

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

CONOCIMIENTO Y ESTIGMA ASOCIADO AL VIH EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR, GUATEMALA, MARZO 2018.
TESIS DE GRADO

HÉCTOR MANUEL MENDIZABAL GUZMÁN
CARNET 10925-12

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
LICENCIATURA EN MEDICINA

CONOCIMIENTO Y ESTIGMA ASOCIADO AL VIH EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.

UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR, GUATEMALA, MARZO 2018.
TESIS DE GRADO

TRABAJO PRESENTADO AL CONSEJO DE LA FACULTAD DE
CIENCIAS DE LA SALUD

POR
HÉCTOR MANUEL MENDIZABAL GUZMÁN

PREVIO A CONFERÍRSELE
EL TÍTULO DE MÉDICO Y CIRUJANO EN EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO

GUATEMALA DE LA ASUNCIÓN, AGOSTO DE 2018
CAMPUS CENTRAL

AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR

RECTOR: P. MARCO TULIO MARTINEZ SALAZAR, S. J.
VICERRECTORA ACADÉMICA: DRA. MARTA LUCRECIA MÉNDEZ GONZÁLEZ DE PENEDO
VICERRECTOR DE INVESTIGACIÓN Y PROYECCIÓN: ING. JOSÉ JUVENTINO GÁLVEZ RUANO
VICERRECTOR DE INTEGRACIÓN UNIVERSITARIA: P. JULIO ENRIQUE MOREIRA CHAVARRÍA, S. J.
VICERRECTOR ADMINISTRATIVO: LIC. ARIEL RIVERA IRÍAS
SECRETARIA GENERAL: LIC. FABIOLA DE LA LUZ PADILLA BELTRANENA DE LORENZANA

AUTORIDADES DE LA FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

DECANO: DR. EDGAR MIGUEL LÓPEZ ÁLVAREZ
SECRETARIA: LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN
DIRECTOR DE CARRERA: MGTR. EDGAR ENRIQUE CHÁVEZ BARILLAS

NOMBRE DEL ASESOR DE TRABAJO DE GRADUACIÓN

LIC. RUTH MARIA GUERRERO CABALLEROS

TERNA QUE PRACTICÓ LA EVALUACIÓN

MGTR. ANA CECILIA YOJCÓM GONZÁLEZ DE PATZÁN
MGTR. MA. TERESA GUADALUPE SOTELO GUZMÁN DE AGUILAR
LIC. ALBA MARISOL BATRES MORENO



**VISTO BUENO INFORME FINAL DE TESIS
ASESOR DE INVESTIGACION**

Guatemala, 16 de marzo de 2018.

Comité de Tesis
Departamento de Medicina
Facultad de Ciencias de la Salud
Universidad Rafael Landívar

Estimados miembros del Comité:

Deseándoles éxitos en sus actividades académicas regulares, me place informales que he revisado el informe final de tesis de graduación titulado: **CONOCIMIENTO Y ESTIGMA ASOCIADO AL VIH EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS / Universidad Rafael Landívar, Guatemala marzo 2018** del estudiante **Héctor Manuel Mendizábal Guzmán** con **carné N° 1092512**, el cual he acompañado desde la fase de protocolo y, hasta el momento, ha cumplido con las exigencias y procedimientos establecidos en la Guía de Elaboración de Tesis de la Licenciatura en Medicina de esa universidad.

Por lo anterior, doy mi anuencia para que dicho informe pase a consideración del Comité de Tesis para su aprobación, no teniendo de mi parte ningún inconveniente para que dicho alumno pueda continuar con el proceso establecido por la Facultad de Ciencias de la Salud, para solicitar la *defensa de tesis* del trabajo en mención.

Sin otro particular, atentamente,


Cel. 11, 833.

Dra. Ruth M. Guerrero C.
Asesora de Investigación



Orden de Impresión

De acuerdo a la aprobación de la Evaluación del Trabajo de Graduación en la variante Tesis de Grado del estudiante HÉCTOR MANUEL MENDIZABAL GUZMÁN, Carnet 10925-12 en la carrera LICENCIATURA EN MEDICINA, del Campus Central, que consta en el Acta No. 09722-2018 de fecha 21 de agosto de 2018, se autoriza la impresión digital del trabajo titulado:

**CONOCIMIENTO Y ESTIGMA ASOCIADO AL VIH EN ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS.
UNIVERSIDAD RAFAEL LANDÍVAR, GUATEMALA, MARZO 2018.**

Previo a conferírsele el título de MÉDICO Y CIRUJANO en el grado académico de LICENCIADO.

Dado en la ciudad de Guatemala de la Asunción, a los 24 días del mes de agosto del año 2018.



LIC. JENIFFER ANNETTE LUTHER DE LEÓN, SECRETARIA
CIENCIAS DE LA SALUD
Universidad Rafael Landívar

DEDICATORIA

A mi madre: Patricia Guzmán por ser uno de los pilares de mi vida; gracias por alentarme en cada momento y enseñarme que si caía, únicamente sería para tomar impulso. Por tanta sabiduría que me diste en mis momentos de oscuridad y porque siempre estuviste allí creyendo en el potencial que tenía para dar. Te lo dedico a ti por ser el ser el milagro en persona que la vida y Dios me pudieron regalar y, sobre todo, por el hecho de enseñarme que cada batalla se debe luchar con fuerza, pero siempre teniendo fe en Dios. Estoy eternamente agradecido con Dios por haberme dado la oportunidad de vivir mi vida con una madre ejemplar como tú. Por eso y mucho más, gracias madre, te amo.

A mi padre: Héctor Mendizábal por ser otro pilar de mi vida; hoy te dedico este trabajo como agradecimiento por todo el respaldo que me has dado y me sigues brindando; lo dejo como evidencia del fruto de tu apoyo y tu amor. Asimismo, por ayudarme en momentos de angustia, donde con tus sabias palabras podías hacerme ver de nuevo el camino para seguir andando. Estoy eternamente agradecido con Dios por haberme dado la oportunidad de vivir mi vida con un padre ejemplar como tú. Por eso y mucho más, gracias padre, te amo.

A mi hermana: Alejandra Mendizábal por ser el otro pilar de mi vida y que siempre estuviste presente en mis momentos más difíciles. Nunca perdiste la esperanza en mí, siempre confiaste en que llegaría lejos y con tu ayuda pude culminar este triunfo, el cual celebro junto contigo. Sin darte cuenta, fuiste de mis alientos más fuertes durante este trayecto; gracias por ser genuina y enseñarme que a pesar que las cosas no van como uno quiere, debemos adaptarnos y sacar provecho para mejorarlas. Por eso y mucho más, gracias hermana, te amo.

A mis abuelos: María Eugenia Osorio Ordoñez de Guzmán (+), Joaquín Oliverio Guzmán Maldonado (+), María Eugenia Archila de Mendizábal y Manuel de Jesús Mendizábal Castillo por el amor y el apoyo a lo largo de mi vida. Gracias por siempre creer en mí y nunca haberme dejado desamparado y por ser parte fundamental de mi historia, de mis raíces. Un abrazo al cielo y el otro lo dejo aquí en la tierra, los amo.

A demás familia, amigos, maestros, y doctores que me apoyaron y favorecieron en mi crecimiento tanto profesional, como personal.

AGRADECIMIENTOS

A Dios por haberme dado siempre fortaleza, aún en los días más difíciles.

A la Universidad Rafael Landívar por su apoyo incondicional al momento de elaborar el trabajo de campo.

A mi asesora la Dra. Ruth María Guerrero Caballeros por su dirección, atención y apoyo constante en la tesis.

A mi tutor Lic. Jorge Matute por sus consejos y asesoría en estadística.

RESUMEN

Antecedentes: el estigma hacia el VIH es un problema que engloba diversos factores, especialmente la falta de conocimiento sobre él. El hecho de presentar estigma, puede generar actos discriminatorios hacia personas que infectadas y que pertenezcan a grupos de mayor riesgo de infectarse. Esto promueve la auto-estigmatización en estos grupos pudiendo desencadenar diversos trastornos psiquiátricos.

Objetivos: determinar el nivel de conocimiento y estigma sobre VIH en los estudiantes universitarios durante Marzo 2018.

Diseño: Analítico, cohorte.

Lugar: Universidad Rafael Landívar, campus central.

Materiales y Métodos: se utilizó un cuestionario básico de 18 preguntas sobre VIH denominado HIV-KQ18 y una encuesta de 20 enunciados realizada por PASCA que mide el estigma asociado al VIH, evaluando de esta forma a 908 estudiantes distribuidos en 8 facultades de la universidad.

Resultados: el 42% de la población presenta un conocimiento inadecuado sobre VIH, siendo la Facultad de Ciencias de la Salud la que presentan más conocimiento con un 76.7%, mientras que la Facultad de Humanidades son los que menos conocen teniendo un 49.2%. El 86.5% de la población presenta algún nivel de estigma, siendo el nivel de estigma leve el que predomina en los estudiantes con un 57.3%.

Conclusiones: Hasta un 47% de los estudiantes landivarianos posee un conocimiento inadecuado sobre VIH, siendo las vías de transmisión y prevención del virus los temas más deficientes. Hasta un 89% de los estudiantes presenta algún grado de estigma, siendo el leve el que más prevalece.

Palabras clave: *VIH, VIH avanzado, estigma.*

ÍNDICE

1. Introducción.....	1
2. Justificación.....	2
3. Marco Teórico	3
3.1 Estigma.....	3
3.1.1 Definición	3
3.1.2 Conceptualizar el estigma	3
3.1.3 Mecanismos de estigmatización.....	4
3.1.4 El estigma como una amenaza de identidad	5
3.1.5 Los Resultados de Estigmatizar	6
3.1.6 Estigma asociado al VIH.....	8
3.1.7 Estigma por orientación sexual, identidad de género y trabajo sexual	9
3.1.7.1 Situación en Guatemala.....	10
3.2 Virus de la Inmunodeficiencia Humana	11
3.2.1 Biología de los Virus de la Inmunodeficiencia Humana	11
3.2.1.1 Descubrimiento.....	11
3.2.1.2 Virus de la Inmunodeficiencia Humana de tipo 1	11
3.2.1.3 Virus de la Inmunodeficiencia de tipo 2	11
3.2.2 Transmisión del VIH a través de las superficies mucosas	12
3.2.3 Factores de Riesgo.....	13
3.2.4 Prevención del VIH	13
3.2.5 Situación de la epidemia de VIH en Guatemala.....	15
4. Objetivo	16
5. MATERIALES Y MÉTODOS	17
5.1 Diseño del estudio	17
5.2 Población	17
5.3 Muestra.....	17
5.4 Herramienta	17
5.5 Procedimiento.....	18
5.6 Alcances y límites de la investigación	19
5.7 Aspectos éticos de la investigación.....	19

6. Indicadores (variables)	20
7. Resultados	23
7.1 Caracterización de los estudiantes	23
7.2 Conocimientos, opinión y estigma	25
7.2.1 Asociaciones con el conocimiento.....	28
7.2.3 Asociaciones con estigma.....	34
8. Análisis y Discusión de Resultados.....	35
8.1 Caracterización de la muestra	35
8.2 Conocimiento sobre VIH.....	35
8.3 Opinión	41
8.4 Estigma.....	41
9. Conclusiones.....	47
10. Recomendaciones.....	48
11. Bibliografías.....	49
12. Anexos.....	51

1. Introducción

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana o VIH es un problema epidemiológico importante en Guatemala, donde para junio del año 2017 se contabilizaron 37,345 casos. El 62% del total de los casos son masculinos, obteniendo una razón de 1.6 (por cada 2 masculinos hay un femenino). Dentro de los departamentos que presentan más casos nuevos de VIH, para el 2016 se encuentra Escuintla como primer lugar, Ciudad de Guatemala como segundo lugar e Izabal en tercero. (1)

La palabra estigma se refiere a una característica o atributo indeseable, el cual desacredita rotundamente a una persona volviéndola diferente a los demás. Según la Guía del usuario del Índice de Estigma en personas que viven con VIH, el estigma es un signo de desgracia o vergüenza, el cual está compuesto por diversos factores como el desconocimiento de la enfermedad, la ignorancia en cuanto a la transmisión del virus, la pobre accesibilidad al tratamiento y los prejuicios y fobias relacionados con temas sociales muy delicados, como la sexualidad, la enfermedad y la muerte. Adicional a esto, las personas que viven con VIH generan una “auto-estigmatización”, debido a que internalizan todas las ideas y creencias negativas que la sociedad les impone. Lo cual puede conducir a depresión, retraimiento, sentimientos de auto desprecio y, en el caso más extremo, suicidio. (2, 3)

Para el 2016, en Guatemala, PASCA realizó una encuesta de estigma y discriminación donde se evidenció que el 60% de la población estudiada considera aceptable que un empleador solicite una prueba de VIH, lo que puede traducirse como la promoción a excluir a las personas que viven con VIH del trabajo o bien discriminarlas. Por otro lado, solamente el 34% de la población opina que las mujeres con VIH tienen derecho a quedar embarazadas. El 70% de la población guatemalteca preferiría que aquellos niños y niñas que viven con VIH se encuentren segregados del resto. Se concluyó que la población evidencia acciones de inclusión bajas hacia personas que viven con VIH y de alto riesgo, así como la creencia que el VIH es un castigo divino para poblaciones en riesgo secundario a su comportamiento. Asimismo la ENSMI evidenció en el 2017 que el 35% de las mujeres y 31% de hombres creen que el utilizar condón y practicar la fidelidad no reduce el riesgo de contraer VIH. También que el 84% de mujeres de educación superior conocían más sobre transmisión vertical, en comparación a mujeres sin educación superior con un 43%. Esto deja expuesto que la falta de conocimiento científico de la población sobre el virus promueve creencias erróneas en cuanto a prevención y transmisión del VIH, aumentando tasas de infección y el estigma y discriminación hacia personas infectadas. (4, 5)

El presente estudio se enfocó primordialmente en evaluar el conocimiento y el estigma asociado al VIH que presentan los estudiantes universitarios de la Universidad Rafael Landívar de Guatemala, durante los meses de abril - junio 2017.

2. Justificación

Es necesario que los estudiantes universitarios tengan un buen conocimiento sobre VIH con el fin de prevenir la transmisión del virus, especialmente debido a que esta población se encuentra entre el rango de edad donde más diagnósticos de VIH y VIH avanzado se han realizado. Sin embargo, pese a que la Universidad Rafael Landívar ya se encuentra brindando temas sobre VIH dentro de sus cursos y se sabe la importancia de promover un buen conocimiento sobre el tema, no se tienen datos que puedan evidenciar si los estudiantes presentan un conocimiento adecuado o no, con respecto al virus.

Por otro lado, como se mencionó anteriormente, la falta de conocimiento específico sobre el VIH, promueve creencias erróneas en cuanto a prevención y transmisión del virus, aumentando tasas de infección y estigma. Debido a esto, es necesario medir el estigma al VIH, pues si los estudiantes presentan un conocimiento inadecuado sobre este, podría traducirse en un aumento de estigma asociado al VIH dentro de esta población, lo que representaría actitudes de rechazo e intolerancia hacia personas que viven infectadas o poblaciones de mayor riesgo de infectarse. Un claro ejemplo que podría promover el estigma asociado al VIH, es el rechazo de los estudiantes a que mujeres infectadas queden embarazadas, niños y niñas infectados estudien en el mismo lugar que el resto de niños, o bien el hecho de rechazar a personas de poblaciones clave como hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y transgénero femeninas.

Sumando la falta de conocimiento más el estigma, lo que lleva a actos discriminatorios, esto engloba una situación de estrés prolongado en personas que viven con VIH y en personas de poblaciones clave. Esto se conoce como auto – estigmatización, lo que provoca que este grupo de personas sientan vergüenza hacia ellos mismos, generando una actitud de rechazo personal debido a que internalizan todas las ideas y creencias negativas que la sociedad les impone. Esto puede conducir a depresión, retraimiento, sentimientos de auto desprecio y, en el caso más extremo, suicidio.

Es imperativo poder determinar el conocimiento sobre VIH en los estudiantes, con el fin de evaluar sus actitudes ante la enfermedad y evidenciar si presentan las bases fundamentales de prevención de la enfermedad y para reducir el riesgo de infección entre ellos. Asimismo, se necesita evaluar el estigma que presenta la población landivariana ante personas que viven con VIH o poblaciones clave, con el fin de evitar favorecer con la auto-estigmatización y sobre todo promover una convivencia integral tanto entre la comunidad landivariana, como en su ámbito personal y profesional.

3. Marco Teórico

3.1 Estigma

3.1.1 Definición

El estigma es un término de origen griego, el cual aludía a una marca en la piel, como un corte o quemadura. Este tipo de marca representaba a personas rechazadas socialmente como esclavos, criminales y traidores. Teniendo claro el origen de la palabra, se puede definir estigma como una palabra que connota un atributo negativo o indeseable, específicamente que desacredita a una persona volviéndola “diferente” a los demás. Sin embargo, se debe especificar que estos atributos que se le otorgan a una persona son únicamente aquellos que se vuelven incongruentes con el estereotipo social sobre cómo deben ser y comportarse cierto grupo de personas dentro de una sociedad. Concluyendo así que el estigma es una relación concreta entre un atributo y un estereotipo.

Cabe mencionar que la palabra estigma, por sí sola, únicamente hace referencia a un atributo. Pero, debido a que se ha utilizado para hacer referencias negativas durante mucho tiempo, esta palabra atribuye especialmente a características perniciosas volviéndose un signo de vergüenza o desgracia. Tomando en cuenta lo anterior, dicha palabra toma en cuenta dos conjuntos de personas, los estigmatizados y los normales, donde una persona podrá ser parte de ambos roles en algún momento de su vida y en ciertos contextos sociales. Entonces, se expone que estos conjuntos de personas son más bien perspectivas sociales, donde no sorprenderá que aquellos que tengan cierta clase de estigma puedan exponer los prejuicios que tienen contra otro grupo de personas que presenten otro tipo de estigma.

3.1.2 Conceptualizar el estigma

La estigmatización ocurre usualmente cuando una persona tiene o cree tener algún atributo, el cual le brinda automáticamente una identidad negativa según un contexto social en particular. Tanto el estigma como la estigmatización comparten la suposición sobre aquellos que son estigmatizados, tengan ciertos aspectos que los señalan como personas “diferentes” y esto los conduce a que sean menospreciados y devaluados antes los ojos del resto.

Algo muy importante a tomar en cuenta es que las marcas utilizadas para estigmatizar pueden venir en diversas presentaciones, ya que pueden ser visibles o no, controlables o incontrolables, por comportamiento, por apariencias, o por ser miembro de un grupo en particular. Sobre todo, se enfatiza en que el estigma es una situación basada en un contexto social y no por la persona misma.

En la estigmatización, las marcas básicamente se asocian con evaluaciones negativas y estereotipos. Estos últimos son totalmente compartidos entre cierta cultura, es decir que son muy bien aceptados por los miembros que representan

alguna cultura específica. Como consecuencia, son las personas que comparten las mismas ideas (estigmas) las que se encargan de excluir o evitar miembros de la categoría estereotipada. Asimismo, es evidente que tanto los grupos de mayor poder como los pobres pueden estereotipar y evaluar de una forma negativa al otro, pues siempre permanecerán las creencias que cada grupo tiene y que mejor convienen para ellos. Dejando a un lado el tema de poder, el estigma existe cuando el etiquetar, estereotipar negativamente, la exclusión, discriminación, y el bajo estatus suceden simultáneamente bajo una situación de poder la cual permite que estos procesos se manifiesten. Pese a esto, es importante dejar claro que el estigma es un concepto más amplio y mucho más inclusivo que cualquiera anteriormente mencionado.

Los profesionales que estudian el estigma consideran que este concepto se edifica bajo una construcción social, el cual es variable acorde al tiempo y las culturas en cuanto a los distintos atributos, tipos de comportamiento, o los grupos que son estigmatizados. También hay quienes hacen referencia hacia la comunidad entre culturas en cuanto a los atributos que son estigmatizados. La propuesta por parte de estos es que para poder evitar las posibles catástrofes que pueden recaer en la forma de vivir de una comunidad, los seres humanos han creado adaptaciones cognitivas que los hace excluir o estigmatizar personas que tienen ciertas características (o que creen tener). Estos atributos pueden señalar que: es una persona no grata para la sociedad (convicto), pueden tener una infección, o bien ser miembro de grupo externo que puede ser explotado en conjunto por un fin. Estas categorías aluden perfectamente hacia aquellas que propuso Goffman en 1963: defectos del carácter individual, abominaciones corporales, y estigma tribal.

3.1.3 Mecanismos de estigmatización

A continuación se describirán cuatro mecanismos por los cuales el estigma afecta a las personas que están siendo estigmatizadas: el trato negativo y la discriminación directa, las expectativas de los procesos de confirmación, activación automática del estereotipo, y la identificación de procesos de amenaza.

3.1.3.1 Trato negativo y Discriminación

Cuando se limita el acceso directo a ciertos aspectos propios de la vida, la discriminación afecta específicamente en el estatus social, bienestar psicológico, y la salud física de aquellos que son estigmatizados. Es fácil observar que estas personas son discriminadas en lo que compete a bienes raíces, lugares de trabajo, centros educativos, centros de salud, y por el propio sistema de justicia. Asimismo, son discriminados dentro de su propia familia.

3.1.3.2 Expectativas de los procesos de confirmación

Las personas que perciben estereotipos y expectativas negativas pueden llegar a comportarse de formas incorrectas que pueden afectar directamente los pensamientos, sentimientos, y tipos de comportamiento de los que están siendo estigmatizados. El hecho de estigmatizar estos elementos genera expectativas

iniciales erróneas y puede conducir a que las personas esperen cambios concretos en las percepciones individuales del grupo rechazado.

3.1.3.3 Activación del comportamiento estigmatizador automático

Los estereotipos culturales dominantes de los grupos en la sociedad son bien conocidos y pueden afectar el comportamiento de aquellos que no presentan un comportamiento discriminatorio, aun cuando ciertas personas no se encuentran presentes en la situación inmediata de este proceso. El simple hecho de saber sobre estereotipos culturales puede afectar concretamente el comportamiento mediante procesos involuntarios. Esto es dado debido a que existen conexiones asociativas en la memoria entre los estereotipos y los comportamientos que estos implican, la activación de estos estereotipos puede llevar automáticamente al comportamiento por el cual el estereotipo es asimilado. Es importante mencionar que para que este proceso se presente, la persona que estigmatiza debe estar consciente sobre el contenido del estereotipo, este debe ser activado en una situación, y debe ser aplicado a un comportamiento específico. Al momento de activar estigmas culturales, la consecuencia principal es que se crea un comportamiento estigmatizador persistente entre toda la población, incluyendo a aquellos que no son miembros de ella, siempre y cuando sepan del estigma.

Sin embargo, activando estereotipos de los estigmatizados, se genera un comportamiento estigmatizador persistente más evidente entre estos; que en aquellos que no son estigmatizados por muchas razones. Primero, los estereotipos relevantes para una persona son crónicamente más accesibles que aquellos que no lo son, reduciendo así la activación del estereotipo hacia un grupo más específico. En otras palabras, el estereotipo va dirigido a un grupo blanco. Segundo, la misma situación puede proveer estereotipos negativos para los estigmatizados, más no para los no estigmatizados.

3.1.4 El estigma como una amenaza de identidad

Las perspectivas contemporáneas del estigma enfatizan la extensión de sus efectos, son mediados a través del entendimiento de los blancos de cómo otros los ven, sus interpretaciones dentro de los contextos sociales, y sus motivos y metas. Estas teorías modifican sus emociones, creencias, y comportamiento al momento de enfatizar cómo las personas deben conceptualizar su ambiente y sus motivos propiamente relevantes. También crecen en su suposición sobre que las conceptualizaciones emergen propiamente de las experiencias de haber sido un blanco de estereotipos negativos y discriminación.

Estas perspectivas asumen que el estigma pone en riesgo a una persona de experimentar amenazas hacia su identidad social. A su vez, existe la teoría que los estereotipos negativos relevantes para un grupo en particular puede generar una

amenaza de estereotipo, es decir un miedo basado en una situación específica en el cual una persona puede ser juzgada en la sospecha o confirmación de algún estereotipo. Asimismo, se presentó la hipótesis de que al momento que existe un conocimiento cultural o señales situacionales sobre la devaluación, marginalización, y estatus bajo de un grupo, automáticamente se lleva a una amenaza directa de la identidad social, una amenaza hacia el aspecto de la personalidad que se deriva del hecho de ser miembro de un grupo mal visto socialmente.

3.1.5 Los Resultados de Estigmatizar

A continuación se hablará sobre cómo el estigma afecta en tres áreas principales: autoestima, logros académicos, y salud.

3.1.5.1 Autoestima

Uno de los mayores efectos del estigma es la internalización de la perspectiva negativa social en los estigmatizados. Según la perspectiva, los niveles de autoestima deberían ser directamente proporcionales al grado que son devaluados por el grupo cultural dominante. Los miembros de grupos no estigmatizados deberían tener un nivel de autoestima más elevado en comparación a aquellos que pertenecen al grupo de estigmatizados. Cabe mencionar que las perspectivas que amenazan la identidad también pueden demostrar una variabilidad entre la autoestima y los grupos estigmatizados, e inclusive entre los individuos que viven los mismos contextos. La autoestima varía según representaciones colectivas, señales situacionales, y características personales. Sin embargo aún se necesitan estudios para entender cómo estas variables afectan las medidas implícitas de la autoestima entre los grupos estigmatizados.

3.1.5.2 Logros Académicos

Se han observado diferencias sustanciales en los logros académicos, especialmente entre grupos raciales. Las diferencias entre los grupos étnicos o entre hombres y mujeres, se atribuyen usualmente a diversas formas de discriminación. Por ejemplo, en países donde los niños pertenecen a grupos étnicos estigmatizados reciben menos fondos para educación pública, en comparación a aquellos que no pertenecen a grupos estigmatizados. Los padres tienen mejor expectativas sobre matemáticas en los varones que en las mujeres, y es menos probable que les paguen educación a sus hijas si son obesas en comparación a las que están en un peso promedio.

Asimismo, las señales situacionales incrementan hasta qué punto el desempeño académico es obtenido como una amenaza hacia la identidad social, y la respuesta

voluntaria o involuntaria hacia esta amenaza puede deprimir el desempeño académico. Asimismo, las amenazas de identidad inducidas por estigma resultan de la activación de estereotipos negativos sociales, o por el miedo de ser una víctima de prejuicio, puede afectar el desempeño por medio de respuestas basadas en el estrés, como la ansiedad y deprime la capacidad de trabajar en la capacidad de la memoria. Adicional a esto, la amenaza inducida por el estigma puede llevar a los grupos estigmatizados a desacoplar su autoestima de tareas intelectuales.

3.1.5.3 Salud

Dentro del tema de la salud, los grupos de estigmatizados tienen mucho más riesgos de padecer problemas mentales y físicos, como la depresión, hipertensión, enfermedades cardíacas, y paro cardíaco. La discriminación afecta a este grupo exponiéndolos a ambientes físicos y sociales que son más tóxicos y limitando sus accesos a nutrición y servicios médicos de calidad.

El estigma también puede afectar la salud indirectamente a través de mecanismos de amenaza de identidad. Esto puede iniciar una serie de cogniciones negativas y emociones, así como respuestas fisiológicas negativas, incluyendo cortisol elevado, aumento de la presión arterial, u otra respuesta cardiovascular. Estas respuestas pueden tener complicaciones serias con el paso del tiempo.

Las percepciones subjetivas de la estigmatización son igual de importantes que la exposición objetiva hacia la discriminación en cuanto a prevenir resoluciones adversas de problemas de salud entre los estigmatizados. Experiencias personales de discriminación que han sido reportadas se correlacionan positivamente con trastornos psicológicos, y con problemas de salud como hipertensión arterial, aumento de días de convalecencia, y dolor crónico.

Sin embargo, a pesar que los resultados aprueban la hipótesis de que las experiencias subjetivas de discriminación dañan la salud mental y física, se debe afirmar que la mayoría de estos estudios no logran distinguir entre la exposición a eventos negativos y percepciones subjetivas de discriminación. Los estudios que han intentado concluir sobre estos temas, han obtenido resultados mixtos. También es muy probable que las emociones negativas tienden a predecir percepciones de discriminación, y no al revés, esto debido a que los estudios son correlacionales. Por último, no existe un control para las variables disposicionales que pueden afectar las correlaciones entre las experiencias personales reportadas, y la discriminación y los trastornos psicológicos reportados o los problemas de salud.

Los factores psicológicos que aumentan la susceptibilidad hacia la amenaza de identidad relacionada al estigma, puede afectar negativamente los resultados relacionados con la salud. Todos los individuos que están atentos a esta amenaza pueden valorar situaciones relevantes de estigma como una amenaza, llevándolos a una respuesta de amenaza psicológica mayor. Un ejemplo más marcado se puede

observar en los hombres homosexuales infectados con VIH, quienes están expuestos a una mayor sensibilidad de rechazo por su homosexualidad, demostrando así una evolución más rápida de la infección en un período de nueve años, en comparación a aquellos que tenían menor sensibilidad al rechazo por su homosexualidad.

3.1.6 Estigma asociado al VIH

El estigma asociado al VIH es una situación edificada por muchas partes o perspectivas que tiene como objetivo aprovechar y reforzar connotaciones negativas sobre la asociación del VIH y el VIH avanzado, con comportamientos que ya son marginados por la sociedad. Entre estos se puede mencionar las prácticas de HSH y personas transexuales, el trabajo sexual, y la drogadicción. Dicho estigma está totalmente atado y se desenvuelve entre los valores de la vida cotidiana.

El estigma asociado al VIH, claramente se puede relacionar con aspectos ancestrales, especialmente desigualdades en cuanto al sexo, las cuales son soportadas o fundamentadas con ideas de la masculinidad y feminidad que promueve la culpabilidad histórica de las mujeres por propagar cualquier tipo de infecciones de transmisión sexual; esto como consecuencia de su presunta promiscuidad. Asimismo, la inculpación que reciben tanto homosexuales como transexuales, se relaciona con la estigmatización con la que han luchado por años, debido a las ideas o suposiciones que grupos sociales han tenido tanto sobre su estilo de vida, como de sus prácticas sexuales. También, la propia vulnerabilidad ante el VIH que han presentado las personas de estatus económico bajo, ha promovido un aumento en la estigmatización en la población que económicamente es marginada.

Adicional a esto, es importante tener en cuenta el concepto de auto-estigmatización o estigma internalizado en VIH. Esto se da cuando aquellas personas que se encuentran infectadas, interiorizan todas las ideas, respuestas, y reacciones negativas de otros (los no estigmatizados por VIH). Esta auto-estigmatización puede describirse como un estigma percibido, esto debido a que repercute esencialmente en el orgullo o dignidad del grupo estigmatizado. Debido al estigma asociado al VIH y la auto-estigmatización propiamente de las personas que viven con el virus, estos pueden generar sentimientos de vergüenza, autoinculpación e indignidad, los cuales al ser combinados con el rechazo social, pueden caer en depresión, retraimiento autoimpuesto e incluso pensamientos suicidas.

Por último, se debe mencionar que una vez el estigma logra instalarse en una persona o sociedad, lo que resulta es la discriminación. Esto se da debido que ambos conceptos se encuentran interrelacionados, por lo cual se refuerzan y legitiman entre sí. Puede decirse que el estigma es el que predispone a los actos

discriminatorios, al promover o inducir a las personas a que cometan actos que puedan dañar o negar servicios o derechos a los estigmatizados. De tal modo que la discriminación fomenta y refuerza el estigma.

3.1.6.1 Estigma por VIH en Guatemala

Se logró evidenciar que el estigma asociado al VIH, se encuentra directamente relacionado con la creencia que las personas infectadas merecen su destino porque entre sus prácticas cotidianas han concretado algún acto negativo (acciones que son reprobadas por la sociedad). Por ejemplo, los hombres que viven con VIH, ante la sociedad guatemalteca, son vistos como homosexuales, bisexuales o clientes de trabajadoras sexuales; y las mujeres que están infectadas son vistas como promiscuas o trabajadoras sexuales. Esto demuestra la atadura ancestral que muestra actualmente la población guatemalteca con sus perspectivas sobre la masculinidad y feminidad.

Un estudio que evaluó si los derechos de personas que viven con VIH han sido respetados, realizado en Guatemala, demostró que el 64% reconoció que sus derechos habían sido violados. Sin embargo, se evidenció que el 95% de personas que aceptaron que sus derechos fueron violados por lo menos una vez, no solicitaron ayuda legal. En el estudio se concluyó que en dicho país no se respetan los derechos humanos de las personas con VIH, identificando a la discriminación como la causa principal de la violación a sus derechos.

PASCA realizó una encuesta de estigma y discriminación en el 2016, donde se observó que 3 de cada 10 personas refieren que las personas que viven con VIH no deben tener acceso a lugares públicos. Asimismo, el 60% de la población estudiada considera aceptable que un empleador solicite una prueba de VIH, lo que puede traducirse como la promoción a excluir a las personas que viven con VIH del trabajo, o bien discriminarlas. Por otro lado, solamente el 34% de la población opina que las mujeres con VIH tienen derecho a quedar embarazadas. Acorde a la encuesta, el 70% de la población guatemalteca preferiría que aquellos niños y niñas que viven con VIH se encuentren segregados del resto.

3.1.7 Estigma por orientación sexual, identidad de género y trabajo sexual

Se ha visto que en América Latina, la homofobia (fobia a los homosexuales), se tornado una amenaza clara para la salud pública. Esto se demuestra ya que la violencia basada en género contra los HSH y personas transgénero, puede elevar drásticamente su predisposición al VIH, específicamente en el trabajo sexual y las múltiples parejas sexuales concurrentes. Una encuesta realizada en Bolivia demostró que 24 de cada 100 personas que pertenecen a poblaciones de Lesbianas, Gays, Bisexuales, y Trans (LGBT) han presenciado por lo menos una forma de discriminación, siendo la población Trans con el mayor nivel de

discriminación. Asimismo, se evidenció que 7 de cada 10 miembros LGBT han pasado por algún tipo de agresión, siendo la violencia psicológica la más frecuente. En dicha encuesta, se expuso que la policía es la que peor servicio les brinda a aquellos miembros de LGBT, de todas las instituciones de justicia. Cabe mencionar que tanto el estigma y discriminación por orientación sexual, no solamente afecta en la salud física y mental de las personas homosexuales, sino que también predispone a la propagación de la epidemia del VIH.

3.1.7.1 Situación en Guatemala

En una encuesta de opinión pública realizada en Centroamérica, se logró evidenciar que a pesar que existe una opinión positiva en cuanto a la relación del VIH avanzado y las personas con VIH, aún se demuestran opiniones negativas hacia las personas homosexuales y trabajadoras sexuales. Esto puede evidenciarse, pues solamente el 46% de la población evaluada rechaza la idea de que el VIH sea un castigo divino. Asimismo con las trabajadoras sexuales con VIH, solamente el 30% de las personas rechazan la idea de que tengan tal condición debido a su conducta. Por otro lado, solo el 49% de la población se sentiría cómoda compartiendo el espacio laboral con una persona trans.

En un estudio de diagnóstico comunitario para poder identificar factores estructurales y sociales que aumentan el riesgo de padecer VIH entre los grupos de mayor riesgo en Petén, Izabal y Guatemala, se evaluaron los servicios de salud en estas regiones del país. En dicho estudio se encontró al personal de salud capacitado de Izabal, como el servicio peor calificado por uno de los grupos HSH. Esto debido a que a pesar que este personal recibió una capacitación por Organizaciones No Gubernamentales (ONG), no aplican nada relacionado a los conceptos de aceptación y tolerancia. En Petén, el peor servicio calificado fue al de las ITS, debido a que mientras los pacientes son evaluados no existe respeto ni confidencialidad de parte del personal de salud.

Asimismo, la población Trans en Petén eligió a farmacia como el servicio peor calificado, puesto que evidenciaron que cuando algún miembro de esta población está infectada por una ITS, el personal de farmacia les enfatiza que no hay existencia del medicamento que requieren en bodega, pese a que si cuentan con él. Las mujeres trabajadoras sexuales (MTS) mencionaron al servicio de pruebas de VIH y VDRL como el peor de todos, puesto que no existe confidencialidad, respeto, amabilidad, ni rapidez. En Izabal, las MTS tomaron al servicio de Papanicolaou (PAP) como el peor calificado, debido a que solo lo realizan una vez al año y para el resultado hay que esperar mucho tiempo, el personal no es comprensivo y lastiman a las pacientes al realizar el procedimiento correspondiente.

En conclusión, los hallazgos en Petén e Izabal demuestran que las MTS se encuentran desmotivadas cuando acuden a algún centro de salud, puesto que se

sienten incomodas ante acciones relacionadas con el trato humano, la falta de medicina, pruebas de laboratorio, tiempo de espera, higiene, lugar de consulta y la calidad de atención en general.

3.2 Virus de la Inmunodeficiencia Humana

3.2.1 Biología de los Virus de la Inmunodeficiencia Humana

3.2.1.1 Descubrimiento

Se ha identificado al virus de la inmunodeficiencia humana de tipo 1 (VIH-1), como el agente causal del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA). Al observar la pérdida selectiva de linfocitos T cooperadores CD4+ en aquellos pacientes con SIDA, se supuso sobre un agente que tuviera tropismo por los linfocitos T. Actualmente se reconocen dos tipos de virus: el VIH-1 y el VIH-2.

3.2.1.2 Virus de la Inmunodeficiencia Humana de tipo 1

Este es un virus más parecido a los lentivirus, miembros de la subfamilia de los retrovirus. Este se encarga de producir propiedades citopáticas pronunciadas contra los linfocitos y conlleva a la formación de sincitios y muerte celular. Se dice también que el VIH-1 es un virus ARN monocatenario de sentido codificante. La enzima ADN polimerasa que depende de ARN (transcriptasa inversa), es la responsable de la replicación del ARN monocatenario a través de un ADN bicatenario intermedio, actuando así como una molécula precursora de la integración proviral en el genoma de la célula huésped.

3.2.1.3 Virus de la Inmunodeficiencia de tipo 2

Al principio este virus se limitaba a África Occidental, sin embargo se ha identificado en pacientes de Europa, Estados Unidos, Sudamérica e India. El VIH-2 presenta una similitud con el VIH-1 de 40-50% aproximadamente. Lo que comparten es que ambos virus infectan los linfocitos CD4+ de forma selectiva. El VIH-2 puede generar una inmunodeficiencia grave y un cuadro de SIDA indistinguible del que es causado por el tipo 1, es menos virulento. Debido a que la transmisibilidad del virus es menor que la del VIH-1, su prevalencia ha estado disminuyendo.

3.2.2 Transmisión del VIH a través de las superficies mucosas

El VIH se ha podido aislar en ciertos fluidos corporales humanos como la saliva, lágrimas, orina, semen, líquido preseminal, fluidos vaginales, líquido amniótico, leche materna, líquido cefalorraquídeo y la sangre. Hay que recalcar que pese a que se ha encontrado el virus en estos fluidos, solamente la sangre, semen, líquido preseminal, secreciones rectales, secreciones vaginales y la leche materna, pueden transmitir el virus.

La vía más frecuente del virus es la sexual. Las secreciones genitales contienen al virus en su forma libre y asociado a linfocitos infectados, y al entrar en contacto con la mucosa receptora encuentran a las células que son el blanco primario de la infección: linfocitos CD4+, macrófagos y células dendríticas.

La incidencia de transmisión sexual del VIH es baja. Puede estimarse para la mujer que se da 1 evento de transmisión por cada 1,000 actos sexuales realizados por vía vaginal y en 1 evento por cada 100 cuando se realiza por vía rectal. Sin embargo, es importante mencionar que cuando existe una carga viral muy alta, las frecuencias anteriormente mencionadas pueden aumentar más de 10 veces.

Siempre es tema de controversia el discutir cómo transgrede el VIH la barrera epitelial para poder acceder a las células diana. Podría decirse que el virus puede acceder a través de la lámina propia por una ruta paracelular, a través de uniones que ya están establecidas entre células epiteliales vecinas. Existe otro posible mecanismo el cual está dado por las células dendríticas asociadas a la mucosa genital, las que emiten ramificaciones (dendritas) que alcanzan la luz vaginal y les permite entrar en contacto con el virus. Por último, otra teoría bien aceptada es que el virus puede penetrar la barrera a través de microtraumatismos en la mucosa ocasionados durante el acto sexual. Se han detectado microabrasiones en la mucosa vaginal en el 60% de mujeres sanas posterior a mantener relaciones sexuales consensuadas.

Sin embargo, no solamente la vía sexual es la única puerta de entrada del virus. Este puede infectar otro cuerpo mediante la sangre y hemoderivados en aquellas personas que comparten jeringas y agujas contaminadas por drogadicción, y aquellos que reciben transfusiones de sangre o hemoderivados contaminados. Existe el riesgo laboral entre los profesionales de la salud, personal de laboratorio y aquellas personas que manipulen fluidos o muestras sanguíneas de personas con VIH. Sin embargo, se han realizado estudios que muestran que el riesgo de transmisión del virus a través de punciones cutáneas con agujas o instrumentos punzocortantes infectados es de aproximadamente 0.3%. El VIH también puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia. Cabe mencionar que actualmente la contaminación vertical está controlada, siempre y cuando la madre sepa que es portadora del virus.

Por último, es importante mencionar que para que existan estos modos de transmisión como besos profundos, sexo oral, mordedura por una persona con VIH y comer alimentos pre masticados por personas VIH (más en bebés), debe haber penetración de la sangre infectada por VIH en el torrente sanguíneo de la personas seronegativa. Por esta debida razón, los casos que han sido documentados son escasos a tal punto de decir que las transmisiones de este tipo son sumamente bajas o nulas.

3.2.3 Factores de Riesgo

Como en toda enfermedad infecciosa, se deben especificar los factores de riesgo que aumentan la probabilidad de contraer esta. En el caso de la transmisión del VIH, existen ciertos comportamientos y afecciones que pueden incrementar el contagio del virus. De los más importantes a tomar en cuenta, se encuentran:

- La práctica del coito anal o vaginal sin protección;
- Padecer alguna otra ITS como sífilis, herpes, clamidiasis, gonorrea o vaginosis bacteriana;
- Compartir objetos punzocortantes como agujas o jeringas, soluciones de droga o cualquier otro material infeccioso para suplir la drogadicción (por mecanismos inyectables);
- Ser receptor de inyecciones o transfusiones sanguíneas exentas de garantías de seguridad o ser objetos de procedimientos médicos que tengan como fin el corte de la piel o perforación de la misma con instrumentos no esterilizados;
- Traumatismo accidental con un objeto punzocortante infectados, lesión que afecta especialmente al personal de salud.

3.2.4 Prevención del VIH

La única forma absoluta de prevenir la adquisición sexual del VIH es la abstinencia. A partir de 1970 las parejas que tienen una relación mutuamente monógama tienen un riesgo extremadamente bajo de contraer la enfermedad. Básicamente las estrategias para la prevención de la transmisión sexual del VIH, se han centrado en poder disminuir las conductas sexuales inseguras, fomentar el uso de preservativos (condones) y tratar las enfermedades de transmisión sexual. Si la situación de la pareja respecto al VIH es positiva, desconocida o dudosa, se deben llevar a cabo prácticas sexuales seguras.

La probabilidad de la transmisión del VIH a través de la saliva durante el contacto oral-oral u oral-genital es muy baja más no inexistente. Por ello mismo, el uso del condón es el método más eficaz para poder prevenir la infección por VIH entre aquellas personas que practican relaciones orales, vaginales o anales. No deben utilizarse preservativos de piel natural ya que estos no evitan la transmisión del virus. Se ha estimado que la eficacia del condón a la hora de evitar la transmisión

del VIH es de 86%, pero puede oscilar del 60% al 96%. Sin embargo se debe tomar en cuenta que el uso de los preservativos para el coito anal puede disminuir su eficacia, ya que su rotura y deslizamiento son más frecuentes que en el coito vaginal. Como dato adicional, se ha comprobado a través de ensayos clínicos el efecto protector de la circuncisión masculina, la cual reduce el riesgo de transmisión por relación heterosexual en un 60%.

Cabe mencionar que el riesgo de transmisión de la infección desde un paciente en tratamiento con Tratamiento Antirretroviral de Gran Actividad (TARGA), y con una carga viral por debajo del límite de detección de las pruebas disponibles es muy bajo. Sin embargo, aún se ha detectado el virus en células seminales infectadas de secreciones genitales femeninas y masculinas. De modo que se han hecho estudios para tratamiento antirretroviral profiláctico en personas no infectadas (profilaxis preexposición). Se ha logrado demostrar que la administración de la coformulación de Tenofovir con Emtricitabina a varones homosexuales redujo el riesgo de infección en un 44%. Asimismo, la preparación de un gel vaginal de Tenofovir redujo el riesgo de infección por VIH en mujeres en un 39%.

Además, se pueden administrar antirretrovirales a personas no infectadas, pero con exposiciones de riesgo (profilaxis postexposición). Desde el 2005, existen guías de profilaxis postexposición con antirretrovirales tras exposición sexual, por inyección de drogas y otros riesgos no ocupacionales. En estas guías se recomienda el uso del medicamento por 28 días a las personas con exposición no ocupacional a sangre, secreciones genitales u otros fluidos potencialmente infectados antes de transcurridas 72 horas de la exposición.

En cuanto a las personas adictas a drogas por vía parenteral (ADVP), la principal forma de prevención de transmisión del VIH es interrumpir el consumo de drogas intravenosas. Sin embargo para esas personas que no reciben tratamiento para el consumo de drogas, ya sea por su propia elección o por falta de disponibilidad de centros especializados, la forma más eficaz de prevenir la infección es no compartiendo agujas y chutes. Si se dispone de poco instrumental, las agujas y jeringas deben limpiarse después de cada uso, preferiblemente con limpiadores virucidas, como la lejía. Se ha demostrado que el cribado voluntario de VIH entre los consumidores de drogas, seguido de tratamiento antirretroviral, puede disminuir la transmisión del virus en esta población. Sin embargo, debido a razones propiamente culturales (estigma y discriminación), muchos programas comunitarios son limitados.

Para el personal de salud, la piedra angular de precauciones universales, al igual que en todas las prácticas de control de infecciones, es el lavado de manos. Se debe siempre utilizar guantes cuando sea probable el derrame de sangre o líquidos corporales. Si existe una exposición accidental a las mucosas y percutánea a la sangre de pacientes infectados por VIH, los elementos esenciales del tratamiento consisten definir el tipo de exposición, evaluar de forma adecuada al donante y al

receptor en el momento de la exposición y proporcionar un seguimiento del profesional sanitario durante al menos 1 año tras la exposición. La profilaxis postexposición se decide según los tipos de exposiciones, y debe iniciarse preferiblemente en las primeras horas y se deben administrar por 4 semanas.

3.2.5 Situación de la epidemia de VIH en Guatemala

El Virus de la Inmunodeficiencia Humana o VIH, es un problema epidemiológico importante en Guatemala, donde para junio del 2017 se contabilizaron 653 casos nuevos de VIH y VIH avanzando, dando como resultado un total de 37,345 casos detectados en el país. Dentro de los departamentos que presentan más casos nuevos de VIH, para el 2017 se encuentra a la Ciudad de Guatemala como primer lugar con 492 casos, Escuintla en segundo con 103 casos e Izabal en tercero con 39 casos. Dentro de la población nueva captada, el 65.1% equivale a VIH y el 34.9% a VIH avanzado. Dentro de estos valores la población masculina es la más afectada con un 73% de casos y el rango de edad donde se están captando más casos de VIH y VIH avanzado son entre 20 a 39 años. La relación que se observó en el 2016 y 2017 es que por cada 3 hombres con VIH, hay una mujer con VIH. Es importante mencionar que con respecto a la escolaridad que presentan los casos nuevos detectados, el 44% son analfabetos, el 31% ha cursado estudio pre vocacional o vocacional y el 13% restante son universitarios. Por último, la vía de transmisión más frecuentes es la sexual con un 96.9% para VIH y un 94.2% para VIH avanzado. La vía vertical, es decir de madre a hijo, representó solamente un 0.9% (4 casos) para VIH y 2.2% (5 casos) para VIH avanzado.

Según los reportes del Ministerio de Salud Pública y Asistencia Social, las tendencias en grupos específicos de la población guatemalteca, se concentran específicamente en las transgénero femeninas con una prevalencia del 23.9%, HSH con 11.5% y mujeres trabajadoras del sexo con 8.7%. Estos tres grupos son las poblaciones con mayor riesgo de presentar VIH en el país. Cabe mencionar, que se debe tomar en cuenta que aquellos que se encuentran en el rango de edad donde más se están detectando los casos se consideran de riesgo.

Actualmente el MSPAS cuenta con 16 clínicas de atención integral para pacientes con VIH, en las cuales se brinda tratamiento antirretroviral gratuito, el abordaje de enfermedades oportunistas por otros especialistas y terapia psicológica. Aquellos pacientes que presentan tuberculosis, reciben en dichas clínicas sus antifímicos como antirretrovirales. Asimismo, se cuenta con Clínicas de Vigilancia de Infecciones de Transmisión Sexual (VICITS), donde se atienden a las poblaciones con mayor riesgo de infectarse así como personas que viven con VIH ofreciéndoles atención médica, tratamiento de infecciones de transmisión sexual, pruebas de laboratorio y orientación.

4. Objetivo

- Determinar el conocimiento y estigma asociado al VIH en los estudiantes universitarios.

5. MATERIALES Y MÉTODOS

5.1 Diseño del estudio

Analítico, cohorte.

5.2 Población

Estudiantes de primero a cuarto año de la Universidad Rafael Landívar.

5.3 Muestra

Se sacó la muestra tomando en cuenta a los estudiantes que cursaban de primero a cuarto año de la universidad. Por lo cual se realizó un muestreo estratificado por conglomerados, donde se eligieron 8 facultades de las cuales se tomaron 2 carreras por facultad al azar, encuestando de esta forma a 15 estudiantes por año de cada carrera. Se pretendía obtener 120 estudiantes por facultad, 60 por cada carrera. Sin embargo, únicamente se encuestaron 908 estudiantes en total debido a razones diversas, como la falta de estudiantes al momento de encuestar o que algunos rechazaron hacerla. A continuación se describe la distribución de la muestra:

1. Facultad de Ciencias de la Salud: 120
2. Facultad de Arquitectura y Diseño: 120
3. Facultad de Ciencias Ambientales y Agrícolas: 113
4. Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales: 116
5. Facultad de Humanidades: 120
6. Facultad de Ciencias Económicas y Empresariales: 114
7. Facultad de Ingeniería: 120
8. Facultad de Ciencias Políticas y Sociales: 85

5.4 Herramienta

Para la obtención de datos se utilizaron dos herramientas. La primera consistió en un cuestionario de 18 preguntas generales sobre VIH, denominado *HIV knowledge questionnaire (HIV-KQ-18)* donde las opciones de respuesta era *verdadero, falso y no lo sé*. La segunda parte se compone de una encuesta de PASCA sobre estigma y discriminación asociado al VIH, la cual está compuesta de 20 enunciados que comparten una escala común de 1 a 4, donde los punteos de 1 a 2 muestran respuestas que equivalen a un acuerdo parcial o total con opiniones, actitudes o prácticas estigmatizantes, y los punteos de 3 a 4 indican acuerdo parcial o total con opiniones, actitudes o prácticas no estigmatizantes. Para medir el nivel de conocimiento, se realizó una escala que tomó menos de 7 preguntas correctas como bajo nivel; de 7 a 11 como regular; 12 a 15 como bueno; y 16 a 18 como excelente. Por otro lado, se elaboró una escala para medir el grado de estigma de todos los estudiantes, basados en las respuestas totales de las encuestas, la cual se tomó

como aquellos que no presentan estigma con 0 puntos; estigma leve con 1 a 3 puntos; estigma regular con 4 a 6 puntos; y estigma alto con 7 a 10 puntos.

Para la realización del análisis, se construyeron indicadores (variables), tanto para caracterizar la muestra, así como para hacer la estimación de los indicadores de interés para el estudio, con su correspondiente extrapolación hacia la población; por lo que se calcularon promedios (medias y porcentajes, según correspondía), y se calculó intervalos de confianza al 95%.¹

El ingreso de información a la computadora se hizo con el software EPI INFO versión 6.04d, habiéndose ingresado dos veces toda la información, la cual se validó y se corrigieron errores, logrando así un 0% de error por digitación.

Con las bases de datos limpias de errores por digitación, y siempre usando el software EPI INFO, se construyeron los indicadores y se obtuvo la estadística descriptiva. Para las estimaciones, se tomó en cuenta el diseño de muestreo del estudio, el cual fue estratificado (facultades) por conglomerados (clases); por lo que se utilizó una ponderación para cada observación de acuerdo con la probabilidad de selección en el conglomerado. Las estimaciones estadísticas se hicieron con el módulo CSAMPLE de EPI INFO.

Adicional a lo anterior se utilizó estadística inferencial para buscar la relación entre los indicadores de conocimientos, opinión y estigma con las características de la muestra, evaluando la asociación con pruebas de Chi cuadrado, prueba Exacta de Fisher, McNemar, Mann-Whitney, ANDEVA o Kruskal Wallis según correspondía. Se consideró una asociación significativa si el valor-P es menor a 0.05.

5.5 Procedimiento

Primera etapa: obtención del aval de la Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.

Segunda etapa: acudir al campus central de la Universidad Rafael Landívar para seleccionar a los participantes, de acuerdo al muestreo estratificado por conglomerados. Se hablará con un grupo de estudiantes según las facultades en estudio y se le planteará a cada grupo, con lenguaje claro, el propósito, objetivos, importancia y utilidad del estudio, así como sus riesgos e inconvenientes. Posterior a asegurarse que la información ha sido comprendida, se solicitará su consentimiento de forma escrita (anexo). Este procedimiento se realizará por 8 semanas, hasta completar la muestra.

Tercera etapa: se proporcionará una encuesta a cada participante que haya aceptado participar en el estudio.

¹⁴ Intervalo de confianza para variables cualitativas, usando fórmula de Fleiss J. 1981. Statistical Methods for Rates and Proportions, 2nd Ed. Pp14

Cuarta etapa: aprobación por parte del comité de tesis de la facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad Rafael Landívar.

Quinta etapa: elaboración y presentación del informe final.

5.6 Alcances y límites de la investigación

- Alcances

La Universidad Rafael Landívar ha estado presentando nuevas acciones día con día para poder lidiar con el conocimiento y estigma relacionado al VIH. Para ello implementaron un curso en todas las facultades denominado juventud y vida saludable (CFI), dentro de los cuales se presenta un módulo de sexualidad donde hablan sobre las enfermedades de transmisión sexual, tocando el tema sobre VIH. Esto con el fin de brindarle a los estudiantes conocimientos sobre el VIH y romper estigmas relacionados a este. Realizando este estudio, se podrá determinar si dichas charlas han logrado generar un impacto en la población estudiantil reduciendo el estigma hacia los grupos de mayor riesgo para contraer VIH y aumentando el conocimiento general sobre el tema en cuestión.

- Límites

Debido a que los estudiantes pueden enfrentarse con el miedo a sentirse criticados por el hecho de estigmatizar, es probable que puedan mentir al momento de llenar la encuesta.

5.7 Aspectos éticos de la investigación

Se explicará a los participantes, en lenguaje claro y sencillo, la naturaleza, objetivos, procedimientos, riesgos, molestias y duración del estudio. Asimismo, que la participación es voluntaria y que tienen plena libertad de retirarse del estudio en cualquier momento que deseen. Se les informará a su vez, que dicho estudio beneficiará a la comunidad landivariana en reforzar las estrategias para reducir el estigma relacionado al VIH, con el fin de lograr una población estudiantil integral. Adicional a esto, se les garantizará expresamente la confidencialidad en el manejo de la información proporcionada, así como los resultados del estudio.

6. Indicadores (variables)

Caracterización de la muestra

1. **Sexo:**
 1. Hombres
 2. Mujeres

2. **Edad:** Media de la edad (en años)

3. **Gedad:** Grupos según la edad
 1. 18 a 20 años
 2. 21 a 25 años
 3. 26 o más años (el mayor es de 44)

4. **RespFam:** estudiantes con responsabilidad familiar, cumple con al menos uno de los siguientes: estar casado, poseer hijos, o no vivir con sus padres
5. **Soltero:** estudiantes solteros

6. **Hijos:** estudiantes con hijos

7. **ViveCpad:** estudiantes viven con sus padres

8. **Facu:**
 1. Ciencias de la Salud
 2. Agronomía
 3. Arquitectura
 4. Ciencias Jurídicas y Sociales
 5. Humanidades
 6. Ciencias Económicas
 7. Ingeniería
 8. Ciencias Políticas y Relaciones Exteriores

9. **Anio:** año que cursa el estudiante (1º a 4º)

10. **Ganio1:** entraron a la universidad en los años de 2014 a 2017

11. **GedadU:** edad con la cual entraron a la universidad
 1. 16 o 17 años
 2. 18 años
 3. 19 años
 4. 20 o más años (máximo son 35 y 43)

12. **Notas:** nota promedio
 1. 60 a 70 puntos
 2. 71 a 80 puntos
 3. 81 a 90 puntos
 4. 91 a 100 puntos
13. **NotAlta:** nota promedio alta (80 o más puntos)
14. **CambCarr:** ha cambiado de carrera
15. **RepAnio:** ha repetido algún año
16. **OtraU:** estuvo en otra universidad
17. **Hetero:** estudiantes heterosexuales
18. **Grupo:** grupo sexual con el cual se identifica el estudiante
 1. Heterosexual
 2. Homosexual o lesbiana
 3. Bisexual
19. **Amigo:** posee algún amigo de la universidad que pertenece a alguna de las comunidades homosexual, bisexual, lésbica, o transgénero femenina

II.2 Indicadores de conocimiento, opinión y estigma

20. **Conoce:** índice que mide el conocimiento con una escala de 0 a 18 puntos, de acuerdo con “KQ” (Carey y Schroder, HIV knowledge questionnaire, 2002)¹¹. (Se construyó con preguntas 1 a 18 del instrumento de campo). “0” significa la ausencia de conocimiento.
21. **Gconoce:** agrupación de los estudiantes según su calificación en conocimiento (agrupación de acuerdo con “KQ”, para comparación con resultados internacionales):
 1. Bajo conocimiento, menos de 7 puntos
 2. Alto conocimiento, 7 puntos o más
22. **Gcono1:** agrupación de los estudiantes según su calificación en conocimiento
 1. Bajo conocimiento, menos de 7 puntos
 2. Conocimiento regular, 7 a 11 puntos
 3. Buen conocimiento, 12 a 15 puntos
 4. Excelente conocimiento, 16 a 18 puntos

23. **Gcono1a:** estudiantes con buen conocimiento, calificaron con 12 puntos o más
24. **Mitos:** estudiantes que creen en mitos con respecto al VIH. Mencionan al menos 3 de los 12 mitos evaluados (se construyó con preguntas 1 a 3, 5 a 9, 12, 15, 16 y 18 del instrumento de campo)
25. **Verdad:** estudiantes con conocimiento de la verdad con respecto al VIH. Mencionan al menos 4 de las 6 verdades evaluadas (se construyó con preguntas 4, 10, 11, 13, 14 y 17 del instrumento de campo)
26. **Opi1:** estudiantes que opinan reconocer que el VIH es un problema serio en Guatemala, y que el gobierno está atendiendo adecuadamente el problema (se construyó con preguntas 19 y 27 del instrumento de campo)
27. **Opi1a:** estudiantes que opinan que el gobierno está obligado a dar medicamentos (se construyó con pregunta 28 del instrumento de campo)
28. **Opi2:** estudiantes que opinan que las personas pueden protegerse del VIH (se construyó con pregunta 23 del instrumento de campo)
29. **Opi3:** estudiantes que opinan que se necesita mayor educación. Mencionan al menos una de las preguntas evaluadas (se construyó con preguntas 20, 21 y 22 del instrumento de campo)
30. **Opi4:** estudiantes que opinan que se deben promover programas de prevención. Mencionan al menos una de las preguntas evaluadas (se construyó con preguntas 24, 29 y 30 del instrumento de campo)
31. **Estigma:** índice que mide el estigma con una escala de 0 a 10 puntos (se construyó con preguntas 25, 26, 31 a 38 del instrumento de campo), “0” significa la ausencia de estigma.
32. **Estig1:** estudiantes con estigma. Calificaron por arriba de “0” en el índice “Estigma”
33. **Estig1a:** agrupación de estudiantes según su nivel de estigma.
 1. Sin estigma, 0 puntos
 2. Estigma leve, 1 a 3 puntos
 3. Estigma regular, 4 a 6 puntos
 4. Alta estigma, 7 a 10 puntos

7. Resultados

Los resultados del presente estudio se obtuvieron de una muestra total de 908 estudiantes.

7.1 Caracterización de los estudiantes

Tabla 1: Caracterización de la muestra. N=908 estudiantes

(En los casos con pérdida, porque no se respondió la pregunta correspondiente, se especifica el tamaño de la muestra.)

Características		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
Grupos según sexo (sexo)	Hombres	373	39.9% (35.5, 44.4)
	Mujeres	535	60.1% (55.6, 64.5)
Media de la edad (en años) (Edad)			20.5 años (20.0, 20.9)
Grupos según edad (GEdad)	18 a 20 años	505	57.7% (48.5, 66.9)
	21 a 25 años	368	38.7% (30.1, 47.4)
	26 o más años (el mayor es de 44)	35	3.6% (2.5, 4.9)
Estudiantes con responsabilidad familiar, cumple con al menos uno de los siguientes: estar casado, poseer hijos, o no vivir con sus padres (RespFam)		125	13.2% (10.9, 15.4)
Estudiantes solteros (Soltero)		898	99.0% (98.1, 99.8)
Estudiantes con hijos (Hijos) n=875		20	2.1% (1.2, 3.0)
Estudiantes que viven con sus padres (ViveCpad) n=874		795	91.1% (89.0, 93.2)
Facultad (Facu)	Ciencias de la Salud	120	19.9% (17.1, 22.7)
	Agronomía	113	11.9% (9.6, 14.2)
	Arquitectura	120	13.0% (10.7, 15.2)
	Ciencias Jurídicas y Sociales	116	12.4% (9.9, 15.0)
	Humanidades	120	14.2% (11.4, 17.1)

Características		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
	Ciencias Económicas	114	11.4% (9.5, 13.4)
	Ingeniería	120	9.5% (7.6, 11.5)
	Ciencias Políticas y Relaciones Exteriores	85	7.6% (4.4, 10.8)
Año que cursa (Anio)	1er año	232	29.1% (16.4, 41.7)
	2do año	223	23.1% (12.1, 34.0)
	3er año	227	24.7% (13.1, 36.2)
	4to año	226	23.2% (12.0, 34.3)
Entraron a la universidad en los años de 2014 a 2017 (Ganio1) n=896		771	86.0% (81.9, 90.1)
Edad con la cual entraron a la universidad (GedadU) n=902	16 o 17 años	204	23.1% (20.4, 25.7)
	18 años	475	52.5% (49.4, 55.7)
	19 años	142	15.1% (13.0, 17.2)
	20 años o más (máximo son 35 y 43)	81	9.3% (6.9, 11.6)
Notas promedio (Notas) n=905	60 a 70 puntos	51	6.2% (4.2, 8.2)
	71 a 80 puntos	393	43.9% (40.0, 47.8)
	81 a 90 puntos	364	39.0% (35.4, 42.5)
	91 a 100 puntos	97	10.9% (8.5, 13.4)
Con nota promedio alta (80 puntos o más) (NotAlta) n=905		461	49.9% (45.7, 54.1)
Han cambiado de carrera (CambCarr) n=902		142	15.0% (12.1, 18.0)
Han repetido año (Repanio) n=882		102	12.1% (9.4, 14.9)
Estuvo en otra universidad (OtraU) n=902		104	11.6% (9.4, 13.8)
Estudiantes que se consideran heterosexuales (Hetero)		824	90.3% (88.2, 92.3)

Características		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
Grupo sexual con el cual se identifica el estudiante (Grupo) n=898	Heterosexual	824	91.4% (89.5, 93.2)
	Homosexual o lesbiana	34	4.1% (2.8, 5.4)
	Bisexual	40	4.6% (3.1, 6.0)
Estudiantes que poseen algún amigo de la universidad que pertenece a alguna de las comunidades homosexual, bisexual, lésbica, o transgénero femenina (Amigo) n=899		510	56.0% (52.0, 60.0)
Grupo sexual del amigo del estudiante en la universidad (P40a) n=899	Homosexual	260	27.6% (23.8, 31.4)
	Bisexual	86	10.2% (7.4, 12.9)
	Lésbica	58	7.2% (5.1, 9.4)
	Transgénero	6	0.9% (0.04, 1.7)
	Trabajadoras sexuales	1	0.09% (0.01, 0.3)
	Comunidad LGBT	78	7.9% (5.9, 9.9)

Fuente: Base de datos.

7.2 Conocimientos, opinión y estigma

Tabla 2: Conocimientos. n=908

Indicador		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
Media del índice que mide el conocimiento con una escala de 0 a 18 puntos. "0" es la ausencia de conocimiento. Ver los conocimientos evaluados abajo, seguido de los indicadores de "mitos" y "verdad" (Conoce)			11.9 puntos (11.6, 12.2)
Grupos según calificación en conocimiento. Agrupación de acuerdo con "KQ"	Bajo conocimiento, menos de 7 puntos	38	4.1% (2.6, 5.6)
	Alto conocimiento, 7 puntos o más	870	95.9% (94.4, 97.4)

Indicador		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
(Gconoce)			
Grupos según calificación en conocimiento (Gcono1)	Bajo conocimiento, menos de 7 puntos	38	4.1% (2.6, 5.6)
	Conocimiento regular, 7 a 11 puntos	348	37.9% (33.8, 42.0)
	Buen conocimiento, 12 a 15 puntos	426	47.7% (43.9, 51.6)
	Excelente conocimiento, 16 a 18 puntos	96	10.2% (7.9, 12.6)
Estudiante con buen conocimiento. Calificaron con 12 puntos o más (Gcono1a)		522	58.0% (53.5, 62.4)
Estudiante con mal conocimiento. Calificaron con 11 puntos o menos.		386	42% (37.5, 46.5)
Estudiante que cree en mitos con respecto a VIH, menciona al menos 3 de los 12 mitos (Mitos)		123	13.7% (10.8, 16.5)
Mitos (Preguntas 1 a 9, 12, 15, 16 y 18)	P1. Toser o estornudar disemina el contagio de VIH	119	12.9% (10.5, 15.2)
	P2. Una persona puede contagiarse con VIH si comparte un vaso de agua que ha utilizado una persona infectada	127	13.8% (11.7, 15.9)
	P3. Sacar el pene antes de que el varón eyacule evita que la mujer se contagie con el virus de VIH durante las relaciones sexuales	149	16.1% (12.8, 19.4)
	P5. Ducharse o lavarse los genitales/partes privadas luego de una relación sexual evita que la persona se infecte con VIH	91	9.8% (7.7, 11.9)
	P6. Toda mujer embarazada, infectada con VIH, tendrá niños infectados con VIH	608	65.3% (61.9, 68.6)
	P7. Personas que están infectadas con el VIH, rápidamente muestran los	136	15.5% (12.5, 18.6)

Indicador		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
	signos o síntomas de que está contagiado(a)		
	P8. Existe una vacuna que evita que la persona adulta se infecte con el VIH	303	32.0% (28.3, 35.6)
	P9. Las personas son más propensas a infectarse cuando se dan besos profundos (“French kiss”), o colocan sus lenguas dentro de la boca de parejas que están infectadas con VIH	272	30.9% (27.3, 33.5)
	P12. Un condón de piel es mejor para prevenir el contagio de VIH que un condón látex	669	73.4% (69.8, 77.0)
	P15. Realizarse una prueba para determinar si se está infectado con VIH una semana después de haber tenido relaciones sexuales, puede determinar si la persona está infectada o no	594	66.1% (62.5, 69.6)
	P16. Una persona puede infectarse con VIH compartiendo un baño termal (yacusi) o una piscina con una persona infectada con el VIH	261	29.0% (25.7, 32.4)
	P18. Utilizar vaselina o aceite para bebé con los condones reduce el riesgo de infectarse con VIH	268	29.1% (25.9, 32.3)
Estudiantes con conocimiento de la verdad con respecto al VIH. Mencionan al menos 4 de las 6 verdades evaluadas (Verdad)		556	60.8% (56.8, 64.7)
Verdades (Preguntas 4, 10, 11, 13, 14 y 17)	P4. Una mujer puede infectarse con el VIH, si tiene relaciones sexuales anales (sexo anal) con un hombre	647	Correcto 72.2% (69.0, 75.4) Incorrecto 27.8% (24.6, 31)

Indicador		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
	P10. Una mujer puede contagiarse con VIH si tiene relaciones sexuales durante su menstruación	652	Correcto 71.4% (67.9, 75.0) Incorrecto 28.6% (25.1, 32.1)
	P11. Existe un condón femenino que ayuda a reducir el riesgo de infectarse con VIH	516	Correcto 55.6% (51.3, 59.9) Incorrecto 44.4% (40.1, 48.7)
	P13. Una persona que esté tomando antibióticos se contagiará con VIH si tiene relaciones sexuales	333	Correcto 36.2% (32.5, 39.8) Incorrecto 63.8% (60.1, 67.5)
	P14. Tener relaciones sexuales con más de una pareja sexual aumenta la probabilidad de que se infecte con VIH	867	Correcto 95.8% (94.2, 97.4)
	P17. Una persona puede contagiarse con VIH cuando sostiene relaciones sexuales de forma oral	489	Correcto 53.5% (49.8, 57.1) Incorrecto 46.5% (42.8, 50.2)

Fuente: Base de datos.

7.2.1 Asociaciones con el conocimiento

1. (**Conoce X Año Y Ganio**) El año que se cursa está asociado con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.00000$ / Chi Cuadrado, $p=0.00000$). Los estudiantes de primer año poseen la media más baja o el porcentaje más bajo de estudiantes con conocimiento (arriba de 12 puntos)
 - a. Primer año: (n=232). 10.9 puntos 41.8% conocen
 - b. Segundo año: (n=223). 11.7 puntos 55.6% conocen
 - c. Tercer año: (n=227). 12.7 puntos 67.0% conocen
 - d. Cuarto año: (n=226). 12.3 puntos 65.9% conocen

2. (**Conoce X Facu**) La facultad está asociada con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.00000$ / Chi cuadrado, $p=0.0028$). Los estudiantes de Ciencias de la Salud poseen la media más alta o el mayor porcentaje de estudiantes con conocimiento (arriba de 12 puntos).
- | | |
|--|---------------|
| a. Ciencias de la Salud: (n=120). 13.3 puntos | 76.7% conocen |
| b. Agronomía: (n=113). 11.6 puntos | 54.9% conocen |
| c. Arquitectura: (n=120). 11.2 puntos | 51.7% conocen |
| d. Ciencias Jurídicas y Sociales: (n=116). 11.4 puntos | 50.0% conocen |
| e. Humanidades: (n=120). 11.4 puntos | 49.2% conocen |
| f. Ciencias Económicas: (n=114). 11.6 puntos | 57.0% conocen |
| g. Ingeniería: (n=120). 12.3 puntos | 58.3% conocen |
| h. Ciencias Políticas y Relaciones Exteriores: (n=85). 12.3 puntos | 63.5% conocen |
3. (**Conoce X Sexo**) El sexo del estudiante está asociado con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.00001$ / Chi cuadrado, $p=0.00004$). Los hombres poseen la media más alta o el mayor porcentaje de estudiantes con conocimiento (arriba de 12 puntos). Los hombres poseen 1.8 veces (odds ratio) probabilidad de conocer que las mujeres.
- | | |
|----------------------------------|---------------|
| a. Hombres: (n=373). 12.4 puntos | 65.7% conocen |
| b. Mujeres: (n=535). 11.5 puntos | 51.8% conocen |
4. (**Conoce X Edad**) La edad de los estudiantes está asociada con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.00000$ / Chi cuadrado). Los estudiantes de mayor edad poseen la media más alta o el mayor porcentaje de estudiantes con conocimiento (arriba de 12 puntos).
- | | |
|---------------------------------------|---------------|
| a. 18 a 20 años: (n=505). 11.2 puntos | 47.5% conocen |
| b. 21 a 25 años: (n=368). 12.6 puntos | 68.8% conocen |
| c. 26 años o más: (n=35). 13.6 puntos | 82.9% conocen |
5. (**Conoce X hijos**) Tener hijos está asociado con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.01261$ / Chi cuadrado, $p=0.02321$). Quienes tienen hijos poseen la media más alta o el mayor porcentaje de estudiantes con conocimiento (arriba de 12 puntos). Quienes tienen hijos poseen 4.3 veces (odds ratio) probabilidad de conocer que quienes no tienen.
- | | |
|--|---------------|
| a. No tienen hijos: (n=855). 11.9 puntos | 57.1% conocen |
| b. Tienen hijos: (n=20). 13.5 puntos | 85.0% conocen |
6. (**Conoce X ViveCPad**) Vivir con sus padres está asociado con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.0368$). Quienes NO viven con sus padres poseen la media más alta.
- | |
|---|
| a. No viven con sus padres: (n=79). 12.6 puntos |
| b. Viven con sus padres: (n=795). 11.9 puntos |

7. (**Conoce X Ganio1**) El año de ingreso a la universidad está asociado con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.000000$ / Chi cuadrado, $p=0.00001$). Quienes ingresaron antes del 2014 poseen la media más alta o el mayor porcentaje de estudiantes con conocimiento (arriba de 12 puntos). Quienes ingresaron antes del 2014 poseen 2.6 veces (odds ratio) probabilidad de conocer que quienes ingresaron entre 2014 y 2017.
- a. Ingresaron antes del 2014: (n=125). 13.2 puntos 76.0% conoce
 - b. Ingresaron entre 2014 a 2017: (n=771). 11.7 puntos 54.7% conoce
8. (**Conoce X GedadU**) La edad con la que ingresaron a la universidad está asociada con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.00610$ / Chi cuadrado, $p=0.00274$). A mayor edad de ingreso mayor es la media o el porcentaje de estudiantes que conoce (arriba de 12 puntos)
- a. 16 a 17 años: (n=204). 11.5 puntos 50.5% conoce
 - b. 18 años: (n=475). 11.9 puntos 56.8% conoce
 - c. 19 años: (n=142). 12.0 puntos 61.3% conoce
 - d. 20 años o más: (n=81), 12.8 puntos 74.1% conoce
9. (**Conoce X CambCarr**) Haber cambiado de carrera está asociado con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.00165$ / Chi cuadrado, $p=0.00348$). Quienes cambiaron de carrera poseen la media más alta o el mayor porcentaje de estudiantes con conocimiento (arriba de 12 puntos). Quienes cambiaron de carrera poseen 1.8 veces (odds ratio) probabilidad de conocer que quienes no han cambiado.
- a. No han cambiado de carrera: (n=760). 11.8 puntos 55.4% conoce
 - b. Cambiaron de carrera: (n=142). 12.6 puntos 69.0% conoce
10. (**Conoce X Repanio**) Haber repetido algún año está asociado con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.00156$ / Chi cuadrado, $p=0.02339$). Quienes repitieron algún año poseen la media más alta o el mayor porcentaje de estudiantes con conocimiento (arriba de 12 puntos). Quienes repitieron algún año poseen 1.7 veces (odds ratio) probabilidad de conocer que quienes no han repetido.
- a. No han repetido año: (n=780). 11.8 puntos 56.3% conoce
 - b. Repitieron algún año: (n=102). 12.7 puntos 68.6% conoce
11. (**Conoce X OtraU**) Haber estado en otra universidad está asociado con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.00009$ / Chi cuadrado, $p=0.00785$). Quienes han estado en otra universidad poseen la media más alta o el mayor porcentaje de estudiantes con conocimiento (arriba de 12 puntos). Quienes han estado en otra universidad poseen 1.9 veces (odds ratio) probabilidad de conocer que quienes no han estado en otra universidad.
- a. No han estado en otra universidad: (n=798). 11.8 puntos 55.9% conoce
 - b. Han estado en otra universidad: (n=104). 12.9 puntos 70.2% conoce

12. (**Conoce X Amigo**) Tener un amigo de la universidad que pertenece a alguna de las comunidades LGBT está asociado con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.00063$ / Chi cuadrado, $p=0.01998$). Quienes tienen algún amigo LBGT poseen la media más alta o el mayor porcentaje de estudiantes con conocimiento (arriba de 12 puntos). Quienes poseen un amigo LBGT poseen 1.4 veces (odds ratio) probabilidad de conocer que quienes no tienen un amigo.

- a. No tienen amigo LBGT: (n=389). 11.5 puntos 53.2% conoce
- b. Tienen algún amigo LBGT: (n=510). 12.2 puntos 61.2% conoce

Tabla 3: Opinión. n=908

Indicador		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
Estudiantes que opinan reconocer que el VIH es un problema serio en Guatemala y que el gobierno está atendiendo adecuadamente el problema. Están de acuerdo con las dos preguntas 19 y 27 (<i>Opi1</i>)		55	6.0% (4.5, 7.5)
Opinión 1 (<i>Preguntas 19 y 27</i>)	P19. El VIH es un problema serio en Guatemala	842	92.6% (90.6, 94.5)
	P27. El gobierno está atendiendo adecuadamente el problema del VIH	65	7.2% (5.5, 8.9)
Estudiantes que opinan que el gobierno está obligado a brindar medicamentos. Están de acuerdo con la pregunta 28 (<i>Opi1a</i>)		740	82.5% (79.8, 85.2)
Estudiantes que opinan que las personas pueden protegerse del VIH (<i>Opi2</i>)		859	94.6% (92.8, 96.3)
Estudiantes que opinan que se necesita mayor educación. Mencionaron al menos una de las tres preguntas 20, 21 y 22 (<i>Opi3</i>)		879	96.8% (95.3, 98.2)
Opinión 3 (<i>Preguntas 20, 21 y 22</i>)	P20. La televisión y la radio deben ofrecer más información sobre VIH	840	92.2% (90.3, 94.1)
	P21. Se debe dar educación en SIDA a los y las jóvenes en los colegios	859	94.5% (92.5, 96.5)

Indicador		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
	P22. El gobierno debe promover más campañas educativas sobre el VIH	859	94.3% (92.4, 96.3)
Estudiantes que opinan que se deben promover programas de prevención. Mencionaron al menos una de las tres preguntas 24, 29 y 30 <i>(Opi4)</i>		891	98.2% (97.1, 99.2)
Opinión 4 <i>(Preguntas 24, 29 y 30)</i>	P24. Los condones deberían estar fácilmente disponibles para las personas que los quieran utilizar, incluyendo adolescentes	789	86.9% (84.0, 89.8)
	P29. Deben implementarse programas de prevención de VIH con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres	815	90.3% (88.0, 92.6)
	P30. Deben implementarse programas de prevención de VIH con trabajadoras sexuales	852	93.9% (92.0, 95.8)

Fuente: Base de datos

Tabla 4: Estigma. N=908

Indicador		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
Media del índice que mide el estigma con una escala de 0 a 10 puntos. "0" es la ausencia de estigma. Se construyó con preguntas 25, 26, 31 a 38. <i>(Estigma)</i>			2.51 puntos (2.3, 6.7)
Estudiante con estigma (calificaron por arriba de "0" en el índice "estigma") <i>(Estig1)</i>		785	86.5% (83.8, 89.2)
Grupos según su nivel de estigma <i>(Estig1a)</i>	Sin estigma, 0 puntos	123	13.5% (10.8, 16.2)
	Estigma leve, 1 a 3 puntos	521	57.3% (53.4, 61.3)
	Estigma regular, 4 a 6 puntos	243	27.0% (23.7, 30.3)

Indicador		Número de casos	Media o Porcentaje (IC 95%)
	Alta estigma, 7 a 10 puntos	21	2.2% (0.9, 30.3)
Estigmas (Preguntas 25, 26, 31 a 38)	P25. El dueño de una empresa debería tener el derecho de pedir una prueba de VIH como pre-requisito para dar un empleo	379	41.4% (37.4, 45.3)
	P26. Las personas con VIH NO deben tener acceso a lugares públicos	68	7.5% (5.7, 9.4)
	P31. Los niños y niñas con VIH deberían recibir educación aparte	244	27.5% (24.3, 30.7)
	P32. Las mujeres con VIH NO tienen derecho a quedar embarazadas	400	43.0% (38.7, 47.2)
	P33. Dios castiga a las prostitutas y homosexuales con VIH por su forma de vivir	84	9.7% (7.4, 12.0)
	P34. Las trabajadoras sexuales con VIH se lo buscaron por su mal comportamiento	133	14.3% (11.7, 16.8)
	P35. Un amigo homosexual NO puede vivir en mi casa	195	21.3% (18.5, 24.2)
	P36. Las personas tienen derecho de agredir a las personas trans/travestis por su forma de ser	37	4.4% (2.8, 6.1)
	P37. NO Me siento cómodo/a trabajando a la par de una persona trans/travesti	308	34.2% (30.5, 37.8)
	P38. Las personas trans/travesti NO tienen derecho a tener documentos de identidad que las identifiquen como mujeres	434	47.3% (43.2, 51.3)

Fuente: Base de datos

7.2.3 Asociaciones con estigma

1. (**Estig1** X Sexo) El sexo del estudiante está asociado con la presencia de estigma (desde leve hasta alto) (Chi cuadrado, $p=0.02973$). Los hombres poseen el mayor porcentaje de estudiantes con estigma. Los hombres poseen 1.6 veces (odds ratio) probabilidad de tener estigma que las mujeres.
 - a. Hombres: (n=373). 89.5% con estigma
 - b. Mujeres: (n=535). 84.3% con estigma

2. (**Estig1** X Notalta) Las notas del estudiante están asociadas con la presencia de estigma (desde leve hasta alto) (Chi cuadrado, $p=0.01269$). Estudiantes con notas altas (promedio arriba de 80 puntos) poseen el menor porcentaje de estudiantes con estigma. Los estudiantes con nota menor a 80 puntos poseen 1.7 veces (odds ratio) probabilidad de tener estigma que estudiantes con nota alta.
 - a. Nota promedio < 80 puntos: (n=444). 89.4% con estigma
 - b. Nota promedio 80 puntos o más: (n=461). 83.5% con estigma

3. (**Estig1** X Amigo) Tener un amigo de la universidad que pertenece a alguna de las comunidades LGBT está asociado con la presencia de estigma (desde leve hasta alto). (Chi cuadrado, $p=0.00024$). Quienes NO tienen algún amigo LBGT poseen el mayor porcentaje de estudiantes con estigma. Quienes NO poseen un amigo LBGT poseen 2.2 veces (odds ratio) probabilidad de tener estigma que quienes tienen un amigo.
 - a. No tienen amigo LBGT: (n=389). 91.3% con estigma
 - b. Tienen algún amigo LBGT: (n=510). 82.5% con estigma

8. Análisis y Discusión de Resultados

El análisis y discusión de resultados se realizará acorde a la división de los cuadros presentados anteriormente.

8.1 Caracterización de la muestra

En total se encuestaron a 908 estudiantes donde se evidenció un predominio en el género femenino, pues el 60.1% (535 personas) de la población fueron mujeres y el 39.9% restante equivalen a población masculina. El rango de edad donde se encuentra la mayor cantidad de población encuestada es de 18 a 20 años. Asimismo, se evidencia que el 99% de la población es soltera, sin embargo 13.2% afirma presentar alguna responsabilidad familiar, es decir es casado/a, tener hijos o que no viven con sus padres.

Según los datos recabados, la nota promedio más frecuente de la población con un 43.9% es de 71 a 80 puntos. La segunda nota promedio más frecuente con un 39% es de 81 a 90 puntos. Es importante tomar en cuenta que el 49.9% de la población refirió haber entrado a la universidad con una nota promedio alta que equivale 80 puntos o más.

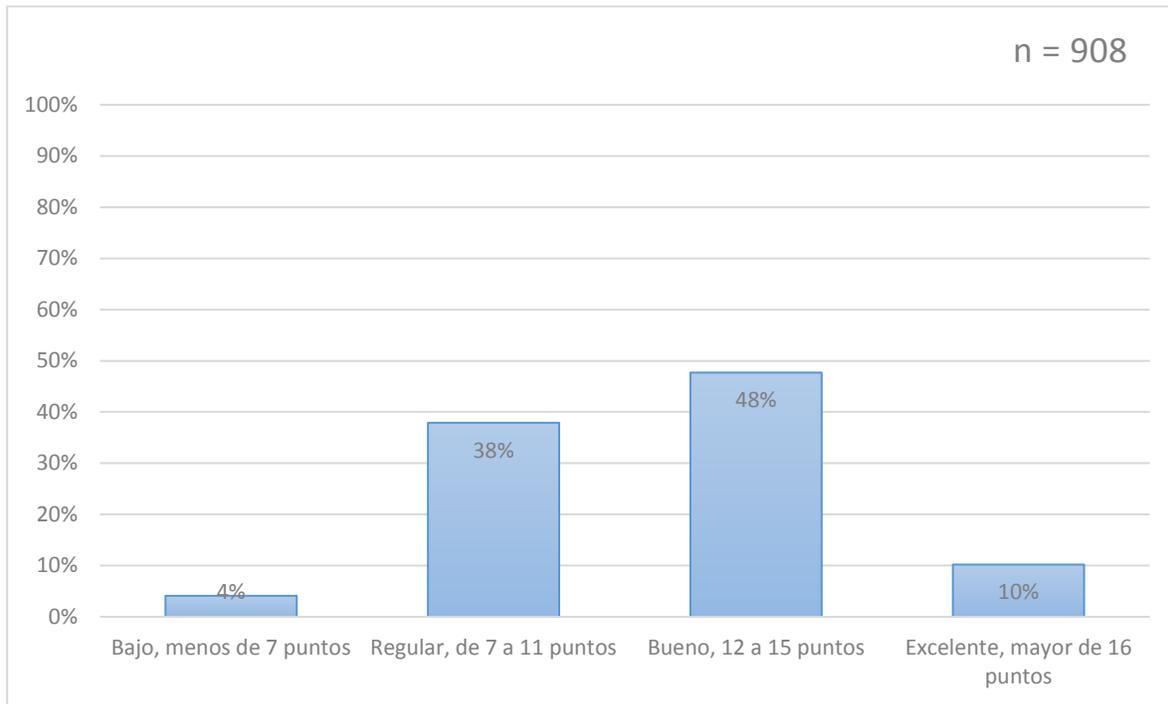
Con respecto a la sexualidad de la población, el 90.3% se considera heterosexual, el 4.1% homosexual y el 4.6% bisexual. Asimismo, el 56% de la población refirió tener un amigo/a que pertenezca a alguna de las comunidades LBGTI donde predominan los conocidos de la comunidad homosexual con un 27.6%.

8.2 Conocimiento sobre VIH

Acorde al estudio de Talwar y Abd donde se utilizó el cuestionario sobre VIH, el mismo que fue utilizado para este estudio, la calificación de este se realizó con un punto de corte de 7 respuestas. Es decir, un puntaje mayor o igual a 7 se consideró alto y un puntaje menor a 7 como bajo. El 36% de la población obtuvo un puntaje bajo en el cuestionario. Sin embargo, utilizando el mismo análisis el estudio evidenció que solamente el 4.1% (38 personas) de la población obtuvo bajo conocimientos. Tomando en cuenta la nueva escala realizada en este estudio, los resultados mostraron que el 4.1% de la población presentó bajo conocimiento, mientras que el 37.9% (348 estudiantes) presentó conocimiento regular. Tomando en cuenta estos datos, básicamente el 42% de la población total no evidencia un conocimiento apto sobre las generalidades del VIH.

Gráfica No. 1

Nivel de conocimiento sobre VIH en estudiantes.

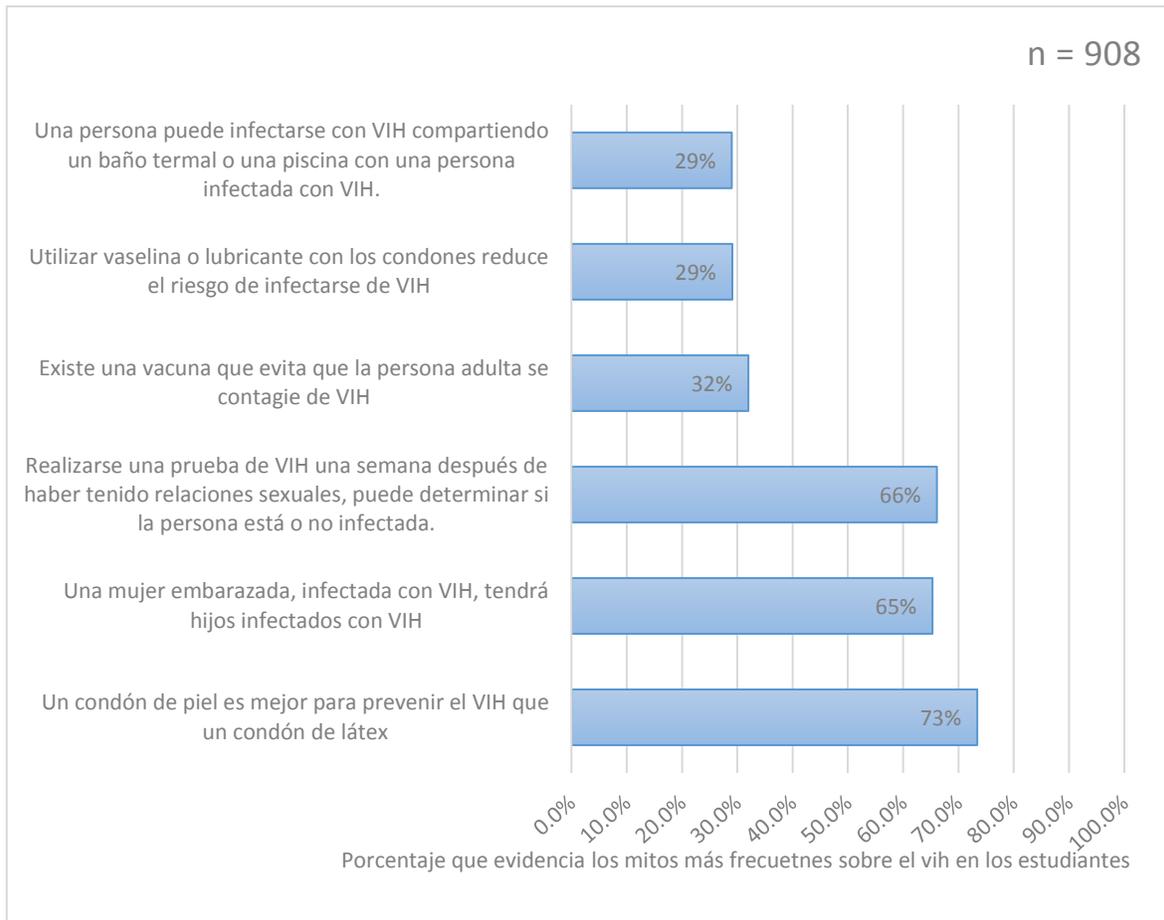


Fuente: Universidad Rafael Landívar, campus central, Guatemala. Estudiantes encuestados de primero a cuarto año durante abril a junio del año 2017.

Dentro del cuestionario es importante evidenciar que pese a que menos del 50% de la población evidenció un conocimiento regular o bajo, existen preguntas que obtuvieron una mayor frecuencia de error y equivalen a mitos sobre el VIH, lo que se traduce como conocimientos vitales para poder prevenir la transmisión de la enfermedad y sobretodo disminuir el estigma hacia el VIH. A continuación se presenta una gráfica mostrando los mitos más frecuentes entre los estudiantes:

Gráfica No. 2

Mitos más frecuentes sobre VIH en los estudiantes.

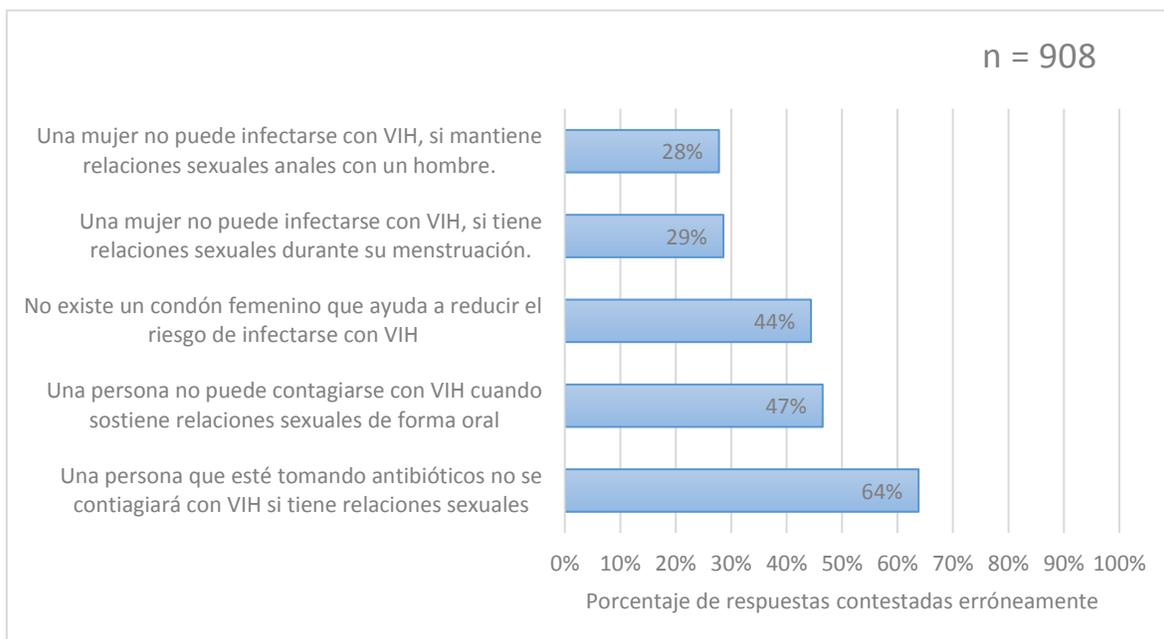


Fuente: Universidad Rafael Landívar, campus central, Guatemala. Estudiantes encuestados de primero a cuarto año durante abril a junio del año 2017.

Por otro lado, dentro del cuestionario se presentan las verdades sobre el VIH que tienen como fin evidenciar afirmaciones concretas que permiten reflejar el conocimiento general sobre el virus. A continuación se presentará una gráfica con las verdades principales que presentaron una tasa de respuesta afirmativa baja, es decir que fueron erróneamente contestadas por los estudiantes. Evidenciando de esta forma la falta de conocimiento sobre VIH principalmente con respecto a las vías de transmisión del virus y las formas de prevenir la infección.

Gráfica No. 3

Mentiras sobre el VIH más frecuentes en los estudiantes.



Fuente: Universidad Rafael Landívar, campus central, Guatemala. Estudiantes encuestados de primero a cuarto año durante abril a junio del año 2017.

Con toda la información previamente descrita, es importante hacer correlaciones que permitan evidenciar un parámetro amplio con respecto al conocimiento de los estudiantes y las características que son propiamente de la población. Por lo cual es evidente que el año en curso influye en el conocimiento sobre VIH de los estudiantes siendo el 3er año de universidad los que tienen más conocimiento sobre VIH con un 67%, mientras que los de 1er año son los que menos conocimientos tienen con un 41.8%. Sin embargo, pese a que los estudiantes de 3er año tengan un conocimiento por encima del 50%, no se alcanzan porcentajes que evidencien un conocimiento excelente sobre el tema, lo que se puede traducir en riesgo para seguir transmitiendo la enfermedad y seguir presenciando estigma sobre el VIH.

Por otro lado se puede decir que la facultad tiene que ver con el nivel de conocimiento de los estudiantes, pues los que pertenecen a Ciencias de la Salud obtuvieron el porcentaje más alto de conocimientos sobre VIH con un 76.7%. Mientras que los estudiantes de Humanidades son los que tienen el porcentaje más bajo de conocimiento sobre VIH con un 49.2%. También el sexo está asociado con el nivel de conocimiento de los estudiantes, pues son los hombres que poseen el porcentaje más alto de conocimiento con un 65.7%, mientras que las mujeres

solamente evidencian un 51.8%. En otras palabras, los hombres tienen 1.8 veces más probabilidad de conocer que las mujeres.

Tabla No. 5

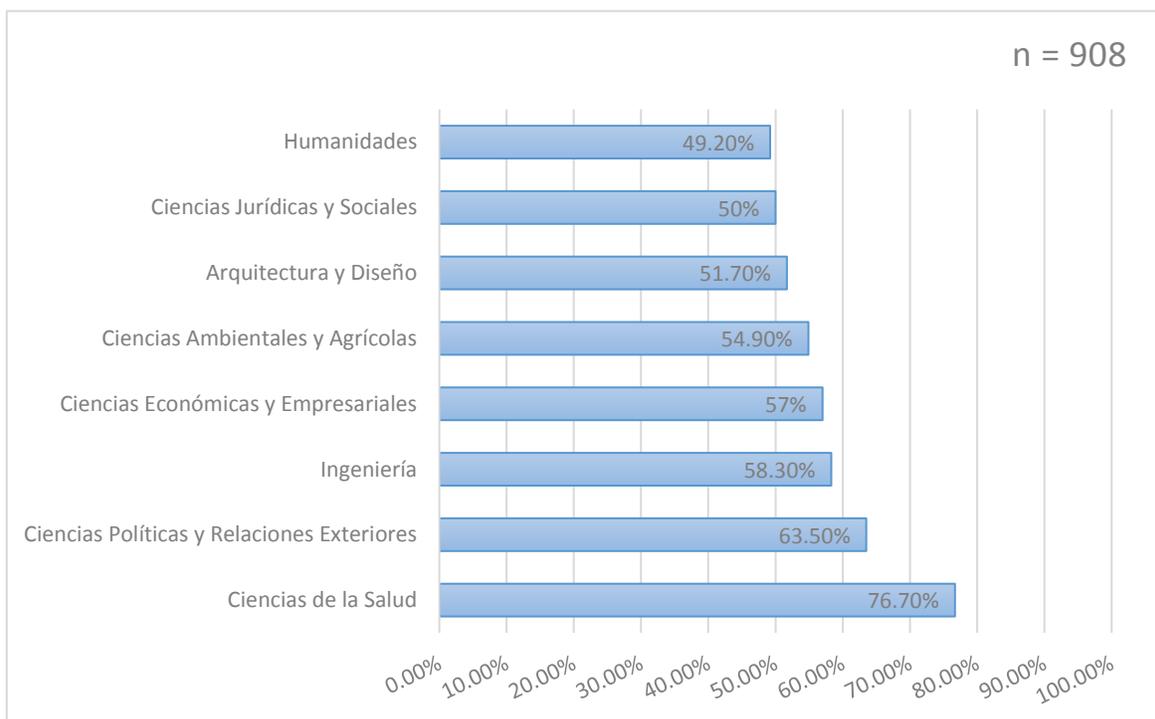
Conocimiento asociado al VIH en relación al año que cursan los estudiantes.

Año de Carrera	Media	Porcentaje
Primer Año	10.9	41.80%
Segundo año	11.7	55.60%
Tercer año	12.7	67.00%
Cuarto año	12.3	65.90%

Fuente: Base de datos.

Gráfica No. 4

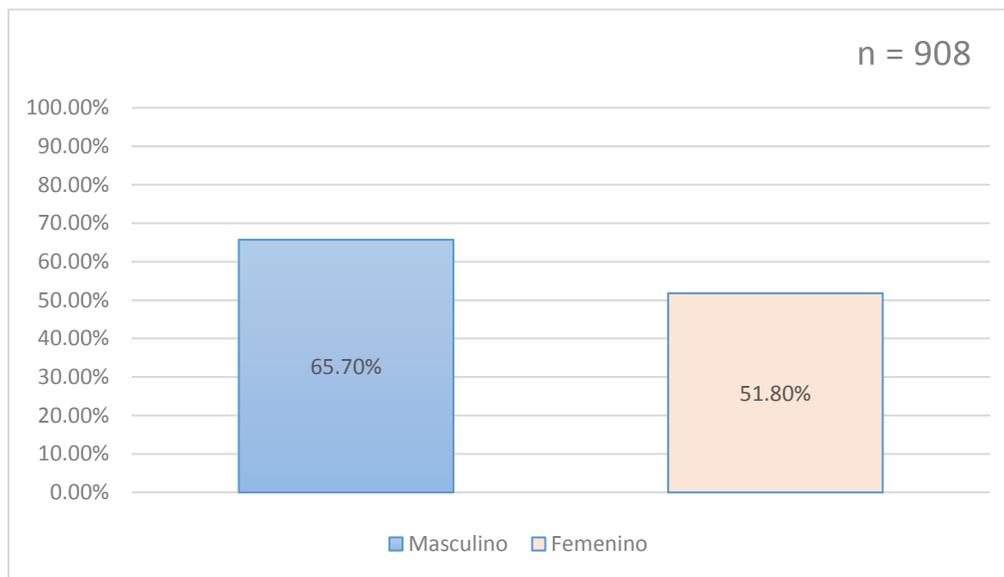
Conocimiento sobre VIH distribuido por facultades.



Fuente: Universidad Rafael Landívar, campus central, Guatemala. Estudiantes encuestados por facultad de primero a cuarto año durante abril a junio del año 2017.

Gráfica No. 5

Conocimiento sobre VIH según el género de los estudiantes.



Fuente: Universidad Rafael Landívar, campus central, Guatemala. Estudiantes encuestados de primero a cuarto año durante abril a junio del año 2017.

Asimismo, el hecho de tener un amigo de la universidad que pertenece a alguna de las comunidades LGBT está asociado con el nivel de conocimiento de los estudiantes. (ANDEVA, $p=0.00063$ / Chi cuadrado, $p=0.01998$). Quienes tienen algún amigo LBGT poseen la media más alta o el mayor porcentaje de estudiantes con conocimiento (arriba de 12 puntos). Quienes poseen un amigo LBGT poseen 1.4 veces (odds ratio) probabilidad de conocer que quienes no tienen un amigo.

Tabla No. 6

Conocimiento asociado al VIH en estudiantes que tienen o no un amigo/a que pertenezca a la comunidad LGBT

Amigo/a de la comunidad LGBT	Media	Porcentaje
Tiene	11.5	53.20%
No tiene	12.2	61.20%

Fuente: Base de datos.

8.3 Opinión

Dentro de los resultados recabados sobre la opinión, uno de los datos interesantes del estudio es que el 94.6% de la población opina que sí se pueden proteger del VIH. Sin embargo, tomando en cuenta esta premisa podemos evidenciar en los resultados de las verdades sobre el VIH, que solamente el 55.6% de la población tiene conocimientos sobre el condón femenino como un método de prevención. Asimismo, puede mencionarse otra verdad donde solamente el 53.5% de la población sabe que el VIH puede transmitirse mediante el sexo oral. Con esto se puede evidenciar que a pesar que el 94.6% de la población está consciente que se pueden proteger del VIH, aún no cuentan con los conocimientos necesarios sobre métodos de barrera, así como mecanismos de transmisión del VIH. Como consecuencia, esto permite que se aumente el riesgo de transmisión, así como el incremento del estigma sobre el virus.

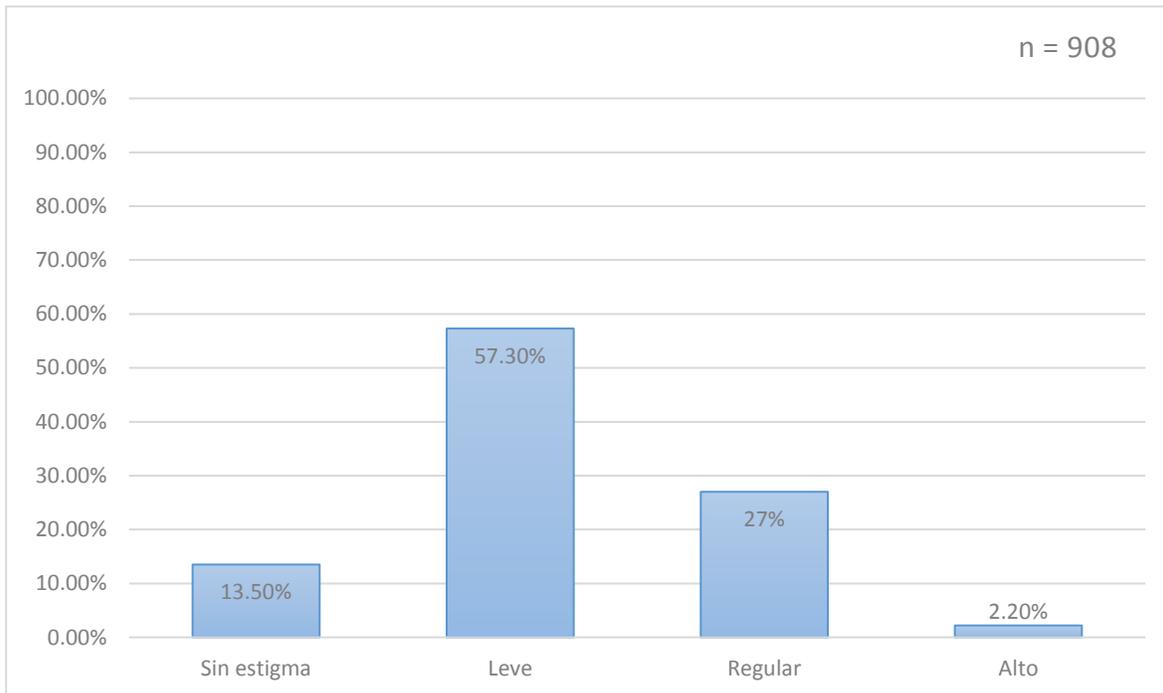
8.4 Estigma

Dentro de la escala construida para evaluar el estigma que existe en la población, se muestra que únicamente el 13.5% no presenta estigma. Mientras que el 57.3% de la población se encuentra con un estigma leve y el 29.2% evidencia un estigma de moderado a severo. Dentro de estos resultados podemos evidenciar que el 47.3% de la población opina que las personas trans/travesti, NO tienen derecho a tener documentos de identidad que las identifiquen como mujeres. Como segundo lugar puede evidenciarse el rechazo que tiene la población sobre las mujeres embarazadas, ya que el 43% (n = 400) opina que las mujeres con VIH no tienen derecho a quedar embarazadas. Con respecto a que si el dueño de una empresa debería pedir una prueba de VIH como pre-requisito para dar un empleo, el 41.4% de la población estuvo de acuerdo con esta situación. Claramente, se puede evidenciar una gran tasa de estigma de la población en cuestión, comparando de esta forma que los conocimientos sobre VIH no representan un porcentaje adecuado, pues el 42% de la muestra no tiene un buen conocimiento sobre el tema.

A continuación se muestra una gráfica donde se evidencian la distribución de estigma según la escala presentada y los estigmas que presenta la población.

Gráfica No. 6

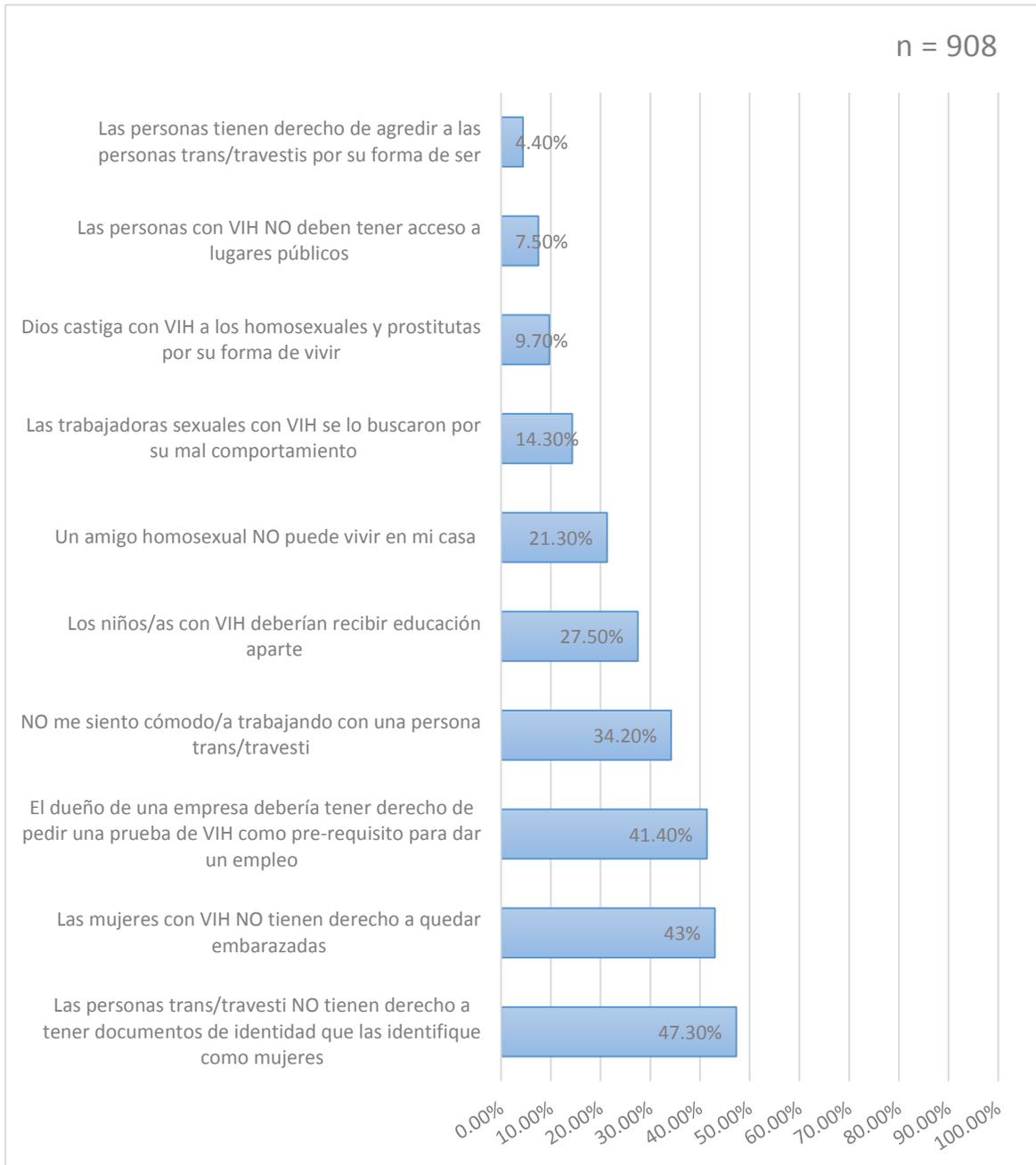
Distribución del nivel de estigma asociado al VIH en los estudiantes.



Fuente: Universidad Rafael Landívar, campus central, Guatemala. Estudiantes encuestados de primero a cuarto año durante abril a junio del año 2017.

Gráfica No. 7

Distribución de estigmas asociados al VIH en los estudiantes.



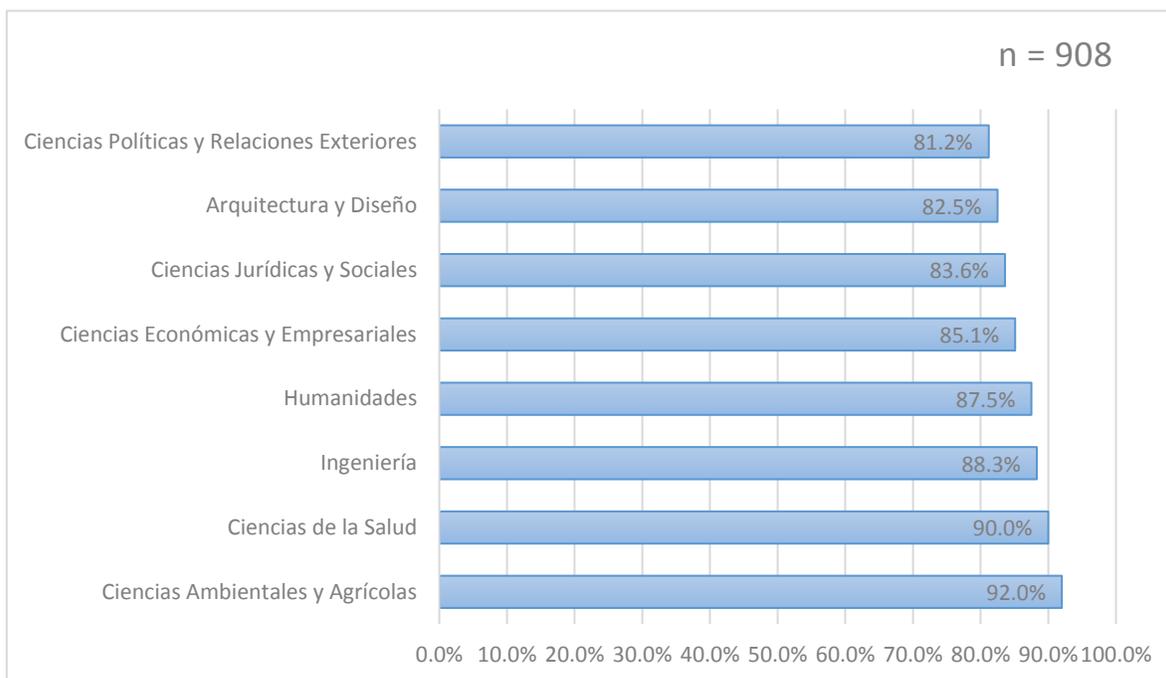
Fuente: Universidad Rafael Landívar, campus central, Guatemala. Estudiantes encuestados de primero a cuarto año durante abril a junio del año 2017.

Se evaluó el estigma sobre VIH que se presenta por facultad en la universidad. Dentro de los resultados no se evidencia alguna diferencia presente para determinar qué facultad estigmatiza más (Chi cuadrado, $p=0.2272$), sin embargo se pudo evidenciar una tendencia interesante entre facultades, la cual se muestra en la

siguiente gráfica, demostrando un 10.8% de diferencia entre el porcentaje más bajo y el más alto.

Gráfica No. 8

Estigma asociado al VIH distribuido por facultad.



Fuente: Universidad Rafael Landívar, campus central, Guatemala. Estudiantes encuestados por facultad de primero a cuarto año durante abril a junio del año 2017.

El sexo del estudiante está asociado con la presencia de estigma (desde leve hasta alto) (Chi cuadrado, $p=0.02973$). Los hombres poseen el mayor porcentaje de estudiantes con estigma. Asimismo, presentan 1.6 veces (odds ratio) probabilidad de tener estigma que las mujeres.

Tabla No. 7

Estigma asociado al VIH en relación al género de los estudiantes

Sexo	Casos	Porcentaje
Hombres	373	89.50%
Mujeres	535	84.30%

Fuente: Base de datos.

Por otro lado, se evidenció también que las notas del estudiante están asociadas con la presencia de estigma desde leve a severo, pues aquellas notas con un promedio arriba de 80 puntos son las que obtuvieron menor estigma con un 83.5%. Mientras que los que obtienen notas menores a 80 puntos presentan un estigma de 89.4% (desde leve hasta alto). (Chi cuadrado, $p=0.0000$). Es decir, quienes poseen notas altas estigmatizan menos en comparación a aquellos que presentan notas promedio más bajas. Aquellos con notas promedio menor a 80 puntos presentan 1.7 veces (odds ratio) probabilidad de tener estigma.

Tabla No. 8

Estigma asociado al VIH en relación a las notas promedio de los estudiantes

Nota Promedio	Casos	Porcentaje
menor a 80 puntos	444	89.40%
80 puntos o más	461	83.50%

Fuente: Base de datos.

El conocimiento sobre VIH y el embarazo está asociado con la presencia de estigma (desde leve hasta alto). (Chi cuadrado, $p=0.0000$). Quienes no tienen un buen conocimiento sobre el VIH en el embarazo poseen el mayor porcentaje de estudiantes que estigmatizan a las mujeres embarazadas. Estos estudiantes tienen 2.85 veces (odds ratio) probabilidad de tener estigma en comparación a aquellos que sí conocen sobre el tema.

Por último, se puede evidenciar que dentro de la población el hecho de tener un amigo que pertenezca a alguna de las comunidades LBGTI, está relacionado con el nivel de estigma desde bajo hasta severo. Esto se muestra pues aquellos que no tienen un amigo/a en esta comunidad, presentan el mayor nivel de estigma con un 91.3%, mientras que aquellos que si lo tienen presentan un 82.5% (desde leve hasta alto). (Chi cuadrado, $p=0.000024$). Quienes NO poseen un amigo LBGT poseen 2.2 veces (odds ratio) probabilidad de tener estigma en comparación a quienes tienen un amigo.

Tabla No. 9

Estigma asociado al VIH en los estudiantes que tienen o no un amigo/a que pertenezca a la comunidad LGBT.

Amigo/a de la comunidad LGBT	Casos	Porcentaje
No tiene	389	91.30%
Tiene	510	82.50%

Fuente: Base de datos.

9. Conclusiones

1. Hasta un 47% de los estudiantes landivarianos presentan un conocimiento inadecuado sobre VIH.
2. Los mitos más frecuentes sobre VIH que creen los estudiantes van relacionados con las formas de transmisión, prevención y detección del virus.
3. La falta de conocimiento de los estudiantes se centra especialmente en las vías de transmisión y prevención del virus.
4. Hasta un 89% de los estudiantes landivarianos presenta algún grado de estigma asociado al VIH, siendo la población masculina la que más estigmatiza.
5. Los estigmas más frecuentes sobre VIH que presentan los estudiantes van dirigidos especialmente a las personas transgénero, mujeres embarazadas infectadas y derechos laborales.

10. Recomendaciones

1. Reforzar los contenidos sobre VIH dentro del módulo de sexualidad del curso Juventud y Vida Saludable, incluyendo además estrategias sobre la reducción de estigma asociado al VIH en los estudiantes.
2. Promoción de actividades integrales sobre el VIH por parte del Centro Landivariano de Salud Integral (CELASI) para mejorar el conocimiento sobre VIH y reducción de su estigma asociado.
3. Realizar nuevos estudios que permita medir nuevamente el conocimiento sobre VIH y su estigma asociado, para valorar si se han tomado las acciones pertinentes sobre el problema.

11. Bibliografías

1. MSPAS [sede web]. Guatemala: MSPAS: junio de 2017. [accesado el 2 de marzo de 2018]. Vigilancia epidemiológica del VIH [8 páginas]. Disponible en: <http://epidemiologia.mspas.gob.gt/files/Publicaciones%202017/VIH/Informe%20VIH%20enero%20a%20junio%202017%20JG%20real%2015ago2017.pdf>
2. Hivos people unlimited [sede web]. Guatemala; Hivos y El Fondo Mundial de lucha contra el SIDA, la tuberculosis y la malaria; 2012. [accesado el 6 de febrero de 2016]. ESTUDIO DIAGNÓSTICO DE ESTIGMA Y DISCRIMINACIÓN Hacia personas con VIH, hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y Mujeres Trabajadoras Sexuales (MTS). [136 páginas] Disponible en: <http://hivos.org.gt/wp-content/uploads/2015/03/Estudio-Estigma-y-Discriminacion.pdf>
3. Argueta del Cid WM. Efectos del estigma social, a nivel personal y en las relaciones interpersonales, en personas viviendo con VIH/SIDA [tesis de licenciatura]. Guatemala: Universidad Rafael Landívar. Facultad de Humanidades, 2005.
4. PASCA [sede web]. Guatemala: USAID y PASCA; agosto 2016. [accesado el 02 de marzo de 2018]. Estigma y discriminación asociados al vih encuesta de opinión pública. Informe de país. Guatemala, 2016. [32 páginas]. Disponible en: <http://www.pasca.org/userfiles/INFORME%20EYD%202016%20GUATEMALA%20agosto%202016%20final.pdf>
5. INE [sede web] Guatemala: INE; enero de 2017. [accesado el 2 de marzo de 2017]. VI encuesta nacional de salud materno infantil 2014 – 2015 [748 páginas]. Disponible en: https://www.ine.gob.gt/images/2017/encuestas/ensmi2014_2015.pdf
6. ONUSIDA [sede web]. Ginebra: ONUSIDA; 2013. [actualizado el 2 de febrero de 2016; accesado el 6 de febrero de 2016]. ONUSIDA, informe sobre la epidemia mundial de sida 2013 [274 páginas]. Disponible en: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_es_1.pdf

7. Morales – Miranda S, Álvarez – Rodríguez B.E, Arambú N, Aguilar J, Huamán B, Figueroa W, Osuna-Ramírez I, Mendizábal R, Rosales-Arroyo RP, Castillo A. Encuesta centroamericana de vigilancia de comportamiento sexual y prevalencia del VIH e ITS, en poblaciones vulnerables y poblaciones clave. Guatemala 2013, Universidad del Valle de Guatemala, MSPAS, HIVOS Inc.2013. Publicación UVG. No. 27. Septiembre 2013.
8. Tamayo Zuluaga B, Macías gil Y, Cabrera Orrego R, Henao Pelaéz JN, Cardona Arias JA. Estigma social en la atención de personas con VIH/SIDA por estudiantes y profesionales de las áreas de la salud. Rev Cienc Salud [revista en línea]. 2015; 13(1): 9-23. [accesado el 6 de febrero de 2016]. Disponible en: <http://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/view/3648>
9. Centros para el Control y la Prevención de Enfermedades [sede web]. Estados Unidos: CDC: 12 de julio de 2016 [accesado el 5 de octubre de 2016]. Transmisión del VIH [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.cdc.gov/hiv/spanish/basics/transmission.html>
10. Organización Mundial de la Salud [sede web]. Ginebra: OMS; Noviembre de 2015. [acceso 5 de octubre de 2016]. VIH/SIDA [1 pantalla]. Disponible en: <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs360/es/>
11. Shaw GM. Biología de los virus de la inmunodeficiencia humana. Cecil y Goldman tratado de medicina interna. 24 ed España: Elsevier; 2013: v. 2 p. 2181-2185
12. Del Río C. Prevención de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana. Cecil y Goldman tratado de medicina interna. 24 ed España: Elsevier; 2013: v. 2 p. 2186-2189
13. Carey MP y Schroder KE. HIV knowledge questionnaire (HIV-KQ-18). [en línea] Galway [accesado 10 de octubre de 2016]. Disponible en: <http://www.midss.org/content/hiv-knowledge-questionnaire-hiv-kq-18>
14. Intervalo de confianza para variables cualitativas, usando fórmula de Fleiss J. 1981. Stastistical Methos for Rates and Proportions, 2nd Ed. Pp14

12. Anexos



Universidad
Rafael Landívar
Tradicón Jesuita en Guatemala

No. _____

Universidad Rafael Landívar
Facultad de Ciencias de la Salud
Licenciatura en Medicina

Conocimientos sobre VIH

NOTA IMPORTANTE: antes de realizar el cuestionario, se enfatiza en que este es **anónimo** por lo cual tenga la seguridad de contestar libremente.

Estoy de acuerdo en participar en el estudio luego de que se me explicó el consentimiento informado y el cuestionario, en donde los datos obtenidos serán exclusivamente para uso de la investigación.

Firma

Serie I Datos generales

1. Sexo: ____
2. Edad: ____
3. Estado Civil: _____
4. Tiene hijos: SI / NO
5. Vive con sus padres: SI / NO
6. Año que entró a la universidad: ____
7. Edad al entrar a la Universidad: ____
8. Promedio de notas (aproximado):
 - a. (60-70)
 - b. (70 – 80)
 - c. (80 – 90)
 - d. (90 – 100)
9. Ha cambiado de carrera: SI / NO
10. Ha repetido año: SI / NO
11. Estuvo en otra universidad anteriormente: SI / NO

Serie II Circule la respuesta que usted considere correcta

1. El toser o estornudar disemina el contagio de VIH
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
2. Una persona puede contagiarse con VIH si comparte un vaso de agua que ha utilizado una persona infectada con VIH
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé

3. Sacar el pene antes de que el varón eyacule evita que la mujer se contagie con el virus de VIH durante las relaciones sexuales
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
4. Una mujer puede infectarse con el VIH, si tiene relaciones sexuales anales (sexo anal) con un hombre.
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
5. Ducharse o lavarse los genitales / partes privadas luego de una relación sexual evita que la persona se infecte con VIH
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
6. Toda mujer embarazada, infectada con VIH, tendrá niños infectados con VIH
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
7. Personas que están infectadas con el VIH, rápidamente muestran los signos o síntomas de que está contagiado (a)
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
8. Existe una vacuna que evita que la persona adulta se infecte con el VIH
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
9. Las personas son más propensas a infectarse cuando se dan besos profundos ("French kiss"), o colocan sus lenguas dentro de la boca de parejas que están infectadas con VIH
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
10. Una mujer puede contagiarse con VIH si tiene relaciones sexuales durante su menstruación
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
11. Existe un condón femenino que ayuda a reducir el riesgo de infectarse con VIH
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
12. Un condón de piel es mejor para prevenir el contagio de VIH que un condón de látex
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
13. Una persona que esté tomando antibióticos se contagiará con VIH si tiene relaciones sexuales
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
14. Tener relaciones sexuales con más de una pareja sexual aumenta la probabilidad de que se infecte con VIH
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
15. Realizarse una prueba para determinar si se está infectado con VIH una semana después de haber tenido relaciones sexuales, puede determinar si la persona está infectada o no
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé
16. Una persona puede infectarse con VIH compartiendo un baño termal (yacuzzi) o una piscina con una persona infectada con el VIH
 - a. Verdadero
 - b. Falso
 - c. No lo sé

17. Una persona puede contagiarse con VIH cuando sostiene relaciones sexuales de forma oral
- Verdadero
 - Falso
 - No lo sé
18. Utilizar vaselina o aceite para bebé con los condones reduce el riesgo de infectarse con VIH
- Verdadero
 - Falso
 - No lo sé
19. El VIH es un problema serio en Guatemala
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
20. La televisión y la radio deben ofrecer más información sobre VIH
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
21. Se debe dar educación en SIDA a los y las jóvenes en los colegios
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
22. El gobierno debe promover más campañas educativas sobre el VIH
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
23. Las personas pueden protegerse contra el VIH
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
24. Los condones deberían estar fácilmente disponibles para las personas que los quieran utilizar, incluyendo adolescentes
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
25. El dueño de una empresa debería tener el derecho de pedir una prueba de VIH como pre-requisito para dar un empleo
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
26. Las personas con VIH deben tener acceso a lugares públicos
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
27. El gobierno está atendiendo adecuadamente el problema del VIH
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
28. El gobierno está obligado a brindar medicamentos a las personas con VIH
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo
29. Deben implementarse programas de prevención de VIH con hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres
- Totalmente en desacuerdo
 - En desacuerdo
 - De acuerdo
 - Totalmente de acuerdo

