

Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín

Sociocultural Concept of HIV and its Impact on the Receipt of Health Promotion Campaigns in Medellín

Conceito sociocultural do VIH e o seu impacto na receção de campanhas de promoção da saúde em Medellín

Lemy Bran Piedrahita Adm¹, Lucía Palacios Moya, Adm², Isabel Cristina Posada Zapata, MSc³,
Viviana Bermúdez Román Adm³

Recibido: 3 de abril de 2016 • Aprobado: 25 de octubre de 2016

Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5378>

Para citar este artículo: Bran L, Palacios L, Posada IC, Bermúdez V. Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. Rev Cienc Salud. 2017;15(1):59-70. Doi: <http://dx.doi.org/10.12804/revistas.urosario.edu.co/revsalud/a.5378>

Resumen

Introducción: desde la aparición de los primeros casos del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) en Estados Unidos en 1981, se construyó un estigma alrededor de la enfermedad que forjó el concepto sociocultural y los imaginarios respecto a esta, asociando la adquisición del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) —virus que desencadena el síndrome— con limitados grupos de población, lo cual propicia un impacto limitado de las campañas emprendidas en la promoción de la salud. *Objetivo:* comprender el impacto sociocultural del concepto del VIH en las campañas de promoción de la salud desde la percepción de algunos adultos que vivían con la enfermedad en Medellín para el año 2012. *Materiales y métodos:* se realizó una investigación cualitativa, con enfoque histórico hermenéutico, utilizando la Teoría Fundamentada de Barney Glaser y Anselm Strauss. La información se obtuvo a través de entrevistas realizadas a 13 participantes, cuyas transcripciones se analizaron y categorizaron hasta llegar a la saturación teórica. *Resultados:* de acuerdo a los informantes clave del estudio, los conceptos socioculturales que se han erigido en torno al VIH se han convertido en una barrera de acceso a los servicios de salud, debido al estigma social, el significado religioso y los mal denominados grupos de riesgo asociados al virus. *Discusión:* diferentes autores coinciden con los resultados de esta investigación al afirmar

1 Decanatura de Gestión de Empresas de Salud. Institución Universitaria Escolme, Medellín, Colombia. Correo electrónico: ciessalud3@escolme.edu.co

2 Facultad de Medicina. Universidad CES, Medellín, Colombia

3 Facultad Nacional de Salud Pública. Universidad de Antioquia UdeA, Medellín, Colombia

que los conceptos socioculturales forjados alrededor del VIH otorgan una mayor complejidad en el abordaje de la enfermedad, lo cual afecta la respuesta a la epidemia desde de sistemas de salud.

Palabras clave: control de enfermedades transmisibles, estigma social, promoción de la salud, Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH.

Abstract

Introduction: Since the moment in which the first cases of Acquired Immuno-Deficiency Syndrome (AIDS) appeared in the United States in 1981, a stigma was built around the disease which created the social and cultural concept and imagery surrounding the condition. This linked the acquisition of the Human Immunodeficiency Virus (HIV)—the virus that triggers the syndrome—to limited population groups, which in turn led to a limited impact of health promotion campaigns addressing it. *Objective:* To understand the sociocultural impact of the HIV concept in the health promotion campaigns from the perception of some adults living with the disease in Medellín by 2012. *Materials and methods:* A qualitative research project with a historical and hermeneutic approach using the Grounded Theory method of Barney Glaser and Anselm Strauss. Data was obtained through interviews with 13 participants. The transcriptions were analyzed and categorized until reaching theoretical saturation. *Results:* According to key informants of the study, socio-cultural concepts that have been erected around HIV have become a barrier to access health services due to social stigma, religious significance and misnamed group risk associated with the virus. *Discussion:* The results obtained by a number of authors are consistent with those of this study since they state that the social and cultural concepts surrounding HIV make it more difficult to approach the disease, which in turn affects the health systems' response to this epidemic.

Keywords: Communicable disease control, social stigma, health promotion, Acquired Immuno-Deficiency Syndrome, HIV.

Resumo

Introdução: Desde a aparição dos primeiros casos da Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (SIDA) nos Estados Unidos em 1981, construiu-se um estigma ao redor da doença que forjou o conceito sociocultural e os imaginários com respeito a esta, associando a aquisição do Vírus de Imunodeficiência Humana (VIH) —vírus que desencadeia a síndrome— com limitados grupos de população, o qual propicia um impacto limitado das campanhas empreendidas na promoção da saúde. *Objetivo:* Compreender o impacto sociocultural do conceito do VIH nas campanhas de promoção da saúde desde a percepção de alguns adultos que viviam com a doença em Medellín para o ano 2012. *Materiais e métodos:* realizou-se uma pesquisa qualitativa, com enfoque histórico hermenêutico, utilizando a Teoria Fundamentada de Barney Glaser e Anselm Strauss. A informação obteve-se através de entrevistas realizadas a 13 participantes, cujas transcrições se analisaram e categorizaram até chegar à saturação teórica. *Resultados:* de acordo aos informantes chave do estudo, os conceitos socioculturais que se têm erigido em torno ao VIH se têm convertido em uma barreira de acesso aos serviços de saúde, devido ao estigma social, o significado religioso e os mau denominados grupos de risco associados ao vírus. *Discussão:* diferentes autores coincidem

com os resultados desta pesquisa ao afirmar que os conceitos socioculturais forjados ao redor do VIH outorgam uma maior complexidade na abordagem da doença, o qual afeta a resposta à epidemia desde os sistemas de saúde.

Palavras-chave: Controle de doenças transmissíveis, estigma social, promoção da saúde, Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, VIH.

Introducción

Las representaciones simbólicas han influido en los modos como el ser humano se enfrenta a la enfermedad, lo que ha llevado incluso a vulnerar su cohesión con los grupos sociales a los que pertenece, a través de cambios en múltiples dimensiones, que abarcan no solo el proceso de salud y enfermedad, sino también aspectos sociales, políticos, económicos y culturales (1).

El caso del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) representa esta situación; con el primer reporte del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), publicado en junio de 1981 en Estados Unidos, donde se describía la aparición de 5 casos extraños de neomocystosis en Los Ángeles y 26 eventos inusuales de Sarcoma de Kaposi en Nueva York y California, donde los afectados eran varones homosexuales, se generó un estigma en el que se presumía que todo individuo con VIH era homosexual (2).

Sin embargo, dicho estigma se vería confrontado en 1982, cuando los casos de SIDA reportados en el país afectaban además de homosexuales a trabajadoras sexuales, haitianos, usuarios de drogas intravenosas y mujeres parejas de hombres que tenían el síndrome; lo que ante la ciencia médica dejó en evidencia que la enfermedad no era un asunto de la condición sexual. No obstante, en las sociedades modernas el estigma persiste, con variaciones que dependen del contexto sociocultural de cada región donde se origina el virus (2, 3).

Así mismo, otras dimensiones propias de la interacción del individuo con quienes le rodean

se han visto afectadas con el uso indiscriminado del concepto “grupos de riesgo”, como son las relacionadas con la seguridad social en salud —promoción de la salud, prevención, diagnóstico y tratamiento de la enfermedad— (4). Este hecho, se configura en una barrera para el acceso a los servicios de salud de las personas que viven con VIH.

Debe destacarse que a finales del año 2012 vivían en el mundo cerca de 34 millones de personas con VIH; se estimaba que el 0.8% de la población adulta con edades entre los 15 y los 49 años había adquirido la infección; esta cifra variaba notablemente entre países y regiones, lo cual se evidencia en la distribución de la carga de enfermedad, donde la región del Caribe americano era una de las más afectadas después del África subsahariana (5).

En Colombia la prevalencia de la infección por el virus, ha planteado una serie de desafíos al Estado y la sociedad, quienes han conjugado acciones políticas, económicas, sociales y de intervención de la enfermedad, que fueron plasmadas inicialmente en el Plan Nacional de Respuesta ante el VIH/SIDA 2008-2011, en el cual se propendía a contribuir a las diversas estrategias internacionales de la infección, particularmente las planteadas desde el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA —ONUSIDA— (6).

Pese a los esfuerzos realizados en el país, en el departamento de Antioquia, y específicamente en la ciudad de Medellín no se ha alcanzado el impacto necesario para invertir la progresividad del virus. Si bien los esfuerzos

emprendidos en materia política, económica y sociosanitaria han sido cada año más loables, para el año 2011 las infecciones registradas por el virus fueron 1093 en el departamento, de las cuales 634 correspondían a la ciudad, hecho que planteaba retos mayores en materia de salud pública (7).

En este contexto, se puede afirmar que en los diversos servicios ofrecidos para la población con VIH, los aspectos económicos no deben ser los únicos que determinen la accesibilidad; sino que también deben contemplarse dimensiones sociales como el desplazamiento y el prolongado conflicto armado, además de barreras socioculturales como el machismo, la homofobia, la agresión sexual, el sexo por presión económica y la carente percepción de riesgo (8).

El objetivo de este estudio es comprender el impacto sociocultural del concepto de VIH en las campañas de promoción de la salud desde la percepción de algunos adultos que vivían con la enfermedad en Medellín para el año 2012.

Materiales y métodos

Se realizó una investigación cualitativa, con enfoque histórico hermenéutico, que permitió comprender e interpretar los motivos internos del accionar humano, mediante procesos libres y sistematizados, los cuales han facilitado a diversos investigadores estudiar hechos históricos, sociales y psicológicos del ser humano (9, 10). El estudio tuvo una duración de un año, desde abril de 2012 hasta marzo de 2013.

Para el análisis y manejo de la información, se emplearon elementos de la Teoría Fundamentada de Barney Glaser y Anselm Strauss. Esta teoría se relaciona a su vez con el interaccionismo simbólico, dado que el investigador intenta determinar el significado simbólico frente a modos de expresarse, vestirse y relacionarse de las personas con su entorno; desde este punto de vista, el investigador espera cons-

truir lo que los individuos ven como su realidad social (11, 12).

El tipo de muestreo empleado fue teórico, según la Teoría Fundamentada, y consistió en la recolección de datos a partir de informantes clave, elegidos según los hallazgos realizados por el equipo investigador frente a las categorías emergentes (13).

Estas categorías se clasificaron como descriptivas y analíticas de acuerdo al proceso de codificación referido en cada etapa de la teoría; se generaron un total de 1324 códigos. En cada proceso de codificación —abierto y axial para este estudio—, el equipo tomó cada una de las entrevistas transcritas, en búsqueda de la riqueza existente en los argumentos planteados por los participantes, que generaron los códigos, los cuales constituyeron fragmentos que permitieron interpretar las percepciones de cada informante alrededor del eje problemático de esta investigación (13).

De esta manera, en la primera aproximación que se realiza sobre los datos obtenidos a través de la codificación abierta, se generaron seis categorías descriptivas: 1) El contexto de quienes tienen VIH; 2) Las vivencias de quienes viven con el virus; 3) El sistema de salud colombiano; 4) Acciones de promoción de la salud; 5) Acompañamiento de los profesionales de la salud, y 6) Las redes de apoyo para personas seropositivas.

Posterior a este acercamiento a los datos, a través de la recolección de nueva información, con un segundo instrumento diseñado de acuerdo a las categorías descriptivas del estudio, se realizó el proceso de codificación axial, en el que se formularon cuatro categorías analíticas: cambios en la vida social y económica de quienes viven con VIH; el estigma en torno a la enfermedad y su impacto en el acceso a los servicios de salud; la relación médico-paciente y las campañas de promoción de la salud, y el

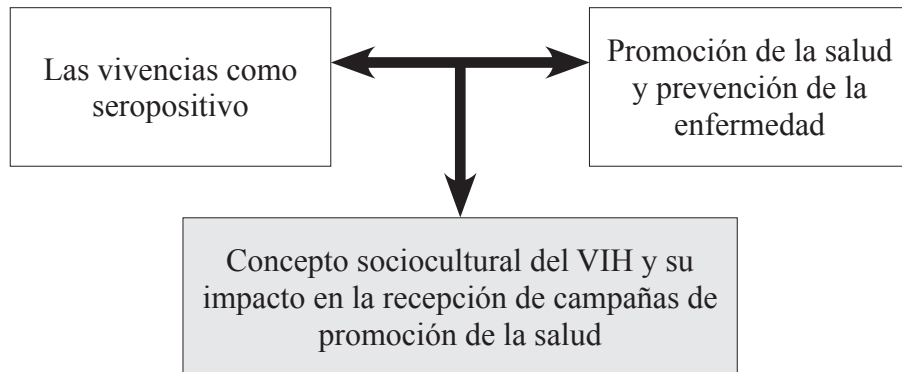


Figura 1. Proceso de construcción de las categorías del estudio¹

concepto sociocultural del virus y las campañas de promoción de la salud, que se expone como resultado de este manuscrito.

Esta última se obtiene a partir de dos categorías descriptivas, como se representa a continuación:

En el estudio, participaron trece personas, diez hombres y tres mujeres; la participación de población femenina fue reducida por los paradigmas creados entorno a la infección. Muchas de las mujeres al ser diagnosticadas con el virus, asumen sentimientos de culpabilidad frente a su condición, pues se infiere socialmente que han adquirido la infección por ser mujeres trabajadoras sexuales o promiscuas (14). Los entrevistados debían cumplir con los siguientes criterios de inclusión: ser mayores de edad, estar diagnosticados con VIH, y vivir y recibir servicios de salud en Medellín. Como criterio de exclusión se tuvo en cuenta evidenciar síntomas de un trastorno mental severo, que impidiera participar con pleno consentimiento en el estudio.

Respecto a las características de la población, los participantes tenían entre 18 y 53 años, poseían diversos niveles de formación académica, que iban desde la básica primaria hasta estudios de posgrado. Adicionalmente, se tuvo en cuenta el régimen de seguridad social en salud al cual pertenecían los interlocutores de esta investigación; de ellos, nueve hacían parte del régimen contributivo, tres del régimen subsidiado y uno de los entrevistados figuraba como población vinculada del Sistema de Seguridad Social en Salud, conocidos también como personas no afiliadas; así mismo se tomaron en consideración sus ocupaciones, de los cuales ocho tenían un empleo estable, dos ejercían como amas de casa y tres se encontraban desempleados.

Debe destacarse que la variedad en las características de los participantes no demostró cambios significativos para los resultados del estudio; la diversidad en los informantes se tomó más como estrategia de abordaje metodológica, que garantizara obtener perspectivas desde diferentes ángulos de quienes viven con el virus.

Estas características fueron especialmente valoradas al hacer un seguimiento de los hallazgos preliminares y el muestreo teórico consecuentemente. Para el método elegido, se buscó que la muestra representara cualitati-

¹ El esquema presentado representa el proceso de categorización emergente que da origen a los resultados propuestos en este estudio, en el que los cuadros superiores son las categorías descriptivas, las cuales articuladas dan como resultado la categoría analítica (cuadro de diálogo inferior) expuesta como hallazgo principal en este manuscrito.

vamente a la población, y por eso el equipo se cuidó de tener la mayor riqueza posible, diversificó en la mayor medida las características demográficas de los informantes, quienes fueron contactados a través de las redes de apoyo existentes en la ciudad —Fundaciones RASA y EUDES—, por lo que puede afirmarse que los hallazgos dan pistas de lo que ocurre al resto de la población, y permite una comprensión más holística del fenómeno de estudio.

La recolección de la información se realizó mediante entrevistas semiestructuradas y a profundidad, cuyas preguntas fueron formuladas con base en los objetivos específicos del estudio, y permitían conversar fluidamente con el participante. Solo se tuvo un encuentro con cada informante, hasta agotar el guión planteado y las narraciones de cada entrevistado; se obtuvo información adicional no contemplada en el instrumento y que el equipo consideró relevante para enriquecer la investigación.

Como consideraciones éticas garantes de la participación de los sujetos en el estudio, se tuvo en cuenta la custodia y confidencialidad de la información, el consentimiento informado para la participación libre y voluntaria, y el respeto por su integridad física y mental; así como brindar información suficiente sobre los objetivos, alcance, metodología, riesgos y otros aspectos de la investigación (15, 16).

Del mismo modo, en pro de garantizar la seguridad de los participantes del estudio, se solicitó el aval de la propuesta por parte del Comité de Ética de la Investigación de la Facultad Nacional de Salud Pública, dependencia de la Universidad de Antioquia. Estos una vez revisada la propuesta, la catalogaron como de riesgo mínimo, hecho consignado en el Acta 077 de dicho comité.

Resultados

La forma de pensar, vestir, actuar e incluso reaccionar de los seres humanos se encuentra

motivada por la cultura en la que se encuentre inmerso cada individuo, lo cual también determina su comportamiento en situaciones de guerra, hambruna o enfermedad. En cuanto a esta última, según el tipo de enfermedad se han generado fuertes estigmas sociales y actos de discriminación; como un claro ejemplo de ello se encuentra la lepra, a quien la tuviera se lo tildaba de pecador y por ende se consideraba que había recibido un castigo divino.

Para el caso del VIH se encuentra una situación similar; los imaginarios sociales que se crearon en torno al virus desde el reporte de los primeros casos en Estados Unidos ha hecho que a quienes viven con la enfermedad no solo se les dificulte la aceptación de su diagnóstico, sino que además se les desencadene toda una serie de adversidades que trascienden las esferas económicas y sociales, que permean la efectividad de las acciones emprendidas por los gobiernos y los sistemas de salud para la prevención y tratamiento integral de la enfermedad.

Es conveniente entonces no desconocer cómo los conceptos socioculturales influyen en la forma en que se puede llegar a comprender la enfermedad y prevenirla, situación que fue expresada por cada uno de los participantes de la investigación. Se resalta, principalmente, cómo tales conceptos pueden disminuir el alcance y la efectividad de las campañas de promoción de la salud, elemento fundamental de la salud pública en las comunidades.

Dentro de tales imaginarios, se puede encontrar la influencia que ha tenido la religión como referencia de normas de comportamiento, debe tenerse en cuenta que la ciudad de Medellín, al igual que otros municipios colombianos, tiene una gran presencia religiosa. Los participantes lo manifestaron así:

¿Cómo se le ocurre a usted que un país como éste, donde a toda parte que uno va, ve la cruz colgada o la imagen de aquel santo y no sé qué más...? Pero por favor, imposible. Yo creo en Dios pero también creo en el SIDA y por algo lo tengo; eso de no usar condón, que el pecado y lo de más allá, eso no.

Ahí fui y hablé con mi hermana, y le dije, y ella supo eso, y la entiendo, a ella le dio muy duro. Entonces ahí mismo fue a hablar con el sacerdote, y entonces él dijo que tenía que confesarme que porque pensó que eso era un pecado. Pues muy mortal y resulta que yo me di cuenta a los días, que él publicó eso, pensando pues, eso fue en un pueblo, menos mal que fue en un pueblo que ya queriendo decir a los jóvenes que eso está invadido, que tuvieran cuidado entonces a la hermana mía le dio tan duro que ni volvió a misa.

Con el panorama expuesto, se puede evidenciar cómo las creencias dogmáticas generan información errónea que puede influir en la creación de imaginarios alrededor del VIH, que complejizan aún más la situación; como cuando se cree que un seropositivo llevará a una comunidad completa a estar contagiada, o asumir que el uso de preservativo es un acto pecaminoso, lo que hace olvidar que, hasta la fecha, es el método de barrera más efectivo para la prevención del virus. Estos imaginarios parten entonces de la concepción de pecado y del significado de placer.

Adicionalmente, es muy importante el peso relativo de la religión en la sexualidad y su ejercicio. En este tema las opiniones de los entrevistados fueron muy diversas. Algunos consideraron que la iglesia, fundamentalmente la católica, constituye un obstáculo para el ejercicio de la sexualidad, especialmente al dificultar el hablar libre y abiertamente del

tema. Le atribuyen una gran responsabilidad en mantener el tema como tabú y en impedir que se efectúen campañas masivas de prevención del VIH/SIDA, con información clara y especialmente aquellas que promuevan el uso del preservativo.

En este orden de ideas, si bien las religiones son fuente de fe y esperanza para los seres humanos en situaciones adversas —además de ser un núcleo de formación en valores que fortalecen la cohesión del individuo a la sociedad—, también son un agente que obstaculiza los mensajes emitidos desde las ciencias de la salud y las ciencias sociales en las campañas de promoción en salud, y plantean nuevos retos a los sistemas sanitarios y a los gobiernos para lograr la concientización y participación de todos los sectores sociales, como el educativo y el religioso, en el proceso de prevención de la enfermedad.

A la complejidad del estigma que ha presentado durante años el VIH, se suman las manifestaciones de repudio construidas alrededor de las personas homosexuales, esta situación ha limitado, aún en tiempos modernos, el conocimiento del virus, puesto que su asociación errónea con la condición sexual, ha hecho de este grupo poblacional uno de los más censurados y discriminados en la sociedad, como lo expresaron diferentes informantes del estudio:

Yo en principio no estaba muy empapada de lo que era el virus como tal, lo oía mencionar, y sí oía que era como a los homosexuales y también en el África, pues si eso lo oía.

Seguimos pensando que los únicos promiscuos somos los homosexuales y estamos completamente equivocados, a mí cuando me dicen no es que los homosexuales son muy promiscuos, no conocen el mundo, no conocen a los heterosexuales. Entonces las campañas han venido orientadas mucho a

la población homosexual y se ha descuidado mucho la otra parte, pero como se pensó que era una enfermedad solo de homosexuales al principio, es doloroso que una madre de familia o una señora ya se infecte porque el marido se va por ahí hacer de las suyas.

Tal asociación entre el contagio del VIH y un grupo de personas que comparten preferencias y características similares no solo ha tenido alcance en los homosexuales, sino también en mujeres trabajadoras sexuales y farmacodependientes. Respecto a ello los participantes compartieron:

Pues sí, como ya le había dicho, mi marido a mí me dejó por fufa². Él decía que esa enfermedad le daba a los raritos y a las fufas, porque justamente a un amigo de él lo había infectado hace mucho una prostituta.

No, yo pensaba que eso le daba no más a las mujeres prostitutas, que se acostaban con el uno, el uno, y el otro y el otro, y que y que, que si se la pegaba uno, todos los que estuvieran con ella se los pegaban.

Del mismo modo, debido al desconocimiento y a la errónea información que se tiene referente a la enfermedad, los mecanismos de prevención y tratamiento, asocian el VIH con la muerte. Esta situación conlleva al desinterés de acceder de forma oportuna a los servicios de salud; a suspender sus tratamientos en caso de haber iniciado un proceso de rehabilitación, o en una situación extrema a practicar conductas de riesgo que deterioran su salud y la de sus pares, porque desde su perspectiva dicha situación les lleva a no creer en la existencia de un futuro.

Me preocupó la tristeza y el susto de ella pensando que yo me iba a morir, porque eso era lo poquito que yo conocía respecto al VIH... que le daba a los homosexuales, que existía en el África, que me daba muerte segura.

En este sentido, resulta confuso el conocimiento existente respecto al riesgo para las personas expuestas al virus, dado que para algunos individuos la mayor probabilidad de infectarse está asociada a los consumidores de drogas inyectables y para otros, a aquellos que buscan el placer sexual.

Así mismo, el VIH se ha presentado como una enfermedad que se percibe ligada a la muerte, que solo hace parte de la vivencia de los mal denominados “grupos de riesgo” y sus representaciones fuertemente asociadas a la homosexualidad, la prostitución y la toxicomanía, lo cual implica la necesidad de mejorar la visión del otro y replantear los programas de educación en salud, anulando el uso de la expresión de “grupos de riesgo”, puesto que esta dificulta la difusión de una percepción del riesgo adecuada para la población en general y aminora la adopción de conductas saludables (17). Para validar este argumento uno de los informantes del estudio comparte:

Sabemos que todos los mitos que se están generando alrededor de la enfermedad ocasionan que una campaña que lances para prevenir el VIH sea evadida por todo el mundo, pensando que eso es exclusivo para gays o fufas como fue mi caso, según mi exesposo. Pero lo peor es que si tú ves, muchas campañas que emite el mismo Ministerio son enfocadas a esta población; lo que para mí como profesional de la salud duele, porque estamos afirmándole con eso a la gente, sí el SIDA solo da en X o Y grupo.

2 Palabra utilizada para referirse a una mujer promiscua.

Por ello, en el marco de estos imaginarios, cualquier estrategia emitida para la prevención del virus o información adicional para educar a los ciudadanos, puede fracasar o resultar ineficiente, dado que con el uso de términos como “grupos de riesgo” las personas que no consideren estar en dicho grupo, harán caso omiso a los mensajes emitidos; considerándose ajenos a la situación:

Yo por eso insisto en que todos los que vivimos con SIDA tenemos que salir, hay que ir a las escuelas, los colegios, las universidades, todo, todo, todo donde se pueda estar y compartir lo que es vivir con VIH. Hay que ir y quitarle a la gente de la cabeza esas ideas de pensar no es que, es que eso no me va a dar a mí, o no eso le da a los afeminados, cuáles afeminados, miren ustedes las tasas y esas cosas que muestran, ya hasta hay más mujeres que hombres con SIDA, entonces todas las mujeres son putas o qué, la educación ayuda mucho en eso, pienso, pues, yo, y además con mi pareja lideramos muchas cosas, yo en Bogotá con mi pareja lideré que ir a los bomberos, a la policía, a muchas partes a educar.

Es así como, pese a que ha existido un avance e interés por abordar tal problemática, se ha observado la influencia que aún tienen los imaginarios que persisten en la sociedad referente a las formas de contagio, prevención o tratamiento del VIH. Sin embargo, es pertinente que la promoción de la salud esté en todos los lugares y en todos los espacios, para asimilar que el virus no es algo lejano a cada individuo, que para todos existe un riesgo de contraer la infección, por lo que si se logra prevenir y abordar, se evitarán consecuencias negativas en las condiciones de vida de las personas.

Discusión

Sin lugar a dudas, los conceptos socioculturales erigidos alrededor del VIH han dependido no solo de los antecedentes históricos de la enfermedad, sino también del contexto en que se presentan. En su estudio Torres et al. ponen de manifiesto los diversos significados existentes alrededor de la enfermedad por parte de adolescentes en Bolivia, Chile y México, los cuales van desde los aspectos físicos asociados al virus, hasta la correlación con la muerte; lo que respalda el resultado central de esta investigación donde dichos conceptos limitan la efectividad de las campañas emprendidas para la promoción de la salud (18).

En concordancia con lo anteriormente expuesto, el estudio de Torres y Munguía refleja que ante el diagnóstico como seropositivo se generan toda una serie de emociones, que abarcan entre otras la tristeza, la culpa y el temor a morir; esto alimentado según la investigación de Cardona e Higuera por las construcciones sociales generalmente aceptadas, tales como pensar que el más mínimo contacto con alguien infectado con el virus, compartir cubiertos o prendas de vestir podría propiciar la adquisición de la enfermedad (19, 20).

Estas construcciones son alimentadas por el estigma entretejido hacia la enfermedad, lo que conduce a asociar la infección con determinadas personas, en función de su condición sexual —como es el caso de los homosexuales y hombres que tienen sexo con hombres— tal como se evidenció en este estudio, y es validado por Smit et al. y Wilson et al. Así mismo, como hecho relevante, la raza o etnia de quien vive con el virus propicia una serie de disparidades, que afectan la salud física y mental de estas personas, como lo expresan Earnshaw et al. en su investigación (21, 22, 23).

En cuanto a la discriminación que ha suscitado el virus en torno a las trabajadoras sexuales, el estudio realizado por Folch et al. ha dejado en evidencia cómo carece de validez la creencia preestablecida de que estas mujeres puedan ser una pieza clave de la transmisión de la infección al resto de la población (24).

Del mismo modo, la existencia de estos estigmas ha tenido fundamento no solo en el desconocimiento de las personas frente a la enfermedad, sino también por los discursos de actores sociales de vital relevancia, como la religión —para el contexto latinoamericano, el catolicismo particularmente—. De acuerdo a la investigación de Murray et al., las primeras reacciones de los funcionarios de la iglesia católica fueron de extremo conservatismo moral, lo que propició por tanto que se ahondara la discriminación asociada al VIH (25).

De allí que resulte fundamental para combatir la epidemia del virus, garantizar la movilización no solo de los actores del sistema sanitario, sino también, incorporar otros agentes clave como las organizaciones comunitarias y aquellas basadas en la fe, como es el caso de la iglesia, independientemente de la línea o ideología por la que se orienten, dado que estas últimas poseen un rol clave a escala mundial en la promoción de acceso a servicios de atención primaria en salud y difusión de estrategias en salud pública, tal como lo aseveran Muñoz et al. en su estudio. En este mismo sentido, Joshua destaca en su investigación, el rol de la iglesia católica en el empoderamiento de derechos sociales en poblaciones fuertemente golpeadas por el VIH (26, 27).

Por lo tanto, de acuerdo a la percepción de los adultos que vivían con el virus en la ciudad de Medellín para el año 2012, se puede concluir que los conceptos socioculturales construidos entorno al VIH se han constituido en una barrera de acceso a los servicios de salud, lo cual afecta la posibilidad de brindar tratamiento y rehabilitación a quienes han sido diagnosticados con la enfermedad, hecho que menoscaba su calidad de vida; así mismo,

coarta la participación en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

En este orden de ideas, este estudio deja una serie de retos para la comunidad académica, agentes del sistema de salud —incluyendo aquellas personas que viven con VIH— y población civil en general, que incluyen replantear las estrategias emprendidas en materia de promoción de la salud y prevención de la enfermedad asociada al virus, a través de acciones que mitiguen el efecto del concepto sociocultural de la infección, donde se asocia la condición de seropositivo a mal denominados “grupos de riesgo” tales como homosexuales, trabajadoras sexuales, africanos o usuarios de drogas intravenosas; pues esto limita la efectividad de las acciones emprendidas por los gobiernos en materia de salud pública.

Del mismo modo, tal como lo afirman Airhihenbuwa et al., el hecho que la infección esté asociada a un grupo minoritario, ha llevado a configurar una exposición crónica a la marginalización y discriminación, que, como ya se ha mencionado a lo largo de este manuscrito, limita el impacto de las estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad (28).

Agradecimientos: Nuestro más profundo agradecimiento a las Fundaciones RASA y EUDES de la ciudad de Medellín, quienes sirvieron de enlace con los informantes clave del estudio. Así mismo, expresamos nuestra gratitud a la Estrategia de Sostenibilidad CODI de la Universidad de Antioquia por el apoyo recibido.

Descargos de responsabilidad: El equipo investigador manifiesta que no existen conflictos de interés respecto a los resultados expuestos en este artículo, se cumplieron, además, a cabalidad los criterios éticos para el manejo de la información y no hubo una entidad financiadora en el proceso; los costos fueron asumidos por parte de los investigadores.

Referencias

1. Ramos J, Soler C. *¿Cómo ves? el VIH/SIDA*. Ciudad de México: Universidad Nacional Autónoma de México; 2006.
2. Posada I. El significado del riesgo y la autonomía en hombres que tienen sexo con hombres y su relación con comportamientos de alto riesgo para adquirir la infección por VIH/SIDA, en la ciudad de Medellín en el año 2004-2005. [tesis de maestría]. [Medellín]: Universidad de Antioquia; 2005.144p.
3. Wohl A, Galvan F, Carlos J, Myers HF, Garland W, Witt MD, et al. A comparison of MSM stigma, HIV stigma and depression in HIV-positive Latino and African American men who have sex with men (MSM). *AIDS Behav*. 2013;17(4):1454-64.
4. Cardona J. Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA. *Ap Salud Pública* 2010;12(5):765-76.
5. Rosabal E, Sánchez Y, Rosabal R, Arias E, Rodríguez V. Conocimientos sobre VIH/SIDA, percepción de riesgo y comportamiento sexual en estudiantes universitarios. *Multimed*. [internet] 2016; 20 (1). [Consultado 2016 nov 8]. Disponible en: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2016/mul161b.pdf>
6. Arrivillaga M, Alzate M, Useche B. Políticas públicas, sistema de salud y mujeres con VIH/SIDA en Colombia: un análisis crítico. *Rev Gerenc Polit Salud*. 2009;8(16):57-71.
7. Alcaldía de Medellín, Secretaría de Salud de Medellín. *Indicadores Básicos 2011, situación de salud de Medellín*. Medellín: Alcaldía de Medellín; 2012.
8. Aristizábal C. Estigma y discriminación frente a las personas con VIH como fuente de vulnerabilidad e inequidad en la atención en salud. En: Arrivillaga Quintero M, Useche Aldana B. *Sida y sociedad: crítica y desafíos sociales frente a la epidemia*. Bogotá DC: Ediciones Aurora; 2011.
9. Restrepo C. *Producción de textos educativos*. 3ª ed. Bogotá: Cooperativa Editorial Magisterio; 2008.
10. Zuñiga F, Pulido R, Ballen M. *Abordaje hermenéutico de la investigación cualitativa: teorías, procesos, técnicas*. 2ª ed. Medellín: Editorial Universidad Cooperativa de Colombia; 2007.
11. Corbin A, Strauss A. *Bases de la investigación cualitativa: técnicas y procedimientos para desarrollar la teoría fundamentada*. Medellín: Editorial Universidad de Antioquia; 2002.
12. De la Cuesta C. La teoría fundamentada como herramienta de análisis. *Cultura de los cuidados*. 2006;10(20):136-40.
13. Carrero V, Soriano R, Trinidad A. *Teoría fundamentada: El Desarrollo de la teoría desde la generación conceptual*. 2ª ed. Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas, 2012.
14. Hivos People Unlimited. *Estudio diagnóstico de situación sobre estigma y discriminación hacia personas con VIH, hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales*. [Internet]. [2015 junio 6]. Disponible en: <http://hivos.org.gt/wp-content/uploads/2015/03/Estudio-Estigma-y-Discriminacion.pdf>
15. Manzini J. Declaración de Helsinki: principios éticos para la investigación médica sobre sujetos humanos. *Acta bioeth*. 2000;6(2):321-34.
16. Ministerio de Salud, Colombia. Resolución 8430 de 1993 por la cual se establecen las normas técnicas y administrativas de la investigación en salud. (1993 oct 4).
17. Melo A. *El amor de los muchachos, homosexuales y literatura*. Buenos Aires: Ediciones LEA SA; 2005.
18. Torres T, Reynaldos C, Lozano A, Munguía J. Concepciones culturales del VIH/SIDA de adolescentes de Bolivia, Chile y México. *Rev Saúde Pública*. 2010;44(5):820-29.
19. Arias C, Antonio J, Higueta L. Calidad de vida en personas con VIH/SIDA pertenecientes a una organización no gubernamental. Medellín (Colombia), 2009. *Revista Salud Uninorte*. 2011;27(2):236-46.

20. Torres T, Aránzazu J. Concepciones culturales del VIH/SIDA de jóvenes que son parte de grupos culturales juveniles de Guadalajara, México. *CES Psicología* 2012;5(2):119-33.
21. Smit P, Brady M, Carter M, Fernandes R, Lamore L, Meulbroek M, et al. HIV-related stigma within communities of gay men: A literature review. *AIDS Care*. 2012;24(4):405-12.
22. Earnshaw V, Bogart L, Dovidio J, Williams D. Stigma and racial/ethnic HIV disparities: Moving toward resilience. *Am Psychol*. 2013;68(4):225-36.
23. Wilson P, Wittlin N, Muñoz M, Parker R. Ideologies of black churches in New York City and the public health crisis of HIV among black men who have sex with men. *Global Public Health* 2011;6(2):227-42.
24. Folch C, Casabona J, Sanclemente C, Esteve A, González V. Tendencias de la prevalencia del VIH y de las conductas de riesgo asociadas en mujeres trabajadoras del sexo en Cataluña. *Gaceta Sanitaria*. 2014;28(3):196-202.
25. Murray L, García J, Muñoz M, Parker R. Strange bedfellows: the Catholic Church and Brazilian National AIDS Program in the response to HIV/AIDS in Brazil. *Soc Sci Med*. 2011;72(6):945-52.
26. Muñoz M, García J, Moon J, Wilson P, Parker R. Religious responses to HIV and AIDS: understanding the role of religious cultures and institutions in confronting the epidemic. *Global Public Health*. 2011;6(2):127-31.
27. Joshua S. A critical historical analysis of the South African Catholic Church's HIV/AIDS response between 2000 and 2005. *African Journal of AIDS Research*. 2010;9(4):437-47.
28. Airhihenbuwa C, Ford C, Iwelunmor J. Why culture matters in health interventions lessons from HIV/AIDS stigma and NCDs. *Health Educ Behavior*. 2014;41(1):78-84.