la hermenéutica. Se obtuvo un instrumento tipo cuestionario cuantitativo el cual se compone por 37 ítems. Se ajustó la redacción de los ítems 29 y 37. Se reconoce la funcionalidad del instrumento en estudiantes universitarios; se identificaron dificultades en la comprensión de dos preguntas, las cuales fueron ajustadas; y también se concluye que no existen reacciones del nivel emocional en el diligenciamiento del cuestionario. Finalmente se establece la importancia que tiene abordar desde la investigación en psicología de la salud. Para continuar con el proceso se recomienda la realización de un análisis psicométrico del instrumento y sus respectivos ajustes; así como la implementación del protocolo de investigación para identificar las formas en que le estigma y la discriminación asociados a la infección por VIH-Sida se constituyen en barreras de acceso a servicios como uso de preservativo y el diagnóstico de VIH en estudiantes universitarios en el que se inserta el presente ejercicio de investigación.

Palabras clave: Estigma y discriminación, acceso a condón y a servicios de salud, adaptación de instrumento, entrevista cognitiva.

Psicóloga. Laura Alejandra Carrillo Guzmán

Tabla de Contenido

Capítulo primero 7

Introducción 7

Justificación 9

Objetivo General 12

Objetivos específicos 12

Capítulo segundo 13

Contextualización sobre el VIH-SIDA y su relación con el estigma y discriminación asociados a su relación con el acceso a diagnóstico y comportamientos de prevención en jóvenes universitarios 13

Referentes empíricos 13

- **Estigma y discriminación asociados al VIH-Sida en población joven.** 13
- **Uso del preservativo en población en población joven.** 17
- **Acceso a diagnóstico para VIH en población joven.** 18

Conocimientos e información sobre el virus de Inmunodeficiencia Humana 19

Actitudes relacionadas con el VIH-SIDA 21

Acceso a la prueba diagnóstica del VIH 22

Actitudes para el uso del preservativo 22

Barreras de acceso a servicios de salud 23

Estigma y la discriminación asociados a la infección por VIH 24

Autocuidado de la salud 26

Capítulo Tercero 28

Método 28

Diseño de la investigación 28

Población sujeta de estudio 29

Categorías de análisis 29

Instrumento 30

Procedimiento 30

Diseño y adaptación del instrumento. 30

Obtención de la versión consensuada. 31

Obtención del cuestionario final. 31

Consideraciones éticas 32

Viabilidad del estudio 33

Capítulo cuarto 34

Resultados 34

Capítulo quinto 42

Discusión 42

Referencias 47

Lista de Tablas

Tabla 1
Compresión de los contenidos del cuestionario 35

Tabla 2
Utilidad del instrumento 36

Tabla 3
Respuestas emocionales ante temas y las preguntas 37

Tabla 4
Respuestas emocionales ante temas y la preguntas 39

Tabla 5
La construcción de las preguntas 40

Lista de Figuras

Figura 1. Procesos de estigmatización y su relación con los prestadores de servicios de salud. 25

Lista de Apéndices

Apéndice A. Consentimiento Informado 51

Apéndice B. Instrumento 52

Apéndice C. Entrevista cognitiva 57

Apéndice D. Código de transcripción 58

Tabla de acrónimos

Abreviatura	Significado
ITS	Infección de transmisión sexual
VIH	Virus de la inmunodeficiencia humana
SIDA	Síndrome de la inmunodeficiencia adquirida
SIVIGILA	Sistema de vigilancia en salud pública
ONUSIDA	Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA
OMS	Organización Mundial de la Salud
TAR	Tratamiento Antirretroviral
ODS	Objetivos de Desarrollo Sostenible
UNICEF	Agencia de las Naciones Unidas para la Infancia
CDC	Centro de Control de Enfermedades

Capítulo primero

Introducción

El presente trabajo hace parte del protocolo sobre Estigma y Discriminación Asociado al VIH/SIDA y su Relación con Accesos a Prevención y Diagnóstico para VIH en Estudiantes de la Universidad el Bosque, debido a las limitaciones en el tiempo y a la sensibilidad relacionada con el tema, no fue posible obtener el aval ético para desarrollo del mismo de manera oportuna, por lo que se propuso avanzar en el primer componente metodológico, que consistió en desarrollar un proceso de diseño y adaptación del instrumento, con el fin de conocer cómo se comportan los estudiantes frente al mismo, identificar la comprensión, los significados y las emociones frente a los temas abordados por este.

La infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y El Síndrome de Inmunodeficiencia adquirido, son considerados desde su descubrimiento como un problema de salud a nivel mundial. En Colombia, de acuerdo con los datos proporcionados por el SIVIGILA, en el año 2017 se reportaron 13.310 nuevos casos por VIH, confirmados por laboratorio, el 79,9% de los casos de VIH/SIDA se registraron en el sexo masculino; el 48,2% pertenecen al régimen contributivo y el 40,9% al subsidiado; el 20,2% fueron registrados en el grupo de edad entre 18 a 29 años donde fueron diagnosticados un total de 5168 (el 38%). En el informe epidemiológico de SIVIGILA a periodo 13 de 2017 se registró un aumento en la notificación del evento comparado con el mismo periodo del año 2016, del 11,0%.

A pesar de que en Colombia se han dado numerosos avances con relación al tema de la salud sexual, reproductiva y en educación acerca de la prevención de las infecciones de

transmisión sexual (ITS), el VIH/SIDA es un tema que aún se discute con dificultad en muchos contextos y todavía persisten diversas creencias erróneas acerca del virus.

Como expone Mora, Álzate y Rubiano (2017), siguen existiendo múltiples barreras, tales como la exclusión social, ignorancia, el estigma y la discriminación, que no le permiten a toda la población acceder a una atención integral de la salud, incluidos el acceso al diagnóstico y los comportamientos de prevención.

En la búsqueda sistemática de información en diferentes bases de datos tales como Google Académico, Web of Science, Sciencedirect, Proquest y otras fuentes nacionales, se identifica que esta temática específica, ha sido poco estudiada en el país, no existen estudios en Colombia que evalúen el efecto que tiene el estigma y la discriminación asociados al VIH, en el acceso a servicios de salud y en los comportamientos para prevenir la infección en población joven, tampoco se encontraron instrumentos que evalúen estas variables de manera integrada, por lo que se torna necesario, el diseño, la adaptación y validación de un instrumento que permita conocer si el estigma y la discriminación asociado al VIH/SIDA se constituyen en barreas para el acceso al diagnóstico y a la prevención del VIH en estudiantes universitarios.

En el marco del protocolo mencionado y con base en una revisión de diferentes estudios nacionales e internacionales se diseñó un instrumento cuantitativo tipo cuestionario, que incluyo cuatro categorías: Información sociodemográfica, Conocimientos sobre VIH-Sida, comportamientos de prevención y acceso al diagnóstico, Actitudes frente al VIH-Sida. El cuestionario tiene un total de 37 preguntas relacionadas con conocimientos básicos sobre VIH-Sida, comportamientos hacia el sexo seguro, comportamientos hacia la prueba del VIH, comportamientos hacia el uso de preservativo y la actitud de estigma y discriminación hacia las personas con VIH, las respuestas son de tipo Likert, de selección múltiple, abiertas y cerradas (Apéndice B).

De acuerdo con lo mencionado, se hace necesario realizar un ejercicio de adaptación del instrumento (cuestionario) para lo cual se propuso una metodología cualitativa y una entrevista cognitiva grupal como herramienta de recolección de información con la que se

buscaba identificar la comprensión, así como los potenciales problemas en la respuesta al instrumento de tipo cualitativo propuesto, en el que participaron 11 estudiantes de la facultad de Psicología de la Universidad El Bosque, previo consentimiento informado.

La información recolectada fue grabada, se realizaron transcripciones textuales de la misma y se realizó un análisis de categorías orientadas por los objetivos específicos, Las preguntas de la entrevista cognitiva grupal, cuyos resultados fueron interpretados a partir de la fenomenología y la hermenéutica como marcos de referencia teórico – metodológicos

Dentro de los principales resultados Se reconoce la funcionalidad del instrumento sobre estigma y discriminación asociado al VIH y al Sida, y su relación con acceso a diagnóstico para VIH y comportamientos de prevención, en estudiantes universitarios; los temas y las preguntas en términos generales fueron de fácil comprensión, se identificaron dificultades en la comprensión de dos preguntas, las cuales fueron ajustadas; y también se concluye que no existen reacciones del nivel emocional en el diligenciamiento del cuestionario. Finalmente se establece la importancia que tiene abordar desde la investigación en psicología de la salud temas relacionados con la infección por VIH-Sida, el estigma y la discriminación asociados a este problema de salud y su relación con los comportamientos de prevención y acceso al diagnóstico en jóvenes universitarios, teniendo en cuenta que según los datos epidemiológicos que los jóvenes se consideran en vulnerabilidad para adquirir el virus.

Justificación

La infección por el VIH y el Sida continúan siendo uno de los mayores problemas para la salud pública mundial, más de 35 millones de personas han fallecido debido a complicaciones relacionadas con la infección; para 2016 el número de personas que murieron fue de un millón en el mundo, aproximadamente 36,7 millones de personas estaban infectadas por el VIH, y en ese año se produjeron 1,8 millones de nuevas infecciones. El 54% de los adultos y el 43% de los niños infectados están en tratamiento antirretroviral (TAR) de por vida (Organización Mundial de la Salud, 2018).

Según Fariñas& Sánchez (2005) el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (VIH-SIDA), se identificó a principios de 1981, y desde entonces se ha convertido en una de las enfermedades más estigmatizadas; Por consiguiente, es importante tener en cuenta el énfasis de investigaciones, marcos referenciales, las causas, las manifestaciones a través de los tiempos, las consecuencias y las posibles intervenciones que se focalizan en el atributo desacreditador en el individuo estigmatizado, en los contextos culturales y sociales que favorecen el proceso de estigmatización y discriminación. Desde una visión evolucionista, se ha sugerido que el estigma y la discriminación subsiguiente se derivan de la necesidad de filtrar daños potenciales como respuesta instintiva para proteger la vida, pero que es seguida por una percepción exagera da de las características amenazadoras, en ocasiones reforzada por las percepciones de otros (Roseval, 2007 citado por McIntosh, 2007).

Por su parte en Colombia la incidencia de VIH/Sida en Colombia ha presentado un aumento progresivo a través del tiempo, en el año 2008 fue de 13,7 casos por 100000 habitantes y para el año 2018, a semana 46, se encuentra en 28,1 casos por 100000 habitantes.

Por grupos de edad, desde el año 2008 a 2018, la mayor proporción de incidencia se observa en el grupo de 25 a 34 años, seguido por los grupos de 15 a 24 años y de 35 a 44 años, respectivamente (Instituto Nacional de Salud 2018).

Lo anterior se contrasta con las cifras dadas por el SIVIGILA se encuentran que los grupos poblacionales con mayor riesgo por edad están entre los 19 a 24 años, siendo diagnosticados un total de 2485 personas (el 18.7%), de 25 a 29 se diagnosticaron 2683 casos (el 20.2%), de 30 a 34 años se reportaron un total de 2010 casos diagnosticados (el 15.1%).

Una de las principales problemáticas asociadas a la infección por el VIH y el Sida, es el fenómeno social del estigma y la discriminación; el estigma consiste en actitudes y creencias negativas hacia las personas afectadas por la condición de VIH o Sida, o hacia las personas consideradas en mayor vulnerabilidad, es un prejuicio al asociar este problema de salud con grupos que no son aceptados socialmente; la discriminación por su parte se define como el comportamiento resultado de estas actitudes o creencias y se entiende como la acción de tratar a las personas con VIH o Sida, o a aquellas consideradas en mayor vulnerabilidad de

manera distinta al resto de las personas (Centro para el control y prevención de las enfermedades CDC 2018).

Según Brown (2001) citado por Logie (2009) El estigma y la discriminación se constituye, en un fenómeno que obstaculiza el acceso a servicios de prevención, diagnóstico y tratamiento de VIH, poniendo así en riesgo la vida de las personas, debido a que las personas que viven con el VIH y las que se encuentran en vulnerabilidad de ser trasmitidos, son objeto de estigmatización y tienen el doble de probabilidades de solicitar asistencia más tarde y esto conlleva a la invisibilidad del VIH con lo que supone dificultad añadida para la vigilancia epidemiológica y con ello, la aplicación práctica de programas de prevención y control. Es por esto por lo que el estigma y la discriminación han favorecido la mayor propagación de la enfermedad. Un estudio de Bermúdez, Piedrahita, Palacios y Posada (2015) evaluó las representaciones simbólicas y estigmatizadas alrededor de enfermedades estigmatizadas como el VIH/Sida y como estas se convierten en una barrera de acceso a servicios de salud, considerado esto como un obstáculo en la prevención y diagnóstico por el desconocimiento sobre la enfermedad.

Dada la importancia de la infección por VIH –Sida, la agenda mundial propone como Objetivo de Desarrollo Sostenible (ODS) el fin de la epidemia para 2030, lo que se traducen en reducir a menos de 500.000 las nuevas infecciones para 2020 y reducir a menos de 20000 las nuevas infecciones para 2030. Para lograr esto proponen entre otras metas para 2020: que 90% de personas con VIH (PVV) (niños, adolescentes y adultos) conozcan su estado serológico; 90% de PVV que conoce conocen su estado serológico reciben tratamiento ARV y el 90% de los que reciben tratamiento tengan su carga viral indetectable. También se requiere entre otras que el 90% de los jóvenes estén empoderados con habilidades, conocimientos y capacidades para protegerse del VIH; así como la eliminación de la discriminación por VIH.

En cuanto a la pertinencia del presente estudio en el marco político nacional, constituye de manera directa con los objetivos de la Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de Colombia la cual tiene como propósito guiar los sectores e instituciones nacionales en función de la sexualidad, con enfoque diferencial para garantizar el ejercicio de los derechos sexuales y los derechos reproductivos, priorizando la población

entre los 10 a 19 años de edad y la atención de intervención de ITS y VIH/ Sida (Ministerio de Salud y Protección Social, 2014)

Además, la presente investigación se enmarca en el campo de la Promoción de la Salud, debido a que realiza aportes en esta área. Según los Objetivos planteados en la primera Conferencia Internacional de Ottawa el día 21 de noviembre de 1986 dirigida a la consecución del objetivo ´´Salud para Todos en los 2.000) en la cual se definió la promoción de la salud y así, ejercer un mayor control sobre la misma. Esto se ratificó en la carta de Bangkok, la promoción de la salud consiste en capacitar a la gente para ejercer un mayor control sobre los determinantes de su salud y mejoría así de esta.

En consecuencia, la información impartida a través de este proyecto contribuye con tal fin, debido a que mediante la adaptación de un instrumento se pueda identificar los recursos personales de los estudiantes de pregrado y posgrado de la Universidad El Bosque tales como los conocimientos y la actitud con los que cuentan.

Objetivo General

Reconocer la funcionalidad del instrumento sobre estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA y su relación con accesos a prevención y diagnóstico para VIH en estudiantes universitarios.

Objetivos específicos

Diseñar un instrumento para Identificar la relación entre estigma y la discriminación asociados al VIH y al Sida, afectan el acceso a diagnóstico para VIH y comportamientos de prevención, en estudiantes de la Universidad El Bosque.

Describir el nivel de comprensión de los temas y preguntas por parte de los estudiantes universitarios.

Describir las respuestas emocionales de la población sujeto de estudio frente a los temas abordados por el instrumento.

Identificar posibles dificultades en la pregunta- respuesta a los cuestionarios por parte de los estudiantes universitario.

Capítulo segundo

Contextualización sobre el VIH-SIDA y su relación con el estigma y la discriminación asociados a su relación con el acceso a diagnóstico y comportamientos de prevención en jóvenes universitarios

En los últimos años la investigación multidisciplinaria de estigma y discriminación relacionada con el VIH- SIDA ha adquirido importancia ya que refleja la transcendencia de entender la diversidad y complejidad de sus raíces, expresiones, vulnerabilidades e impacto en la población. Estas dos importantes dimensiones se evalúan desde lo biológico, histórico y social, cultural, lo político, lo económico y desde lo colectivo a lo individual.

Referentes empíricos

Estigma y discriminación asociados al VIH-Sida en población joven.

La construcción culturalmente atribuida a la población afectada por el VIH y el Sida debe ser motivo de estudio y análisis, debido a que independientemente del contexto en el que se vea inmerso, puede afectar a cualquier humano, es decir, la construcción sociocultural hacia el VIH y el Sida, a la luz de la evidencia epidemiológica puede ser totalmente obsoleta, e indica el vacío del conocimiento sobre las formas de transmisión, incrementando el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por el virus y peor aún, que tengan creencias quienes suponen no estar en grupos de riesgo y por consecuencia ser vulnerables a contraer el virus (Fleury et al., 2010; Labra y Lacasse, 2015).

En el estudio de Ávila (2009), se describieron las representaciones sociales en jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá D.C en el que participaron jóvenes hombres y mujeres con edades entre los 18 y 27 años. Los resultados establecieron vínculos entre la realidad biológica de la enfermedad y las dinámicas relacionales y contextuales del grupo, concluyendo que las representaciones sociales sobre el VIH-SIDA guían los comportamientos y son elementos constitutivos de las identidades grupales, sugieren que algunas implicaciones de las dinámicas de los jóvenes frente al virus y a la enfermedad como realidades sociales. Finalmente, en cuanto a la estrecha relación con los saberes sobre sexualidad, el género es también un elemento importante en el análisis de las representaciones sobre el VIH-SIDA en los participantes, debido a las concepciones y estereotipos socioculturales de los participantes.

Por su parte, González, Osorio y Valenzuela (2018), en otro estudio sobre representaciones sociales sobre VIH y el SIDA en adolescentes y jóvenes universitarios se encontraron distintas representaciones estos tienen sobre el tema, evidenciando, que algunos participantes cuentan con conocimientos básicos sobre la enfermedad, pero existe un gran vacío de información en cuanto a las formas de transmisión y las diferencias conceptuales entre el VIH y el SIDA; este último lo relacionaron más con la etapa terminal de la enfermedad, ligado a los evidentes cambios físicos de quienes están afectados. Los investigadores resaltan que aún existe la asociación entre contraer el VIH y permanecer en grupos etiquetados de mayor vulnerabilidad, manifestado en la baja percepción de riesgo en los participantes y bajo interés en realizarse pruebas diagnósticas. Se evidenció también asociación de comportamientos de discriminación y estigma hacia la población diagnosticada; identificando también agentes relacionados con la socialización, debido a que los adolescentes y jóvenes universitarios, sienten la necesidad de ampliar sus conocimientos, resaltan que la educación sexual, debe darse desde la infancia con un rol activo de su núcleo familiar, debido a que estos temas son tratados con un enfoque más hacia el placer y la evitación del embarazo, también se destaca el rol de las redes sociales como una fuente de apoyo en búsqueda de información.

Un estudio de revisiones sistemáticas realizadas entre 2009 y 2013 en jóvenes y adolescentes elaborado por Guerrero y Ramos (2015) en la Universidad de Sevilla España, y la investigación desarrollada por Labra & Lacasse (2015) realizada con estudiantes en la Universidad de Québec Canadá, con metodología cualitativa, relacionaron al VIH y al SIDA como una enfermedad que genera estrés, muerte física, muerte psicológica, emocional, sexual y moral. Adicionalmente, asociaron a la población homosexual y a las personas que usan drogas inyectables como vulnerables frente al VIH, sin embargo, Guerrero y Ramos (2015) adicionaron como grupo vulnerable para contraer el virus a los profesionales de la salud de áreas asistenciales. A pesar de los prejuicios en el tema, paralelamente se evidenció un concepto humanizado hacia pacientes con VIH-SIDA, afirmando que merecen ser tratados con respeto y dignidad y los califican como personas luchadoras, resilientes, valientes por afrontar su condición, sumado a considerar que por medio del tratamiento ARV generan que su expectativa de vida y calidad de vida sean significativamente mejores (Guerrero y Ramos, 2015; Labra & Lacasse, 2015).

Por otro lado, un estudio de corte transversal realizado por Antunes et al. (2014), con 300 adolescentes de la ciudad de Florianópolis, Brasil que asistían a escuelas públicas y privadas, entre los 15 a 19 años de edad, evidenció datos relevantes sobre los estereotipos hacia el SIDA y las personas afectadas, es así como, un poco más de la mitad de los adolescentes (57,3%) consideraron no sentirse bien informados respecto a la enfermedad, reconocieron a las instituciones educativas como la principal fuente de comunicación sobre transmisión y la prevención del virus, sin embargo, se resalta que los estudiantes de escuelas privadas obtuvieron mejores conocimientos, comparados con los estudiantes de instituciones educativas públicas, con diferencia estadísticamente significativas. Sumado a lo anterior, los adolescentes evocaron palabras que les recordaban las representaciones negativas generadas hacia personas que viven con VIH-SIDA, entre las que se incluyeron enfermedad, debilidad, delgadez, tratamiento, peligro, sufrimiento, falta de cuidado y autocuidado, trastornos psicológicos, vergüenza, exclusión e irresponsabilidad, esta última representación descrita, concuerda con lo reportado por el estudio de Labra & Lacasse (2015) y Fleury et al.(2010), donde los adolescentes y jóvenes consideran que la adquisición del virus, es una consecuencia de comportamientos irresponsables; por ejemplo: no usar preservativos en las

relaciones sexuales, situación que en los tres estudios mencionados representa culpabilidad de la persona que contrae VIH y SIDA. Pese a los prejuicios que se les asignan a las personas con esta enfermedad, estos estudios también evidenciaron que los adolescentes y jóvenes consideran el tratamiento como necesario para el control y la sobrevida de esta población.

Los resultados de los estudios destacan que la percepción frente a las personas que presentan la enfermedad se refiere a significados negativos, debido a que el estigma social puede influir drásticamente en la forma como las personas que son diagnosticadas asumen su proceso de enfermedad. Una muestra de lo mencionado, es el estudio realizado en Medellín Colombia por Bran, Palacios, Posada y Bermúdez (2016), con metodología cualitativa, en la cual, entrevistaron a 13 personas con VIH, revelando que la construcción sociocultural en torno a la enfermedad predispone a las personas recién diagnosticadas a percibir su condición de salud como una sentencia de muerte y un estado de continua vergüenza social, cabe resaltar que lo anterior, puede convertirse en obstáculo para asistir oportunamente y continuamente a los servicios de salud y en consecuencia en el impacto que se genera a la adherencia al tratamiento, sumando esto, a la carga emocional y psicológica que genera en las personas convivir con la enfermedad, razón por la cual se encuentran continuamente casos donde ocultan el diagnóstico a familiares, pareja y allegados por el temor al rechazo social de su condición. (Arrivillaga, 2010; Bran et al., 2016)

Respecto a la distancia social el estudio de Antunes et al. (2014) publicó que los estudiantes percibieron una aceptación condicionada hacia las personas con VIH - SIDA, siempre y cuando dicha distancia sea mayor, es decir, actividades como estudiar, compartir comida o tener algún contacto físico alejado, las relacionaron con buena aceptación, sin embargo, situaciones como iniciar una relación sentimental, compartir saliva y tener relaciones sexuales, mostraron resistencia y distancia social. Esto se confirma con el estudio realizado por la Fundación Huésped y UNICEF (2011) a 1100 estudiantes adolescentes de 14 a 19 años en Argentina, donde se describieron actitudes discriminatorias hacia las personas con VIH-SIDA, la encuesta realizada determinó que cuatro de cada diez adolescentes presentan un alto nivel de discriminación, el cual se enmarcaron en actitudes y comportamientos como no recibir y compartir alimentos preparados por personas con VIH.

También se encuentra un estudio descriptivo exploratorio publicado por Fleury et at. (2010), desarrollado en Brasil, que describió las opiniones de 503 estudiantes universitarios hacia las personas con VIH-SIDA, con edades que oscilaban entre los 17 a 44 años. Los resultados evidenciaron prejuicios y actitudes discriminatorias, que conllevan a la violación de derechos hacia la población diagnosticada con VIH, debido a que el 15% manifestaron estar de acuerdo que los niños con VIH no deben ir a la escuela, también llama la atención, que el total de encuestados que estuvieron de acuerdo con este postulado, el 5% cursaban carreras de salud, los restantes corresponden a carreras de humanidades y ciencias exactas, por otra parte el 67,8% estuvo de acuerdo en que las personas con VIH no deben renunciar a sus labores de trabajo o ser despedidos, así mismo el 30% de los encuestados consideran que mujeres con VIH deben desistir de la maternidad. De este estudio se deduce que los estudiantes de carreras de salud y humanidades tienen menos prejuicios hacia la población con VIH-SIDA, debido a los conocimientos adquiridos en su formación académica.

Uso del preservativo en población joven.

En cuanto a los factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios según Valencia y Canaval, (2012) encontró en su investigación que el uso habitual de condón se da para el 33% de la población. Los factores predisponentes para su uso habitual fueron, el tener la intención y alta autoeficacia en su uso con la pareja ocasional. Entre los factores facilitadores, el uso con la pareja habitual aumenta en 19 veces la oportunidad de utilizarlo habitualmente. El ser hombre se asoció con su uso tanto en los factores predisponentes, como facilitadores. Hay que considerar que el condón intensifica el placer al sentirse protegidos y que entre los amigos el condón sea aceptado, se asoció a su uso habitual. En contraste, desplazar el uso del condón por otros métodos anticonceptivos disminuyó la probabilidad de usarlo habitualmente en un 60%. El poco uso habitual del condón en las relaciones penetrativas y su desplazamiento por el uso de otro método anticonceptivo, son claras evidencias de la mayor preocupación que se presenta para la juventud una mayor vulnerabilidad a embarazos no deseados y a contraer alguna ITS como el VIH-SIDA y el realizarse una prueba diagnóstica de VIH se asocia a mayor probabilidad

de realizarse la prueba fue la vida sexual activa y el número elevado de parejas sexuales, lo que podría indicar que dichas personas se consideran a sí mismas en mayor riesgo de adquirir la enfermedad.

Por otra parte, el estudio de otras variables en población adolescente y joven se evidencia la percepción de autoeficacia y el asertividad sexual como predictores del uso del condón en las relaciones sexuales, estas dos variables se interrelacionan entre sí y son el resultado de procesos cognitivos y de expresión emocional que pueden derivar en una conducta en particular, lo cual podría explicar la intención y la posibilidad de usar un preservativo en una relación sexual. Otros factores predisponentes para el uso habitual del preservativo son el tener la intención de usarlo pareja habitual y ser hombre se asoció con su uso. (Uribe, Bahamon, Reyes, Trejos y Alarcón, 2017; Valencia y Canaval, 2012).

Acceso a diagnóstico para VIH en población joven.

En cuanto a los factores asociados a la realización de una prueba de detección de VIH en estudiantes universitarios según Alcarraz, Arias, Peña, Ventura, y Calle (2008) en una encuesta realizada a 368 estudiantes (59,3% hombres y 40,7% mujeres); se encontró que el 54,4% ya había iniciado su vida sexual; 49,5% de éstos, antes de los 18 años. Sólo el 33 (9%) afirmaron haberse realizado anteriormente una prueba de detección de VIH, mientras que el 310 (84,2%) la consideraron necesaria. Los hombres mostraron mayor probabilidad de someterse a la prueba diagnóstica de VIH en comparación a las mujeres. Se encontró relación con el hecho de haberse sometido con anterioridad a la prueba de VIH, en aquellos que ya han iniciado su vida sexual y en los que han tenido 5 o más parejas sexuales.

Un estudio descriptivo transversal de Cardona, Álvarez, y Gil (2012) evaluaron a 5851 personas quienes voluntariamente se realizaron la prueba presuntiva para la infección por VIH-SIDA entre el 2006 y el 2012 en la ciudad de Cali, Colombia. La edad promedio de los participantes fue de 27 años. Calificaron a los sujetos como infectados cuando presentaron dos pruebas presuntivas positivas para VIH y el Western Blot positivo en mayores de 18 meses con el virus del VIH. Entre sus hallazgos encontraron asociaciones estadísticas con el sexo y la edad, siendo mayor la prevalencia del VIH en hombres y adultos medios,

evidenciaron una prevalencia positiva del 57%, siendo una prevalencia con aumento en diagnostico entre las mujeres; los resultados son elevados frente a la reportada en otros estudios y la estimada para el país.

A partir de las investigaciones citadas en los párrafos anteriores, se puede concluir que la población adolescente y joven de los estudios descritos, están de acuerdo que al día de hoy la población en riesgo para adquirir el VIH se ha extendido, debido a que existe la consciencia sobre la manera de adquirir la enfermedad, siendo todas las personas vulnerables a la transmisión, sin embargo, es arraigado el prejuicio acerca del riesgo de contraer VIH por prácticas sexuales inmorales, considerando la influencia cultural y de ciertas creencias religiosas; elementos que pueden estar asociados a la baja frecuencia de acceso al diagnóstico y al uso del preservativo como estrategia de prevención efectiva.

Los modelos teóricos asociados desde la Psicología de la Salud que se abordan para la construcción del estudio fue el Modelo de Acción Razonada que parte del supuesto que cuando una persona adopta una conducta, esta puede predecirse por sus actitudes hacia ella, sus percepciones acerca de los beneficios y también, de lo que cree que sus pares, o personas importantes de su entorno opinan sobre el comportamiento. Lo anterior se respalda con las investigaciones de Fishbein & Azjen autores de este modelo, quienes afirman que las actitudes de los individuos y de las sociedades son importantes predictores de la acción. Por tal motivo, un aspecto a tener en cuenta en la adaptación del instrumento es la valoración inicial de las actitudes de la población sujeto. Este modelo se ha utilizado en varias oportunidades para campañas de prevención de VIH/SIDA, contempla también la capacidad que tienen los sujetos de desarrollar y gerenciar su propia conducta (Frishbein & Azjen citado por Diez, Juárez y Villamarín, 2005).

Conocimientos e información sobre el virus de Inmunodeficiencia Humana

Según el departamento de VIH de la OMS (Organización Mundial de la Salud) se define el VIH como un virus que infecta a las células del sistema inmunitario, alterando o anulando su función. La infección produce un deterioro progresivo del sistema inmunitario, con la consiguiente inmunodeficiencia. Se considera que el sistema inmunitario es deficiente

cuando deja de cumplir su función de lucha contra infección oportunistas prevalentes en el entorno y enfermedades asociadas (Esteves y Lima 2009).

El SIDA (Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida) es un término de vigilancia definido por el CDC (Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades) de los EE.UU y el Centro Europeo para la Vigilancia Epidemiológica del SIDA y se aplica a una condición relacionada con los estadios más avanzados de la infección por VIH y se define por la presencia de alguna de más de 20 infecciones oportunistas o de canceres relacionados con VIH, entre otros marcadores biológicos como la carga viral y la medida de las defensas en el cuerpo. (Esteves y Lima 2009).

Por consiguiente el conocimiento sobre la infección por VIH-SIDA juega un papel importante en la promoción de la salud y prevención de esta enfermedad, un concepto o idea errónea sobre aspectos de la infección genera un comportamiento poco eficaz por parte de la población en general, siendo mayormente vulnerable la población adolescente y adultos jóvenes, el desconocimiento genera carencia de atención en comportamientos de prevención y la estigmatización de las personas infectadas, y de esta manera la discriminación asociada al VIH-SIDA estimula la propagación de la misma debido a que el miedo y el rechazo social fomenta la falta de información, acceso a diagnóstico y tratamiento, generando que en muchas ocasiones continúen en prácticas de riesgo (Gestión del conocimiento 2010).

Respecto a lo mencionado anteriormente, se ha evidenciado que principalmente en los adolescentes y adultos jóvenes, la ausencia de información clara sobre VIH y la diferencia de este y el SIDA, es uno de los obstáculos más trascendentales para lograr disminuir el número de nuevos casos diagnosticados cero positivos, contrastado esto con encuestas efectuadas por la OMS citado por Velásquez y Bedoya (2010) en cuarenta países, indican que más del 50% de los jóvenes tienen concepciones erróneas acerca de la forma en cómo se transmite el VIH, y no creen correr riesgo de contraerlo.

Contrastando la información se encuentra que en la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015), el conocimiento comprensivo sobre el VIH-SIDA, aborda algunos temas en los jóvenes como: ¿Sabe que se puede reducir el riesgo de contraer el VIH usando el condón durante todas las relaciones sexuales y teniendo solo una pareja fiel?, ¿Sabe que una persona saludable puede tener el virus de VIH? Frente a este cuestionario los jóvenes (mujeres) entre

15 a 24, sólo el 28% tiene un conocimiento comprensivo del VIH. Aunque existen varias condiciones de favorabilidad en algunas poblaciones colombianas, por ejemplo; el conocimiento comprensivo es mayor entre jóvenes de 20 a 24 años, las mujeres solteras que han tenido relaciones sexuales, las de zonas urbanas y las personas que viven en Bogotá. Además, el conocimiento comprensivo del VIH es mayor a medida que aumente el nivel educativo. Mientras que en las mujeres sin educación el nivel de conocimiento es de 8%, y las que tienen nivel superior llegan hasta el 42%.

Consecuentemente al no existir información clara en los jóvenes sobre las posibles formas de transmisión, acompañado de una falsa sensación de inmunidad frente a la posibilidad de llegar a adquirir la enfermedad, las conductas de riesgo seguirán presentándose con el consecuente aumento de casos.

Actitudes relacionadas con el VIH-SIDA

La definición de Actitud se define según Eagly & Chaiken (1993) como una tendencia psicológica que se expresa mediante la evaluación de una entidad u objeto concreto, con cierto grado de favorabilidad o des favorabilidad, siendo un estado interno del individuo que se concibe como aquello que media entre los aspectos del ambiente externo (estímulos), y las reacciones de las personas (respuestas evaluativas manifiestas).

Lo anterior se enfatiza con el hecho de que en la adolescencia y la juventud se consolidan las actitudes y comportamientos que incidirán en la adopción o no de prácticas sexuales más seguras; por lo tanto, las actitudes influyen en las conductas de riesgo o protectoras que se realicen, las cuales determinan los comportamientos propios frente al VIH (Uribe, 2005; Uribe et al; 2009; Uribe, Orcasita y Vergara, 2010).

Es pertinente dejar claro que cuando se habla de actitudes favorables hacia aspectos relacionados con el VIH- SIDA se está haciendo alusión a todas aquellas acciones realizadas por los adolescentes y jóvenes que pretenden evitar la exposición al virus y una actitud de interés o disposición para recibir información relacionada sobre el tema (Carratala, Espada, Orgiles, 2013).

Acceso a la prueba diagnóstica del VIH

Se espera que todas las personas sexualmente activas se realicen la prueba en algún momento de su vida y que las personas con un riesgo más alto de infección ya sean porque han tenido relaciones sexuales sin protección o porque tienen otras prácticas consideradas de riesgo, se hagan la prueba periódicamente. Debido a que resulta transcendental en las medidas de prevención puesto que, si el resultado es negativo, refuerza la continuidad de conductas protectoras debido a que la realización de esta está acompañada de información oportuna sobre la prevención del virus. En los casos en que el resultado es positivo favorece la iniciación oportuna del tratamiento antirretroviral y genera información que conlleva a evitar la propagación del virus (INFOSIDA, 2016).

De acuerdo con lo descrito anteriormente que los jóvenes y adolescentes consideran que no es necesario realizarse la prueba si se sienten bien, si se perciben saludables y aún más si son menores de 25 años (Osumah, 2016).

Actitudes para el uso del preservativo

Los adolescentes y jóvenes justifican el no uso del preservativo en ideas tales como: la confianza en la otra persona por lucir aparentemente saludable o por la falta de control debido al consumo de alcohol u otras sustancias. Esto se evidencia en estudios que contrastan que los adolescentes no utilizan el preservativo debido a que están influenciados por ideas subjetivas de que las relaciones sexuales protegidas sugieren desconfianza en la relación, mientras que el sexo no protegido, consideran que facilita el acercamiento e intimidad con la pareja sumado a esto a que asumen que por ser una relación estable están libres de riesgo (Berenguera et al., 2012).

Consecuentemente, con el apoyo de otros estudios se encuentra que existe, además, la creencia generalizada, especialmente en los hombres de que el uso del condón disminuye el placer sexual. Generando una actitud negativa hacia su uso que se verá reflejada en sus prácticas. Adicionalmente las actitudes de los adolescentes y jóvenes hacia la sexualidad y adquisición de las ITS como el VIH-SIDA varían por diversos factores como: la cultura, creencias religiosas, nivel educativo, la relación afectiva con sus padres o la edad (Libreros, Fuentes y Pérez 2008).

El uso de preservativo, los comportamientos sexuales, la accesibilidad a pruebas diagnósticas y el estigma hacia las personas con el virus inciden de manera trascendental en las conductas de los adolescentes, siendo este conjunto de factores de riesgo psicosocial para la infección por VIH, por consiguiente, tanto los conocimientos como las actitudes son factores predisponentes en las conductas de los jóvenes de protección o riesgo (Vargas, 2006).

Barreras de acceso a servicios de salud

Según Echeverri (2014) sustenta que la puesta en marcha de la Ley 100 no solo generó más inequidades, también aumento las desigualdades injustas y regresivas, debido a que las barreras financieras se constituyen en el principal obstáculo para acceder a servicios de salud para los más pobres. Estudios realizados por la Universidad Javeriana y la Universidad Católica de Manizales investigaron las razones que llevaban a los colombianos a no hacer uso de los servicios de salud, encontrando que el 64,7% reportaron razones asociadas con problemas de acceso y calidad. Entre ello se destaca las geografías de los centros médicos, motivos económicos y la falta de credibilidad a los agentes de salud. Las consecuencias más importantes son los abandonos de tratamientos, empeoramiento de las condiciones clínicas de los pacientes, complicaciones obstétricas y alto costo de medicamentos que no cubren por los servicios de salud.

Según Arrivillaga (2010), el acceso a los servicios de salud para personas con VIH/SIDA es una problemática de salud pública a nivel nacional. Puesto que se calcula que el 11% de las personas que viven con VIH no tienen ningún tipo de seguridad social y no hay datos disponibles sobre el 55% de la población afectada. De esto se analiza según lo expuesto por Arrivillaga (2010) que las barreras de acceso al sistema de salud se intensifican para las mujeres en situación de pobreza, quienes tienen insuficiente acercamiento a los seguros de salud, invierten mayores recursos propios como fuente de financiación y se exponen a atención de baja calidad.

Por lo anterior se puede concluir que el sistema establece limitaciones al acceso de salud por los prestadores de servicios de salud de todos los niveles, debido a la excesiva demanda, insuficiente oferta de especialistas y las mayores barreras para acceder a servicios de segundo

y tercer nivel, que atraviesan a toda la red pública y por consiguiente son problemas de salud pública.

Estigma y la discriminación asociados a la infección por VIH

La infección por el VIH y el SIDA, no son solo un discurso de enfermedad, según Treichler (1997) citado por Aristizábal., (2012), este es un proceso dinámico de construcción social que le otorga diversos significados y lo relaciona con otros discursos y prácticas de la sexualidad, entre otros comportamientos. Siendo esto un tema de investigación multidisciplinaria se ha llegado a muchas conclusiones con evidencia entre ellos se encuentran las investigaciones en psicología social y en los procesos cognitivos relacionados con la estigmatización, por ejemplo, Pryor, Reeder, & Landau (1999), hablan de dos sistemas psicológicos transversales a la infección por VIH- SIDA. El primero es un sistema reflejo y evolutivo, con reacciones intuitivas o espontaneas aprendidas y que no recurren a elementos cognitivos para la toma de decisiones conscientes. El segundo es un sistema reflexivo que usa procesos cognitivos para determinar la respuesta adecuada a situaciones y que también se denomina sistema basado en reglas. Por tanto, el VIH-SIDA provoca una reacción instintiva de rechazo asociada al temor del contagio, porque constituye un significado social de muerte, sexualidad pecaminosa, a las vidas invisibles de las personas y lo cual se ha expandido a través de los medios.

En este sentido es importante citar a Varas, Serrano, y Toro (2005) quienes establecen que el estigma se ha dividido en sentido y en realizado o actuado. El estigma percibido se refiere a la conciencia de las personas con VIH- SIDA o que se consideran en riesgo, sobre su identidad social negativa o al temor real o imaginario de que se les niegue oportunidades. Este se considera un estigma internalizado o auto estigma que se caracteriza por creencias y sentimientos negativos hacia las personas con VIH-SIDA y hacia sí mismos; los individuos afectados o en riesgo tienen una autoimagen negativa, sufren sentimientos de vergüenza y preocupaciones por la revelación del diagnóstico de VIH, de su orientación sexual, entre otros aspectos. Al considerar lo anterior e integrar los prejuicios de la sociedad en la que vivimos, los individuos pueden incluso aceptar y considerar justificados el estigma y la discriminación ejercidos por otros o por las instituciones.

El estigma realizado o representado se refiere a experiencias reales de discriminación según Brown (2001) citado por Logie y Gadalla (2009) puede haber manifestaciones simbólicas de rechazo y condena hacia las personas o grupos asociados por la infección por VIH y el SIDA o medidas instrumentales de protección o de evitación al interactuar con personas, debido al temor al contagio; también se han descrito casos en exclusión social, pérdida de derechos, violencia y homicidio.

Este estigma internalizado se asocia con barreras en el diagnóstico, la prevención y el tratamiento de la enfermedad por VIH, lo cual constituye un problema de salud pública: los individuos temen consultar, huyen a las pruebas diagnósticas, niegan su propia vulnerabilidad y una vez diagnosticados, hacen esfuerzos por ocultar el diagnóstico, no siguen las medidas de prevención, tienen mala adherencia al tratamiento y al seguimiento en la atención en salud Grimberg (2002).

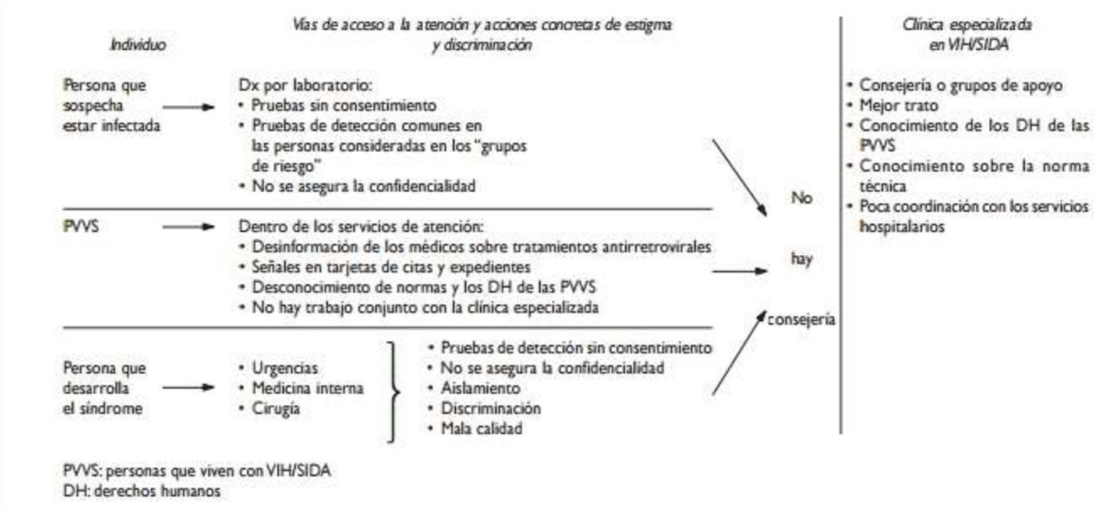

Figura 1. Procesos de estigmatización y relación con prestadores de servicios de salud.

Desde el marco biocultural, la acción de estigmatizar es un proceso dinámico que proviene la percepción de que ha habido violación de actitudes, creencias y valores compartidos. Puede llevar a pensamientos, comportamientos o acciones prejuiciosas por parte de gobiernos, comunidades, empleadores, prestadores de atención en salud, compañeros de trabajo, amigos y familiares. El miedo a la transmisión y a la muerte tiene efectos negativos en las actitudes

en pares hacia las personas con VIH (Brown, Trujillo, & Macintyre. 2001) y hacia los grupos considerados de mayor vulnerabilidad.

Lo anterior se relaciona en el marco de los cambios sociales, según Bermúdez, Piedraita y otros (2015) caracterizó en su estudio que las afectadas relaciones interpersonales de las personas seropositivas se convierten en un obstáculo para el acceso a servicios de salud, debido a los estigmas del VIH-SIDA. Estos cambios inciden en la búsqueda de servicios de salud complementarios de la atención médica y del acceso al tratamiento antirretroviral, como las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Autocuidado de la salud

Según la Organización Mundial de la Salud (1986) citado por Hernández, Monreal, Martínez y Rubio (2003) en la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud en Ottawa el autocuidado de la salud se inscribe dentro del concepto de promoción de la salud, debido a que la salud es el recurso para la vida y que ésta se crea cuidando de sí misma y de otros en la medida que se tiene la capacidad para tomar decisiones, controlar las circunstancias y el entorno que afecten la vida y la salud de las personas. Desde ello se visualiza la salud desde un enfoque socio sanitario.

Por consiguiente, se enfatiza en el autocuidado de la salud, para comprender lo mencionado anteriormente es necesario abordar lo expuesto por Acheson (1998) que adopta el modelo de Dahigren y Whitehead del diagrama de la salud como las etapas de influencia.

Dicho modelo postulado por Acheson (1998) se representa por la persona y sus características no modificables: edad y sexo que se podrían proyectar hacia los estilos de vida del individuo que se encuentra determinado o influenciado por redes sociales y contextuales en las que se encuentran inmersos los individuos y su grupo familiar que a su vez, se encuentran influenciados por factores predictores, tales como educación, ambiente laboral, condiciones de vida y trabajo, acceso a servicios básicos, calidad de la vivienda y los servicios de salud, lo anterior influencia en la adopción de estilos de vida saludables que fortalecen el auto cuidado y desarrollo de comportamientos de prevención.

En relación con el autocuidado-cultura De Roux G (1994), plantea tres premisas: (a) los comportamientos están arraigados en creencias y tradiciones culturales, (b) La existencia de

paradojas comportamentales, (c) La socialización estereotipada del cuidado de acuerdo con el sexo. Autocuidado y comportamientos: se encuentran fuertemente arraigados en un sistema de creencias y tradiciones culturales, razón por la cual las personas no reemplazan fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos. Es así como los comportamientos en salud están manejados por los conocimientos acumulados y por las representaciones sociales, de las cuales hacen parte de las supersticiones y los mitos construidos alrededor del cuidado de la salud, al igual que las representaciones simbólicas y estructurales de referencias que se interpretan de ciertas enfermedades por ejemplo el VIH-SIDA.

Estas representaciones o mitos las explica Malinowski (1986) como aquellas creencias que codifican y salvaguardan las claves morales con reglas prácticas para guiar el comportamiento humano, pensamiento lógico e interpretación de fenómenos naturales sociales que generan barreas para el acceso a servicios dentro de los que se encuentran los de salud.

Son frecuentes las situaciones de salud que se relacionan con la prevención del VIH-SIDA y la planificación familiar, debido a la difusión de los gobiernos y sistemas de salud de informar sobre las causas, los síntomas y los mecanismos de prevención, sin embargo, sus conocimientos y prácticas no concuerdan al dicho conocimiento, al evidenciarse el aumento en los últimos años de VIH-SIDA y el número de embarazos adolescentes. Esto da cuenta de la obstaculización o barreras de adopción de prácticas de cuidados ante eventos concretos que finalmente afecta a los diferentes contextos y culturas.

Capítulo tercero

Método

Diseño de la investigación

Para el cumplimiento de los objetivos planteados, se parte de una metodología cualitativa, y como instrumento de recolección de información se utilizó una entrevista cognitiva (Apéndice C) grupal, la cual se fundamenta Según Smith y Molina (2011) en procesos interrelacionados a los cuales el sujeto recurre en distintos momentos dependiendo de la finalidad de su acción, es decir; el participante puede volver a leer alguna pregunta y redefinir su significado en el momento en que mira las opciones de respuesta y puede recuperar información distinta en función de la forma en que pretende contestar el reactivo. Se diseñó un cuestionario con 37 preguntas, de las cuales 15 son preguntas abiertas que buscaban consolidar con más detalle los conocimientos, actitudes y prácticas de los participantes para tener una mayor confiabilidad y validez interna al momento de determinar si hay relación entre estigma y discriminación hacia el VIH-SIDA y el acceso al diagnóstico y uso de preservativo. (Apéndice B)

Por lo tanto, se aplica la entrevista cognitiva grupal que se concentró en describir el nivel de comprensión de los temas y preguntas del cuestionario, también en describir respuestas emocionales de la población frente al instrumento al igual que en detectar los potenciales problemas en las etapas del proceso de pregunta respuesta del instrumento para evaluar estigma y discriminación y los comportamientos de acceso al diagnóstico y al uso del preservativo.

En este sentido, el tipo de investigación posibilitó también el acercamiento a las experiencias del grupo focal por la sensibilidad de los temas que se encuentran dentro de la adaptación del instrumento, en este sentido permitió analizar los elementos contextuales de carácter cultural particularmente, representaciones estigmatizadas alrededor del VIH/SIDA se convierten en una barrera de acceso a servicios de salud, considerado esto como un obstáculo en la prevención y diagnóstico por el desconocimiento sobre la enfermedad. De la misma manera, las metodologías de corte cualitativo se han usado tradicionalmente en la investigación en VIH/SIDA al ser especialmente propicias en el abordaje investigativo de temáticas sensibles o de índole privado como las relacionas con la sexualidad, conocimientos, actitudes y prácticas sexuales, facilitando la recolección de información en torno a los sentimientos y valores personales involucrados en estas temáticas.

Población sujeta de estudio

Aquellos que aceptaran participar de manera voluntaria en la entrevista. Los entrevistados pertenecen a un grupo poblacional entre los 18 a 29 años, en donde cuatro mujeres y siete hombres que se encuentran en un estrato económico entre 3 y 5 de acuerdo a su lugar de residencia. Los participantes son estudiantes de séptimo y octavo semestre de psicología de la Universidad El Bosque.

En donde se encuentran los siguientes criterios de inclusión: Aquellos que aceptaran participar en el estudio. Los entrevistados pertenecen a un grupo poblacional entre los 18 a 29 años de edad, en donde 4 fueron mujeres y 7 fueron hombres, que se encuentran en un estrato económico entre 3 y 5 de acuerdo a su lugar de residencia. Los participantes son estudiantes de séptimo y octavo semestre de psicología de la Universidad El Bosque.

Por otra parte, se determinan como criterios de exclusión aquellos que no fueran estudiantes de últimos semestres de alguna carrera universitaria, también aquellos que no estuvieran interesados y/o no aceptaran hacer parte del grupo entrevistado.

Categorías de análisis

Las categorías de análisis se desprenden tanto de los objetivos específicos como de la entrevista cognitiva, siendo el nivel de comprensión del conocimiento y las preguntas, la

identificación de las respuestas emocional frente a los temas que se abordan en el cuestionario, al igual que la preguntas que no entendieron o su proceso pregunta respuesta debe ser modificado debido a redacción o sensibilidad.

Instrumentos

A partir de la revisión bibliográfica de fuentes tales como: Web of Science, Sciencedirect, Proquest, artículos científicos e investigaciones en Google Académico y otras fuentes nacionales, se construyó un instrumento cuantitativo que da cuenta de una serie de variables que se pretende explorar en los estudiantes universitarios con el fin de identificar información sociodemográfica, y cuyas preguntas fueron obtenidas de dos fuentes principales: La *adaptación de la* Escala de Actitudes hacia el VIH-SIDA (Espada et al., 2013) y la Encuesta de comportamiento sexual y prevalencia del VIH en poblaciones de mayor vulnerabilidad en Colombia, estructurada para la vigilancia del comportamiento (Recuperado de Minsalud 2016).

Estos instrumentos se organizaron en dimensiones tales como: Información sociodemográfica, conocimientos básicos sobre la infección por VIH-SIDA, Comportamientos de prevención (Uso del preservativo y acceso a pruebas diagnósticas) y actitudes frente a la infección por VIH-SIDA. Los formatos de respuesta son tipo Likert y preguntas cerradas. Dando como resultado el instrumento titulado: Cuestionario para evaluar estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA y su relación con accesos a prevención y diagnóstico para VIH en estudiantes universitarios.

Procedimiento

- Diseño y Adaptación del instrumento.

Una vez consolidado el cuestionario a partir de la adaptación de estas fuentes anteriormente descritas, se aseguró la adecuada adaptación idiomática y cultural del mismo; se encontró que en las versiones originales de los instrumentos previamente seleccionados son culturalmente equivalentes y, por tanto, son igualmente aplicables y aceptados para la población sujeto de estudio de esta investigación.

- Obtención de la versión consensuada.

Para determinar si el vocabulario es adecuado y los ítems culturalmente aplicables, se recoge la opinión mediante una entrevista cognitiva que se estructuró a partir de la guía para su aplicación en la evaluación y mejoramiento de instrumentos de lápiz y papel. Castro y Molina (2011), en los individuos de la población de estudio, donde expresan con sus propias palabras el significado percibido, comprensión del tema, al igual que la redacción de cada pregunta para verificar su correcta comprensión para el proceso pregunta- respuesta. También se evalúa durante la entrevista cognitiva las respuestas emocionales de la población sujeto de estudio frente a los temas abordados en el instrumento, debido a la sensibilidad que puede llegar a producir el mismo. La realización de este tipo de estudio previo permite, entre otras cuestiones: evaluar la exactitud y corrección de los enunciados de las preguntas en términos de comprensibilidad y extensión, determinar la correcta categorización de las preguntas, detectar la existencia de posibles reticencias por parte de los entrevistados hacia determinadas preguntas, así como valorar su secuencialidad. (Jaráiz y Pereira 2014).

- Obtención del cuestionario final.

La información de la entrevista cognitiva fue transcrita de manera textual por medio de la codificación en el lenguaje oral de las respuestas dadas por los entrevistados, a lo que se procedió a un proceso de fragmentación de acuerdo con las categorías previamente definidas a partir de los objetivos específicos: el nivel de comprensión del conocimiento y las preguntas, la identificación de las respuestas emocionales frente a los temas que se abordan en el cuestionario, al igual que la preguntas que no entendieron o su proceso pregunta-respuesta.

Con el análisis de la entrevista cognitiva se realizó la modificación de los ítems en los cuales se encontraron inconsistencias, dando como resultado el cuestionario cuantitativo que mide el estigma y discriminación asociados al VIH y al SIDA, afectan el acceso a diagnóstico y a comportamientos de prevención en estudiantes universitarios. (Apéndice B)

Consideraciones éticas

El presente estudio se ampara bajo los lineamientos éticos de la ley 1090 del 2006, donde se dicta el código Deontológico y Bioético de los psicólogos en Colombia, y la resolución 8430 de 1993, donde se definió que le presente ejercicio de investigación presenta un riesgo mínimo. Se planteó que, en caso de acontecer una posible situación de alteración emocional en algún participante, como consecuencia del desarrollo del tema de investigación, se remitiera al bienestar universitario para que el estudiante (a) recibiera apoyo para contención emocional.

El estudio busca identificar el estigma y la discriminación asociada al VIH-SIDA, como un determinante social para comportamientos en comportamientos de acceso a servicios de promoción y prevención en estudiantes de pregrado y postgrado de la universidad El Bosque, ajustándose, a un tema de interés para la salud pública, por tanto, se introduce rigurosamente al enfoque ético y científico, con un enfoque metodológico previamente definido. Para desarrollar esta investigación se tuvo en cuenta los cuatro principios de ética:

1. El respeto a la autonomía de los participantes quienes deciden si quieren o no participar en la investigación y responder el cuestionario, o retirarse en cualquier momento del estudio.
2. La beneficencia de la investigación, cuyo fin es entender como el estigma y la discriminación asociado al VIH-SIDA, se convierte en barreras de acceso al diagnóstico y al uso del preservativo y con ello identificar, las estrategias para promover el acceso oportuno a servicios diagnósticos y comportamientos de prevención.
3. No maleficencia el desarrollo de los cuestionarios es respondiendo preguntas, sin intervención, el único riesgo potencial a los sujetos de la investigación es el moral o psicológico por las preguntas realizadas en el cuestionario. Pero como solo se centran en los niveles de conocimiento en medios de transmisión, uso de condón y acceso a pruebas diagnósticas, no consideramos la posibilidad de daño. El participante puede realizar preguntas en cualquier momento durante su participación, igualmente puede retirarse del estudio en cualquier momento sin que lo perjudique de alguna manera. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parece incomodas, tiene el participante el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

4. La justicia para que los resultados de este estudio aporten evidencia científica a la implementación de estrategias de prevención y promoción de la universidad El Bosque, al igual que la posibilidad que todos los estudiantes tengan la misma oportunidad de participar en el estudio, a través de un muestreo aleatorio. Todo lo anterior quedara plasmado en el consentimiento informado que se les entregara a los participantes.

Viabilidad Del Estudio

Por sus características el estudio cumple con la variabilidad, no requiere financiación externa ni interna, los tiempos establecidos, objetivos y metodología para el estudio se ajustan a los requerimientos de la Facultad, cuenta con la constante supervisión de un asesor por parte de la Universidad El Bosque. Por último, en este estudio no se presenta conflicto de interés.

Capítulo cuarto

Resultados

Como primer resultado se encuentra el diseño y adaptación de un cuestionario cuantitativo para evaluar estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA y su relación con accesos a prevención y diagnóstico para VIH en estudiantes universitarios. El cuestionario se compone por un total de 37 preguntas tanto abiertas como cerradas, relacionadas con conocimientos básicos sobre VIH-SIDA, comportamientos hacia el sexo seguro, comportamientos hacia la prueba del VIH, comportamientos hacia el uso del preservativo y actitud de estigma y discriminación hacia las personas con VIH. Con este ejercicio de investigación se considera que se cumple el objetivo general propuesto puesto que se reconoce la funcionalidad del instrumento anteriormente descrito.

Para lograr cumplir con el diseño y adaptación del instrumento se realizó una entrevista cognitiva que contó con la participación voluntaria de 11 personas, mayores de edad, cuatro hombres y siete mujeres; estudiantes universitarios de últimos semestres, con edades comprendidas entre los 21 a 29 años.

A continuación, se presentan los códigos de transcripción, la presentación y análisis de las tablas por pregunta en la entrevista cognitiva.

En cuanto a la transcripción de la entrevista, se utilizaron códigos para que el lenguaje oral de las respuestas dadas por los entrevistados fuera entendido en el texto trascrito, por consiguiente, la tabla de códigos de transcripción se encuentra en el Apéndice C.

En total, el desarrollo de la entrevista cognitiva tuvo una duración aproximada, de 40 minutos donde se contestaron las preguntas del instrumento adaptado y las preguntas de la entrevista cognitiva.

A continuación, se presentan los resultados obtenidos por el grupo focal a través de la entrevista cognitiva, con el propósito de identificar la claridad de los ítems y la percepción frente a los mismos.

Tabla 1
Comprensión de los contenidos del cuestionario

Pregunta	Respuestas
¿De qué trata el cuestionario?	• *S.1: "Sobre conocimientos de VIH/ SIDA y la percepción que se tiene al respecto"* • *S.2: "Identificación sobre el conocimiento que las personas tienen sobre el VIH/SIDA y también sobre los sesgos que puedan tener sobre esta enfermedad* • *S.3: "Sobre el estigma que se tiene sobre las personas que poseen (...) sobre VIH"*

Se puede observar que para los participantes es claro el objetivo de la encuesta adaptada de Actitudes hacia el VIH/SIDA, quienes reconocieron que trata sobre el estigma y discriminación asociado al VIH/SIDA y su relación con accesos a prevención y diagnóstico de las patologías descritas en estudiantes universitarios. Donde refieren que las instrucciones y los ítems son comprensibles y fáciles para el lector tanto en el título de la encuesta como las preguntas del instrumento. No se encontró ninguna dificultad por parte del grupo focal para contestar la pregunta.

Es importante observar que, para esta primera categoría, los participantes si bien entendieron el tema central, estos no mencionaron comportamientos sexuales y el uso del preservativo como variables incluidas en el cuestionario. Las respuestas iniciales fueron más bien cortas y la participación fue más bien escasa en esta sección de la entrevista.

Tabla 2
Utilidad del Instrumento

Pregunta	Respuestas
¿Para qué creen que sirve la encuesta?	• *S.1: "Precisamente para identificar, tanto el nivel de conocimiento que tienen las personas sobre el VIH y prácticas responsables (...) y pues para identificar el estigma sobre VIH frente a las personas que están contagiadas con el virus"* • *S.2: "Como también la identificar el nivel de conocimiento, a la actitud de estigma y exclusión que se les hace a las personas que poseen la enfermedad"*

Es evidente que los participantes identifican que la encuesta evalúa el nivel del conocimiento sobre VIH/SIDA y las implicaciones que tiene en favorecer o no los procesos de estigma y discriminación asociado al VIH. Al igual que las prácticas sexuales seguras; como facilitador de cambio y transformación de actitudes hacia aspectos relacionados con el VIH. Por tanto, esta pregunta ligada a la comprensión de la encuesta en general da como resultados que para los participantes les será fácil comprender la finalidad de la encuesta y la importancia de esta.

Se observa también que, para esta categoría, si emerge la valoración de comportamiento sexual como utilidad que tiene el cuestionario, esto quizá se relaciona con que a medida que se desarrolla la entrevista grupal los participantes van sintiéndose más cómodos con las temáticas abordadas y que es mucho más fácil hablar inicialmente de las personas afectadas por el virus que de los propios comportamientos sexuales.

Tabla 3
Respuestas emocionales ante los temas y las preguntas

Pregunta	Respuestas
¿Cómo se sintieron respondiendo la encuesta?	• S.1*: "Pues bien (...) ya no es un tema tan controversial como para uno sentirse incómodo"* • *S.4: "De pronto había un par de preguntas, que si generaban como (risa) controversia, por ejemplo, me causó controversia la del odontólogo, porque realmente no se la respuesta, no sé cómo sea la política de manejo de esos lugares con respecto a tratar a personas con el VIH, entonces por lo mismo no sé si iría o no iría"* • *S.7: "Yo sé y tengo el conocimiento que uno no se contagia por medio de (xxxxx) de (...) la saliva, pero pues todo depende si tienen alguna herida en la boca, lo que dice mi compañera, no se sabe el procedimiento que tengan estos sitios, pues ya dependería de eso"* • *s.4: "Pues yo a nivel personal comparto con personas con VIH, entonces digamos no tengo tanto tabú y pues hubo como una pregunta como que (...) más que me incomodo por decirlo así, una fue la del odontólogo, en esa no puse no sé, pues porque tampoco sé hasta qué punto realmente pueda ser verdad, o como pueda ser mentira (risas) esa fue como la que más me generó duda al momento de responder, de resto me parecen apropiadas porque es una especie de forma de empezar a quitar tabúes o decir las cosas como son"*

Según lo reportado por los participantes en esta pregunta, analizado desde la hermenéutica se puede apreciar, que los participantes consideran que el hablar de VIH/SIDA no es controversial, tampoco genera daños considerables emocionalmente debido a que son temas culturalmente normalizados, aunque si resaltan una pregunta dentro del cuestionario

dirigida al estigma y discriminación, siendo *¿Utilizaría los servicios de un odontólogo/a que atienda a personas con VIH/SIDA?* esta pregunta analizada desde la fenomenología se evidencia, que los participantes aseguran que se comprende el ítem, pero a la hora de responder genera dificultad en el sentido que no tienen las herramientas o conocimientos al respecto del proceso de higiene que realizan en estos sitios prestadores de salud, por tanto no saben si asistirían o no a un odontólogo que atienda a personas con VIH/SIDA. No obstante, a pesar de su discurso, manifiestan actitudes contradictorias porque, aunque aseguran que no es un tema controversial no estarían seguros si asistieran a servicios de salud que también les presten atención a personas con el VIH.

Es importante resaltar que un participante mencionó que alguien cercano vivía con VIH y que eso no le había permitido modificar prejuicios y tabúes relacionados con la infección; esto es de gran importancia por dos razones, la primera tiene que ver con la experiencia de compartir con alguien cercano que está afectado por el problema de salud, es una experiencia que puede reducir el estigma y la discriminación; y por otro lado se evidencia que el VIH está cerca de la población sujeto de estudio.

Finalmente se observa que el uso del lenguaje puede estar explicando algunos prejuicios asociados a la infección, dado que uno de los participantes se refirió al contagio, al respecto es importante aclarar que el VIH no se contagia, sino que se transmite y que esta creencia ha sido identificada como una de las causas principales del estigma y la discriminación asociados por el VIH. El contagio implica que el agente infeccioso esté en el medio ambiente y pueda sobrevivir fuera del cuerpo humano, lo que no es el caso del VIH (Apoyo Positivo, 2019), a diferencia por ejemplo de Mycobacteruim Tuberculosis causante de la tuberculosis, enfermedad que si se considera contagiosa.

Tabla 4

Respuestas emocionales ante temas y las preguntas

Pregunta	Respuestas
¿A alguien le genero una emoción negativa o positiva la encuesta?	• *S.8: "Pues emoción en cuanto al no saber suficientemente y no estar suficientemente informado, me genera la emoción de querer informarme un poco más, por ejemplo, lo del odontólogo, lo de los guantes, el tratamiento, general (...) me parece que es algo que personalmente no conozco bien y me generan ganas de informarme más"* • *S.7: "Pero también con respecto a algunas preguntas eran como (...) ¡Es en serio lo de si abrazaría a una persona con VIH! Me deja pensando si todavía hay alguien (risas) que piense así, entonces era como un poquito de rabia de decir como ¡Ay que feo que pues si la pregunta existe es que seguramente abra alguien que conteste que no lo abrazaría! Yo personalmente si lo abrazaría o comería con esa persona"* • *S.4: "Pero creo que eso también como que depende mucho del conocimiento de que las personas tengan, porque por ejemplo (...) una persona que no sabe puede creer que abrazando a una persona que tenga VIH/SIDA se le puede pegar además la gran mayoría no sabe la diferencia entre estos dos estados, ósea entre el VIH y el SIDA. Ósea (voz baja) depende, (...) nosotros sabemos que obviamente no se nos va a pegar con un abrazo o hasta un beso (Voz alta) con tal de que no haya una herida, pero hay gente que no sabe pues probablemente si tengan el estigma de no abrazar a alguien con VIH/SIDA"* • *S.5: "Estaba pensando en esa pregunta que habla de la madre que si tienen VIH/SIDA deberían o no tener hijos, la verdad el primer pensamiento que se me vino a la mente fue (No claro que no) porque es como propagar más el virus, además puede que este infectada antes de quedar en embarazo o esté en embarazo, por el mismo desconocimiento uno no sabe, si realmente eso pueda afectar al bebé o en el desarrollo, entonces pues yo personalmente digo (Voz alta) NO, por eso respondí en esa NO SE porque no tengo conocimiento"* • *S.11: "Yo respondí en esa misma pregunta sobre si una madre con VIH/SIDA debería o no tener hijos, NO SE por falta de conocimientos y no sé bien del tema, aunque (...) me acuerdo algo sobre los (xxxx) genes recesivos, entonces no sé hasta qué punto una madre que tenga VIH/SIDA efectivamente se lo va a transmitir al bebé, entonces al no saber yo puse que no sabía, que no respondía y eso puede que ha muchas personas les pase lo mismo por falta de información"* • *S.6: "Hay que tener en cuenta que no todas las personas se van a basar en su conocimiento (...) no sé, pueda que a nivel técnico uno tenga algún conocimiento pero la influencia cultural donde nos dicen que puede estar bien y que está mal, entonces por eso sencillamente yo puede responder sí o no y no poner o aceptar el que yo sé, y sinceramente si en este momento me hicieran un quiz sobre la diferencia entre VIH y el SIDA no lo sabría, siento que después de esto tengo que buscar más información"*

Como se observa en el discurso de las y los participantes unas emociones expresadas por los participantes se encuentran más asociadas al desconocimiento de la información básica al VIH-SIDA y al reconocimiento de una necesidad de informarse para no discriminar a una persona afectada.

Otra de las emociones identificadas fue la rabia, cuando una de las participantes se enfrentó a la pregunta si abrazaría o compartiría comida con una persona afectada por el VIH, en su discurso la participante menciona que el motivo de esta emoción radica en imaginarse que existen personas que discriminan de esta manera.

Aquí también emerge un tema importante relacionado con el lenguaje, al respecto uno de los participantes se refirió a la transmisión del VIH como "pegarse", como sinónimo de contagio.

Al parecer la resolución del instrumento genera motivación hacia la búsqueda de información sobre el tema. Al respecto uno de los estudiantes menciono que la quedar con ese sentimiento de querer saber más del tema, al finalizar la encuesta, y a manera de recomendación, se puede orientar a los participantes hacia algún sitio web donde puedan aclarar sus dudas.

Con base en estos resultados se observa efectivamente el responder el cuestionario puede generar respuesta de tipo emocional, pero estas no estas asociadas a las preguntas sensibles sobre su vida íntima o hacia la infección por el VIH, sino más hacia la falta de información que ellos mismos tienen frente al tema y hacia la discriminación que otros pueden ejercer frente a las personas afectas.

Tabla 5
La construcción de las preguntas

Pregunta	Respuestas
¿Logran recordar alguna pregunta que no entendieron?	• *(Hablan simultáneamente) S.7: "Entendemos las preguntas, pero no sabía responder porque no tenía el conocimiento"* • *S.10: "La redacción de las preguntas estaba bien, y la finalidad del cuestionario también, pero ya por falta de conocimiento se me hizo difícil responder"*

Según los datos obtenidos a partir de la entrevista cognitiva al grupo focal, se encuentra que las preguntas y afirmaciones dentro del instrumento adaptado, son claras, evaluando lo que se pretende y tiene un lenguaje fácil de comprender. La gran mayoría de los participantes, consideran que la mayor dificultad al momento de responder las preguntas del cuestionario es la falta de conocimiento sobre el tema, por otra parte, si bien hay preguntas que pueden generar algún tipo de sensibilidad, consideran los participantes que son necesarias para conocer el grado de estigma y discriminación, la reflexión en torno a la prevención (uso del condón), así como la reflexión en torno a acceder a diagnóstico.

A partir de los comentarios dados por los entrevistados, se ajustó la redacción de los ítems 29 y 37 de los apartados estigma y discriminación asociados al VIH/SIDA siendo específicamente las preguntas ¿Utilizaría los servicios de una/un odontólogo que atienda a personas con VIH/SIDA? y la pregunta ¿Las mujeres viviendo con VIH no deben tener hijos? Debido a que no eran lo suficientemente claros, y consideraban los entrevistados que era importante preguntar en estos ítems si se tiene información sobre este tema, para que de esta manera si las respuestas daban No sé era porque no tenía conocimientos claros y así conseguir que no se altere la consistencia interna del cuestionario. Del mismo modo durante el desarrollo de este en el proceso de desarrollo del cuestionario los participantes sugerían cambios a la investigadora encargada para mejorar redacción y signos de puntuación.

De los análisis anteriores se puede evidenciar en consecuencia, que la investigación empírica y la propuesta de adaptación del instrumento, contribuye a identificar los recursos personales tales como los conocimientos y actitudes y comportamientos de los jóvenes universitarios, considerando estos como fuentes de salud y bienestar apuntando además a la consecución de estilos de vida saludable.

Capítulo quinto

Discusión

La adaptación de un instrumento que mida las características anteriormente descritas, se convierte en una herramienta para el psicólogo que se desempeña en el campo de la salud pública y la epidemiologia; en especial aquellos que se encuentran relacionados con la promoción de la salud; debido a que brinda información relevante y completa para el abordaje psicológico dentro de las intervenciones interdisciplinarias para estigma y la discriminación asociados al VIH y al SIDA que afectan el acceso a diagnóstico para VIH y comportamientos de prevención. Se espera que una vez las fases del protocolo que se encuentra en la Apéndice B del que fue basado este producto se hallan desarrollado y se tengan resultados cuantitativos, se trabaje en beneficios de percepción en hábitos de vida saludable al igual que proporcionar información de calidad sobre la temática a los estudiantes universitarios; Buscando también reducir las cifras de diagnósticos cero positivos en estas poblaciones.

Dentro de los objetivos específicos, se diseñó el instrumento, adicionalmente se evaluó detección de potenciales problemas de la adaptación del instrumento y la pertinencia de los ítems de este en las etapas de proceso de pregunta- respuesta, se puede determinar que, si bien mediante la entrevista cognitiva se encontró dificultades en los ítems 29 y 37, estos ya se modificaron. Pero es importante tener en cuenta que debido a la complejidad que conlleva el desarrollo de instrumentos, se hace pertinente y necesario dar continuidad a lo aquí propuesto, para que en fases posteriores sea validado y de esta manera alcanzar datos congruentes para centrarse posteriormente en desarrollar intervenciones psicoeducativas provechosas para la población universitaria.

Dentro de la entrevista cognitiva realizada al grupo focal se encuentra que una de las mayores barreras al momento de contestar es el bajo conocimiento que se tiene sobre la temática, esto coincide con los resultados encontrados en investigaciones anteriores con población juvenil en Colombia. En 2009 un estudio realizado con adolescentes de bachillerato, de una institución pública de la ciudad de Medellín; se encontró que obtuvieron una mayor puntuación en la subescala de conocimiento erróneo, debido a que los adolescentes aun persistían con conceptos errados con respecto al tema de VIH/SIDA (Uribe et al., 2009). Así mismo en el año 2011, un estudio sobre conocimientos y actitudes erróneas sobre VIH, en padres de familia se puede observar un alto porcentaje (91.5%) de conocimientos erróneos en los padres o cuidadores, quienes tenían ideas tales como que el virus del VIH se puede transmitir compartiendo vasos, tenedores o cuchillos con una persona infectada, o considerando que con solo mirar a una persona se puede saber si tiene VIH o no (Orcasita et al., 2011).

Sintetizando lo anterior se evidencia que, tanto en la búsqueda empírica de información como en los resultados de la entrevista cognitiva, el primer paso para prevenir la infección de VIH es educar sobre: qué es VIH, y qué no es el VIH/SIDA, cuáles son las formas de prevención de la enfermedad, y la posibilidad real de adquirir el virus de acuerdo con la prevalencia y exposición. Siendo coherentes con el estudio y su Escala de Actitudes hacia el VIH/SIDA de Espada et at., (2013) el cual se escogió para adaptarlo a la población universitaria, es porque al evaluar el grado de conocimiento sobre VIH/SIDA permite detectar poblaciones con mayor vulnerabilidad a presentar conductas sexuales de riesgo y facilitar la pertinencia de los programas de prevención.

En el 2013, tras realizar una investigación en el municipio de Caldas a 597 jóvenes, se observó que el mayor puntaje obtuvo conocimientos erróneos sobre las maneras de trasmisión y de protección de la enfermedad (Cardona et al., 2013). Esto concuerda con la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (2015) realizada en Colombia, sobre conocimientos asociados al SIDA, en la cual se evidencia que las mujeres entre 15 a 24 años en un 72% no tienen conocimiento comprensivo del VIH/SIDA y este porcentaje se disminuye solo hasta el 58% entre las que tienen educación superior.

De mismo modo, se ha evidenciado en las respuestas del grupo focal que la ausencia de información clara sobre VIH y la diferencia entre este y el SIDA, es uno de los obstáculos más importantes para lograr disminuir el número de nuevos casos cero positivos, esto se contrasta con las encuestas efectuadas por la OMS como se citó en Velásquez y Bedoya (2010) en cuarenta países, indican que más del 50% de los jóvenes tienen concepciones erróneas acerca de cómo se trasmite el VIH, y tienen una errónea percepción de inmunidad y por consiguiente de riesgo al considerar que no pueden contraerlo, por ello, se puede decir que aunque los conocimientos no sean la causa directa de la emoción de las conductas de autocuidado nombradas en el marco teórico, estos si deben ser comentados a los adolescentes y jóvenes universitarios o no, debido a que es la primera manera de prevención, con una autoeficacia ligada a utilizar aquellos conocimientos en el momento que lo consideren necesario.

Lo anterior resalta, que la información es una herramienta que, si se ejecuta, trasforma para bien los contextos, en este caso lograr disminuir o detener la propagación del virus. De esta manera, para lograr la prevención es necesario, evaluar las fuentes de información y verificar que estas sean correctas; con ello también se enfatiza en que los educadores, instituciones y familias, se deben capacitar en el tema de sexualidad, con el fin de unificar los conocimientos frente a estas temáticas, entendiendo que la familia y el contexto pueden convertirse en un factor de protección en las conductas de riesgo (Gonzales, citado por Uribe et al., 2009).

En conclusión, teniendo en cuenta los análisis de la entrevista cognitiva de la presente investigación y la propuesta de adaptación del instrumento se enmarcan en el campo de Promoción de la Salud, debido a que realiza aportes en esta área. Consecuentemente con el conocimiento encontrado en la revisión de la literatura, cabe explicar que en este estudio el aporte a la brecha de conocimiento es identificar lo que está sucediendo específicamente en la población universitaria, adaptando un instrumento que pueda medir conocimiento y prevención en uso de condón y acceso a servicios diagnósticos de VIH/SIDA, puesto que, aunque se han realizado numerosos estudios sobre este mismo tema, no se ha realizado una adaptación de material o instrumento especifico en esta población en el contexto nacional.

Así mismo, esta propuesta de adaptación e investigación a diferencia de los anteriores estudios pretende trascender un poco más, al no quedarse solo en un alcance puramente exploratorio de búsqueda empírica de información, ni tampoco solamente descriptivo, sino pasar al nivel correlacional con el fin de establecer los factores que pueden incidir en la posible adquisición del virus en jóvenes universitarios, ya sea por barreras al uso de condón o al acceso a servicios diagnósticos por medio de la adaptación de las escalas. Consecuentemente una vez la adaptación del instrumento pueda ser validada, la aplicación de este nos permitirá tener una mirada amplia de lo que está sucediendo en la población universitaria, a fin de lograr resultados claves en la construcción de proyectos de intervención y promoción. Se espera que ocurran futuras investigaciones de alcance aplicativo y descriptivo del instrumento adaptado, que logren diseñar e implementar intervenciones eficaces para detener la propagación del virus.

Lo anteriormente expuesto se contrasta con los objetivos específicos y los resultados de la entrevista cognitiva, donde se identificó que el tema central en el cuestionario y las preguntas en términos generales fueron entendidos, aunque no mencionaron comportamientos sexuales y el uso del preservativo como variables incluidas en el cuestionario, en cuanto a las respuestas emocionales no se encuentran daños considerables emocionalmente, entre las emociones identificadas se encontró la rabia, manifestada por uno de los participantes como resultado de la pregunta dirigida a sí abrazaría o compartiría comida con una persona que tiene como diagnostico el VIH, su sentimiento de rabia radica en el hecho de imaginarse que aún existen personas que discriminan de esta manera sin ningún fundamento teórico, otra de las emociones expresadas por los entrevistados se asocian al desconocimiento de la información básica al VIH-SIDA y al reconocimiento de la necesidad de informarse para no discriminar a una persona afectada.

Finalmente se identificaron problemas pregunta- respuesta en cuanto a la dificultad en la comprensión de dos preguntas, las cuales fueron ajustadas, dando como resultado el cuestionario cuantitativo que mide el estigma y discriminación asociados al VIH y al SIDA, afectan el acceso a diagnóstico y a comportamientos de prevención en estudiantes universitarios, cuya funcionalidad fue reconocida a través del presente ejercicio de investigación.

Referencias

Acheson, D., Baker, D., & Illsley, R. (1998). Inequalities in health. *British Medical Journal*, *317*(7173), 206-1659

Alcarraz, C., Arias, K., Peña, C., Ventura, J., y Calle, M. (2008). Factores Asociados a la realización de una prueba de detección de VIH en estudiantes universitarios. *Ciencia e Investigación Medico Estudiantil Latinoamericana*, *13*(2), 200- 209.

Aristizábal Tobler, C. (2012). *Repercusiones y raíces estructurales del estigma y de la discriminación relacionados con la infección por VIH en la atención en salud de los pacientes* (Tesis doctoral) Universidad Nacional de Colombia.

Arrivillaga-Quintero, M. (2010). Análisis de las barreras para la adherencia terapéutica en mujeres colombianas con VIH/SIDA: cuestión de derechos de salud. *Salud pública de México*, *52*(4), 350-356

Bergamini, M., Cucchi, A., Guidi, E y Gregorio, P. (2013). *Prevención de riesgo de Enfermedades de transmisión sexual y Comportamiento Sexual Adolescente. (*Traducido al español de Risk perception of sexually transmitted deseases and teenage sexual behaviour: attitudes). Ferrara – Italia: J Prev Hyg.

Bermúdez-Román, V., Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., y Posada-Zapata, I. C. (2015). Influencia del estigma en torno al VIH en el acceso a los servicios de salud. *Salud pública de México*, *57*, 252-259

Brown, L., Trujillo, L., & Macintyre, K. (2001). Interventions to reduce HIV stigma: What have we learned?. *AIDS education and prevention*, *15*(1), 49-69.

Cabrera Alonso, S. G., Arteta Dalchiele, Z., Meré Rouco, J. J., y Cavalleri Ferrari, F. (2018). Calidad de vida relacionada a la salud en personas con VIH y factores asociados. *Revista Médica del Uruguay*, *34*(1), 3-41

Castro, I. (2010). Conocimientos y factores de riesgo sobre infecciones de trasmisión sexual en los adolescentes de Secundaria Básica Fructuoso Rodríguez. (Informe de tesis). Cuba.

Catacora-López, F., y Villanueva-Roque, J. (2007). Conocimientos sobre VIH/SIDA y prácticas sexuales de escolares de Tacna, Perú 2004. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, *24*(3), 240-247

Carralatá, E., Espada, J. y Orgiles, M. (2013). Conocimientos y actitudes hacia el VIH/SIDA: diferencias entre adolescentes españoles con padres casados y divorciados. *Salud Mental, 36*, 387- 391

Centro para el control y prevención de las enfermedades (CDC) (2018). *Actúa como el SIDA: Datos sobre el estigma del VIH, 37*(6), *602-614.* Recuperado de https://www.cdc.gov/stophivtogether/spanish/campaigns/hiv-stigma/index.html

DE LA SALUD, P. R. O. M. O. C. I. Ó. N. (1986). Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. *Ginebra: OMS*. Recuperado de https://www. Carta_de_Ottawa.pdf?1480218812

Grimberg, M. (2002). VIH-SIDA, vida cotidiana y experiencia subjetiva. Una revisión conceptual de las dimensiones de vivir con VIH. *Cuadernos Médico Sociales*, *82*, 43-59.

Hernández-Tezoquipa, I., Arenas Monreal, L. M., Martínez, P. C., & Menjívar-Rubio, A. (2003). Autocuidado en profesionistas de la salud y profesionistas universitarios. *Acta universitaria*, *13*(3), 65-97.

INFOSIDA. (2016). Pruebas de detección del VIH. Recuperado de https://www.murciasalud.es/sida2016/prueba.html

Instituto Nacional de Salud, (2008). Boletín epidemiológico semanal: Comportamiento del VIH-SIDA, semana epidemiologia 47, 18, al 24 de noviembre de 2018.

Jaramillo, T. M. U. (1999). El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. *Investigación y educación en enfermería*, *17*(2), 109-1.

Labra, O., & Lacasse, A. (2015). Représentations sociales du VIH/SIDA chez les étudiants de niveau universitaire d'une région éloignée du Québec. *Canadian Social Work Review/Revue canadienne de service social*, *32*(1-2), 167-186.

Libreros, L., Fuentes, L. y Pérez, A. (2008). Conocimientos, actitudes y prácticas sobre sexualidad en adolescentes en una unidad educativa. *Revista de la facultad de Salud Pública y Nutrición,* 9 (4), 1- 11.

Logie, C., & Gadalla, T. M. (2009). Meta-analysis of health and demographic correlates of stigma towards people living with HIV. *AIDS Care, 21*(6), 742-753.

Ministerio de Salud y Promoción social (2013). *ABC del Plan Decenal de Salud Pública 2012- 2021.* La salud en Colombia la constituyes tú. Recuperado de http//www.4 feb+ABC minsalud.pdf

Ministerio de Salud y Protección Social (2018). *Plan Nacional de Respuesta ante las ITS, el VIH, la Coinfección TB/VIH y las Hepatitis B y C, Colombia 2018- 2021.* Recuperado de http//www./plan-nal-respuesta-its-vih-coinfeccion-tb 2018-2021.pdf

Mora-Rojas, R. B., Alzate-Posada, M. L., y Rubiano-Mesa, Y. L. (2017). Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*, *16*(33), 19-34.

Myers, J. E., Taylor, B. S., Rojas Fermín, R. A., Reyes, E. V., Vaughan, C., José, L. & Lie, Y. (2012). Transmitted drug resistance among antiretroviral-naive patients with established HIV type 1 infection in Santo Domingo, Dominican Republic and review of the Latin American and Caribbean literature. *AIDS Research and Human Retroviruses*, *28*(7), 667-674.

Orcasita Pineda, L. T., Peralta Díaz, A., Valderrama Orbegozo, L., & Uribe Rodríguez, A. F. (2011). Apoyo social y conductas de riesgo en adolescentes diagnosticados y no diagnosticados con VIH/SIDA en Cali-Colombia. *Revista Virtual Universidad Católica del norte*, *1*(31), 155-195

ONUSIDA [Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA], (2015). *Como el SIDA cambió todo: ODM6: 15 años, 15 lecciones de esperanza de la respuesta al SIDA. Recuperado de http//www./2015/july/20150714_PR_MDG6report*

ONUSIDA, (2016). *Informe de Brechas en Prevención.* Ginebra - Suiza. Recuperado de http//www.UNAIDS-strategy-*2016-2021*_es.pdf

ONUSIDA. (2017). *Estadísticas Mundiales Sobre el VIH.* Ginebra - Suiza. Recuperado de https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017-Global-AIDS-Monitoring_es.pdf

Organización Panamericana de la Salud [OPS/ONUSIDA]. (2017). *Prevención de la infección por el VIH bajo la lupa. Un análisis desde la perspectiva del sector de la salud en América Latina y el Caribe, 2017.* Washington DC.

Osumah, A. (2016). Relationship between Knowledge and Attitide towards HIV Voluntary Caunselling among adolescents in Secondary Schools in Edo State. *IFE PsychologiA, 24* (2), 17-26

Política Nacional de Sexualidad, Derechos Sexuales y Derechos Reproductivos de Colombia (PNSDSDR), (*2010, 20 de septiembre*). Recuperado de https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/LIBRO%20POLITICA%20SEXUAL%20SEPT%2010.pdf

Pryor, J. B., Reeder, G. D., & Landau, S. (1999). A social-psychological analysis of HIV-related stigma: A two-factor theory. *American Behavioral Scientist, 42*(7), 1193-1211

Quintal, L., & Vera, L. (2014). Análisis de la vulnerabilidad social y de género en la díada migración y vih/SIDA entre mujeres mayas de Yucatán. *Vulnerabilidad Social y de Género, 197-226.* doi.org/10.19130/iifl.ecm.2015.46.727

Reinoso, F., Teresa, A., & Sánchez Santos, L. (2005). Enseñanza del VIH/SIDA en los planes de estudio de las carreras y especialidades médicas y de las tecnologías de la salud. *Educación Médica Superior, 19*(4), 50-120

Robles, S., Piña, J. y Moreno, D. (2006). Determinantes del uso inconsistente del condón en mujeres que tienen sexo vaginal, oral, anal. *Red de Revistas Científicas de América Latina, el Caribe, España, Portugal, 22*(2), 200- 20

Roux, G. I. (1994). La prevención de comportamientos de riesgo y la promoción de estilos de vida saludable en el desarrollo de la salud. *Educación Médica y Salud (OPS), 28*(2), 223-33.

Sistema nacional de vigilancia en Salud Publica SIVIGILA. (2018). Recuperado de https://www.ins.gov.co/Direcciones/Vigilancia/Lineamientosydocumentos/Lineamientos%202018.pdf

Sánchez Socarrás, V. (2017). *Diseño y evaluación de intervenciones educativas, basadas en las Estrategias de Aprendizaje Preferentes de adolescentes y jóvenes. 16*(3), 45-56. http://dx.doi.org/10.15446/rsap.v17n6.44713

Tovar-Cuevas, L. M., & Arrivillaga-Quintero, M. (2014). Estado del arte de la investigación en acceso a los servicios de salud en Colombia, 2000-2013: revisión sistemática crítica. *Gerencia y Políticas de Salud,* 13(27), 1-48

Uribe Alvarado, J. I., Bahamon Muñeton, M. J., Reyes Ruíz, L., Trejos Herrera, A. M., & Alarcon Vásquez, Y. (2017). Percepción de autoeficacia, asertividad sexual y uso del condón en jóvenes colombianos. *Acta Colombiana de Psicología, 20*(1), 203-211

Uribe, A., Valderrama, L., Sanabria, A., Orcasita, L. y Vergara, T. (2009). Descripción de los conocimientos, actitudes, susceptibilidad y autoeficacia frente al VIH/SIDA en un grupo de adolescentes colombianos. *Pensamiento psicológico, 5*(12), 29- 44

Valencia, C. P., & Canaval, G. E. (2012). Factores que predisponen, facilitan y refuerzan el uso del preservativo en jóvenes universitarios de Cali, Colombia. *Revista de Salud Pública, 14*, 810-821

Velásquez, S. y Bedoya, B. (2010). Los jóvenes: población vulnerable del VIH-SIDA. *Medicina UPB, 29* (2), 144- 154

Vargas, R. (2006). Conocimientos, actitudes y prácticas en salud sexual y salud reproductiva: *Propuesta de una escala psicométrica.* 7(2), 211 – 218. Recuperado de http://hdl.handle.net/11056/7360

Varas-Díaz, N., Serrano-García, I., & Toro-Alfonso, J. (2005). AIDS-related stigma and social interaction: Puerto Ricans living with HIV/AIDS. *Qualitative health research, 15*(2)