

Rev.latinoam.cienc.soc.niñez juv 6(2): 739-768, 2008
<http://www.umanizales.edu.co/revistacinde/index.html>

Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México *

Aldo Favio Lozano González **

Asistente de Investigación del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara.

Teresa Margarita Torres López ***

Profesora Investigadora Titular de la Universidad de Guadalajara.

Carolina Aranda Beltrán ****

Profesora Investigadora Titular de la Universidad de Guadalajara.

• **Resumen:** El objetivo del estudio fue explorar las dimensiones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México, a fin de identificar elementos para desarrollar programas de prevención. Fue un estudio transversal exploratorio. La muestra fue de 73 personas seleccionadas por muestreo propositivo en las instalaciones de un centro de estudios de educación media superior de la Universidad de Guadalajara. Se aplicaron entrevistas semiestructuradas mediante técnicas de listados libres y sorteo de montones. Se indagaron términos asociados al concepto VIH/Sida y grupos de dimensiones conceptuales. Se aplicó análisis de consenso mediante factorización de componentes principales y análisis dimensional,

* Este artículo es parte del proyecto denominado "Creencias y significados de adolescentes migrantes de Jalisco, México, sobre el riesgo de contagio de Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) y VIH/Sida", financiado por el Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (Conacyt) clave 5214, e inscrito en el Instituto de Investigación de Salud Ocupacional del Departamento de Salud Pública del Centro Universitario de Ciencias de la Salud de la Universidad de Guadalajara, realizado de enero a diciembre de 2007.

** Licenciado en Psicología. Correo electrónico sickandroid@hotmail.com

*** Doctora en Antropología Social y Cultural. Correo electrónico ttorres@cucs.udg.mx

[mx](mailto:ttorres@cucs.udg.mx)

**** Doctora en Ciencias. Correo electrónico caranda2000@hayoo.com.mx

mediante conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales. Los principales resultados muestran que existe abundante información descriptiva en torno al padecimiento sobre la transmisión del VIH: es producida por un virus, es mortal y no tiene cura. Las primeras dimensiones culturales que se encontraron en esta población en torno al VIH/Sida fueron: primero, elementos alusivos a un fatalismo ineludible y sentimientos que derivan del mismo; segundo, incluye conceptos biológicos; y tercero, considera cuestiones sexuales y señalamientos morales con respecto a las prácticas sexuales. Los elementos culturales encontrados en este estudio deberían ser considerados en el diseño y difusión de futuras campañas preventivas dirigidas a jóvenes sobre el VIH/Sida. Las campañas deberían hacer énfasis en actividades de prevención específica como es el uso de preservativos. Y el contenido debería estar libre de elementos moralistas.

• **Palabras clave:** Adolescencia, VIH/Sida, concepciones culturales, estigma.

Concepções culturais sobre o VIH/Sida em conformidade com estudantes adolescentes da Universidade de Guadalajara, México

• **Resumo:** Este estudo tem como objetivo explorar as dimensões culturais do VIH/Sida segundo os estudantes adolescentes da Universidade de Guadalajara, México, com o propósito de identificar os elementos necessários para desenvolver programas de prevenção. O estudo foi transversal exploratório. A amostra foi de 73 pessoas e correspondeu a uma amostragem propositiva feita num centro de estudos de educação secundária superior da Universidade de Guadalajara. Entrevistas semi-estruturadas com técnicas de listas livres e sorteios de montões foram aplicados. Os termos associados ao conceito do VIH/Sida e os grupos de dimensões conceptuais foram investigados. Uma análise de consenso foi aplicada por meio da fatorização dos componentes principais e da análise dimensional, através de conglomerados hierárquicos e escalas multidimensionais. Os resultados principais mostram que há muita informação descriptiva sobre o sofrimento e sobre a transmissão do VIH/Sida: é produzida por um vírus, é mortal e não tem cura. As primeiras dimensões culturais encontradas nesta população sobre o VIH/Sida foram as seguintes: primeiro, elementos a respeito de um fatalismo inevitável e sentimentos derivados dele; segundo, a presença de conceitos biológicos; e terceiro, a consideração de questões sexuais e designações morais com referência às práticas sexuais. Os elementos culturais encontrados neste estudo deveriam ser considerados no desenho e difusão de campanhas futuras preventivas sobre o VIH/Sida, dirigidas aos

jovens. Os conteúdos deveriam estar livres de elementos moralistas.

Palabras chave: adolescência, VIH/Sida, concepções culturais, estigma.

Cultural conceptions about HIV/AIDS in adolescent students at the University of Guadalajara, México

• **Abstract:** *The purpose of this study was to explore the cultural dimensions of HIV/AIDS in adolescent students at the University of Guadalajara, Mexico, in order to identify some elements for the development of prevention programs. It was a transversal exploratory study. The sample had 73 subjects, selected through purposeful sampling in the campus of a technical school at the University of Guadalajara. Semi-structured interviews were administered with the techniques of free listing and card-pile sorting. The questions tried to capture terms associated to the concept of HIV/AIDS and groups of conceptual dimensions. Consensus analysis was carried out via principal-component factoring, and dimensional analysis via hierarchical clustering and multidimensional scaling. The main results show that there is abundant descriptive information around the malady due to HIV transmission: that it is produced by a virus, that it is mortal, and incurable. The first cultural dimension that were found in this population around the topic of HIV/AIDS were: first, elements hinting at an unavoidable fatalism and to the feelings derived from it; second, a dimension including biological concepts, and third, a dimension including sexual questions and moral attributions with respect to sexual practices. The cultural dimensions found in this study should be considered in the design and promotion of future prevention campaigns addressed to youths about HIV/AIDS. Those campaigns should emphasize activities of specific prevention, like the use of condoms, and their content should be free of moralistic elements.*

• **Keywords:** Adolescence, HIV/AIDS, cultural conceptions, stigma.

-I. Introducción. -II. Metodología. -III. Resultados. -IV. Discusión. -V. Conclusiones. -Bibliografía.

Primera versión recibida febrero 13 de 2008; versión final aceptada julio 17 de 2008 (Eds.)

I. Introducción

El Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/Sida), es un problema de salud pública a nivel mundial. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas (Onusida) sobre VIH/Sida, en el año 2006 había en el mundo 39.5 millones de personas con VIH; de los cuales 37.2 millones eran adultos, 17.7 millones mujeres y 2.3 millones menores de 15 años. En el mundo, diariamente se infectan de VIH alrededor de 11 mil personas, lo que significa que 4.3 millones de personas contrajeron la infección en el año 2006. La epidemia ha tenido consecuencias importantes en la población adolescente y joven; aproximadamente el 40% de las nuevas infecciones por VIH se presentan en jóvenes de edades entre 15 y 24 años. Únicamente durante dicho año, el Sida causó 2.9 millones de muertes en personas infectadas con el VIH (Onusida, 2006).

A pesar de que en América Latina y el Caribe la epidemia de VIH/Sida es más reciente, el número de infecciones por VIH rebasó la cifra de 1.7 millones (además de 250 mil producidas en habitantes del Caribe), según los datos del Consejo Nacional para la Prevención y control del Sida de México (Conasida). Sin embargo, lo más preocupante es que el Caribe se ha convertido en la segunda región más afectada por la epidemia del Sida, después de la África subsahariana, con una prevalencia del 1.2% en población adulta. La epidemia de América Latina se mantiene estable, con niveles de infección elevados entre los hombres que tienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), en el comercio sexual, y entre los consumidores de drogas inyectables. Además, la proporción de mujeres que viven con el VIH continúa creciendo (Conasida, 2006).

México se clasifica como un país con una epidemia de Sida concentrada en los grupos que mantienen prácticas de riesgo: 13.5% de prevalencia de VIH en HSH, 15.0% en trabajadores del sexo comercial y 3.9% en usuarios de drogas inyectables del sexo masculino. En contraste, la prevalencia de VIH en población adulta de 15 a 49 años de edad es del 0.3%, lo cual significa que tres de cada mil personas adultas podrían ser portadoras del VIH en México. De acuerdo con las estimaciones más recientes del Centro Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida), en México existen 182 mil personas adultas infectadas por el VIH (Conasida, 2006).

Desde 1983, año en que se considera inició esta epidemia en México, a noviembre del 2006, el Registro Nacional de Casos de Sida contabilizó

en forma acumulada 107, 25 personas infectadas; de las cuales el 83% eran hombres y el 17% eran mujeres. Por cada cinco casos acumulados de VIH/Sida en hombres se ha observado un caso en mujeres; y en los casos de transmisión por vía sexual esta relación se conserva. Las personas de 15 a 44 años de edad constituyen el grupo más afectado con 78.7% de los casos registrados (Conasida, 2006).

En 2007 los casos de Sida notificados ascienden a 112,830. Los registrados oportunamente en este mismo año alcanzaron los 1853, mientras que el número de personas que vivían con VIH/Sida (PVVS) en 2006 fue de 186,000 y las defunciones por Sida en 2005 fueron 4,653. (Conasida, 2007a). En el Estado de Jalisco (cuya capital es Guadalajara) el número de casos acumulados hasta 2007 es de 9,911 presentando una incidencia acumulada de 143.2 (por 100 mil habitantes) entre el primer semestre del 2006 y el primer semestre del 2007 (Conasida, 2007b). Cabe mencionar que en la actualidad, con la terapia retroviral, el Sida ha dejado de considerarse una enfermedad mortal para pasar a ser una enfermedad crónica, ya que se puede prolongar la vida y disminuir la sintomatología en forma indefinida.

Aunque los datos epidemiológicos proporcionan un panorama sobre la magnitud del problema, se manifiesta la necesidad de considerar el punto de vista de los sujetos a quienes se dirigen los programas de prevención primaria. El contemplar el punto de vista de dichos individuos permitirá contar con elementos para establecer bases más firmes en la elaboración de futuros programas educativos con fines preventivos. Es de particular importancia destacar la perspectiva de adolescentes y jóvenes quienes se presentan como un grupo vulnerable de la población para la adquisición de VIH.

Existen algunos estudios que consideran a este grupo poblacional y su posición ante el VIH/Sida, tanto desde un enfoque metodológico cuantitativo como cualitativo. Entre los primeros se tienen los referentes a conocimiento sobre el VIH/Sida (Caballero & Villaseñor, 2003; Villaseñor, Caballero, Hidalgo & Santos, 2003), fuentes de información sobre el tema (Caballero, Villaseñor & Hidalgo, 1997) y personas con quienes los adolescentes y las adolescentes hablan sobre Sida (Gayet, Rosas, Magis & Uribe, 2002). Con enfoque cualitativo se tienen los estudios sobre representaciones sociales (Flores & Leyva, 2003; Chong, 2003 y Valencia, 1998) y sobre significados culturales del VIH/Sida (Caballero & Uribe, 1998).

En el caso de los estudios sobre conocimientos, Caballero y Villaseñor

(2003) realizaron uno sobre consenso cultural de conocimientos respecto al VIH/Sida en adolescentes urbanos de la ciudad de Guadalajara. Su finalidad fue describir el dominio cultural que existe en los jóvenes y en las jóvenes de distintos estratos socioeconómicos. Se encontraron altos grados de consenso en todos los estratos, por lo que se concluyó que los conocimientos son homogéneos.

El segundo estudio fue sobre el conocimiento objetivo y subjetivo sobre el VIH/Sida como predictor del uso del condón en adolescentes de Guadalajara, México (Villaseñor, Et al. 2003). Se utilizó un cuestionario con 24 preguntas sobre el VIH/Sida con el fin de evaluar el conocimiento objetivo, cuyos resultados fueron correlacionados con los resultados del conocimiento subjetivo (que se obtuvo de la siguiente pregunta: *¿qué tanto crees saber sobre el VIH/Sida?*) Se encontró que el conocimiento objetivo entre los adolescentes y las adolescentes participantes fue regular (con diferencias por estratos socioeconómicos) mientras que en cuanto al conocimiento subjetivo en los estratos alto, medio y bajo, se encontró que los jóvenes y las jóvenes percibían saber “*algo*” y los del grupo marginado refirieron saber “*poco*”. Los resultados señalan que un mayor conocimiento subjetivo se asocia con el uso del condón.

Un estudio sobre las fuentes de información y su relación con el grado de conocimiento sobre el Sida en adolescentes de Guadalajara, México (Caballero, Et al. 1997), obtuvo información de un cuestionario autoadministrado sobre Conocimientos, Actitudes, Creencias y Prácticas relativas al VIH/Sida. Los participantes fueron 1,410 adolescentes varones y mujeres de 15 a 19 años de edad, de diversos estratos socioeconómicos. El estudio se realizó entre junio de 1995 y marzo de 1996. Los autores refieren que un 94,9% de los informantes y las informantes indicaron haber escuchado algo sobre el Sida. También encontraron que los medios de comunicación masiva tuvieron un lugar importante como principales fuentes de información, siendo los más citados: la televisión con un 79%, la radio en 39,1%, las revistas cuentan con un 26,3% y los periódicos con 16,3%. Al parecer el acceso a información a través de los medios masivos de comunicación varía según los estratos socioeconómicos (a excepción de la televisión a la cual todos tienen el mismo acceso). Los participantes y las participantes señalaron haber aprendido más sobre el Sida en la televisión, los periódicos y las revistas. Otras fuentes de información fueron medios interpersonales: profesores y profesoras (39,1%), familiares (37,7%) y amigos y amigas (32,0%). Los medios interpersonales de los cuales aprendieron más fueron: profesores y profesoras (45,1%),

familiares (23,4%) y médicos y médicas (22%) haciendo énfasis en que tenían mayor confianza en la información de los médicos y médicas que la proporcionada por familiares y profesores o profesoras. Se encontró un nivel de conocimiento regular entre la población adolescente. El análisis de varianza mostró que los periódicos son la única fuente de información masiva que presenta una relación directa, en sentido positivo, con el nivel de conocimiento; mientras que en las fuentes interpersonales la información proporcionada por profesores y profesoras es la más relacionada en sentido positivo, con el nivel de conocimientos de los adolescentes y de las adolescentes (Caballero, Et al. 1997).

Un último estudio con enfoque metodológico cuantitativo es el de Gayet, Et al. (2002) donde el principal objetivo fue establecer algunas de las características de los jóvenes y las jóvenes que influyen en la elección de las personas con quienes hablan sobre Sida. En este estudio participaron 7, 393 adolescentes estudiantes, de 15 a 19 años de edad, habitantes de diferentes regiones del país, a quienes se les aplicó un cuestionario elaborado por el Conasida. Los resultados mostraron que el sexo del entrevistado es significativo para quienes hablan con el "padre", la "madre" o con "todos", en comparación con quienes no hablan "con nadie". Así, los hombres hablan 4.7 veces más sobre el Sida con su padre que las mujeres, y las mujeres hablan con su madre 3.2 veces más que los hombres, en comparación con aquellos o aquellas que no hablan con nadie. Ser sexualmente activo es significativo cuando los adolescentes y las adolescentes hablan con los amigos y amigas o con los maestros y maestras. Y no es significativo para quienes declaran hablar con sus padres y madres, comparados con quienes no hablan con nadie. Es decir, los adolescentes y las adolescentes prefieren hablar con el padre o madre de su mismo sexo, y quienes llevan vida sexualmente activa prefieren hacerlo con amigos o amigas y maestros o maestras como interlocutores e interlocutoras del tema del VIH/Sida.

Por lo que respecta a los estudios de enfoque metodológico cualitativo se tienen dos sobre representaciones sociales¹. El primero

¹ Las representaciones sociales designan el saber del sentido común, es decir, son una forma de pensamiento social. Son modalidades de pensamiento práctico orientadas hacia la comunicación, comprensión y manejo del ambiente social material o ideal. Y están marcadas socialmente por las condiciones y el contexto en el cual emergen, así como por las comunicaciones a través de las cuales circulan y por funciones que cumplen en la interacción con el mundo y los demás (Jodelet, 1993).

de ellos fue realizado en la ciudad de México, sobre representaciones sociales del concepto VIH/Sida en adolescentes estudiantes de bachillerato. Se encontró la presencia de un corpus multidimensional de la representación, donde figuran elementos de carácter científico (explicaciones sobre las formas de contagio y la manera en que actúa el virus sobre los sujetos infectados) y de sentido común (mitos, creencias, miedos, estigmas), que construyen el significado del concepto investigado generando éste a su vez una actitud ambivalente ante la transmisión y prevención del VIH/Sida (Flores & Leyva, 2003).

En el estudio realizado por Chong (2003) también sobre representaciones sociales, se trabajó con adolescentes hombres y mujeres de 15 a 19 años, estudiantes de bachillerato de los Estados mexicanos de Chihuahua, Jalisco y Chiapas. Participaron tres muestras diferentes de jóvenes reclutados y reclutadas en las mismas escuelas. En la primera muestra se buscó conocer el contenido de la representación mediante la técnica de asociación libre. Con la segunda muestra se exploró la relación de los elementos del contenido de la representación, utilizando un cuestionario de caracterización. En la tercera muestra se buscó el núcleo central de la representación, mediante esquemas cognitivos de base (ECB). En cada contexto, la primera muestra fue de 25 jóvenes hombres y mujeres. La segunda de 40 hombres y 40 mujeres y la tercera de 150 hombres y 150 mujeres. Los ítems más frecuentes en los discursos de los jóvenes y las jóvenes participantes en los tres contextos y, por tanto, hipotéticamente considerados componentes de la Representación Social sobre VIH/Sida son *muerte y enfermedad*, seguidos de *soledad, tristeza y rechazo*. Con los ECB se confirmó que *muerte y enfermedad* constituyen el núcleo central de la representación social del VIH/Sida. El autor concluyó que el VIH/Sida, en los tres contextos, es visto como una enfermedad incurable y mortal y que se señala con adjetivos tales como: "*gravísima*", "*muy mala*" y "*maligna*". Los participantes y las participantes también describen el Sida como una enfermedad que afecta al cuerpo (en todas sus funciones: física, social, sexual) y a la sociedad. Así, el cuerpo queda expuesto a ataques de otras enfermedades ya que se ha destruido al sistema inmunológico, además de que se adquiere a veces por descuido. Con ello se concluyó que los jóvenes y las jóvenes comparten una misma representación social del VIH/Sida independientemente de la situación geográfica o del hecho de vivir en contextos sociales diferentes (Chong, 2003).

Otro estudio con enfoque metodológico cualitativo sobre este tema

fue el de Valencia (1998). La autora realizó un estudio psicosocial en diciembre de 1996 con jóvenes asistentes a la Feria Internacional del Libro (FIL) de Guadalajara, México. El objetivo de este estudio fue conocer los factores de riesgo de la infección por VIH y las acciones que toman los jóvenes y las jóvenes para protegerse. Participaron dos mil jóvenes de 14 a 25 años de edad a quienes se les aplicó un cuestionario. Dicho cuestionario contenía preguntas que hacían referencia al grado de conocimientos que los jóvenes y las jóvenes tenían sobre el VIH/Sida, dónde los obtuvieron, aspectos relacionados con su vida sexual y las acciones de prevención que realizaban. Los resultados señalaron que el Sida fue caracterizado como una enfermedad que se produce por el contacto con la sangre infectada, relacionada con las enfermedades venéreas y que es adquirida por el "*libertinaje sexual*", la transfusión sanguínea y prácticas sexuales sin protección. Las especificaciones señaladas por los jóvenes y las jóvenes sobre prácticas sexuales seguras fueron: uso del condón, evitar eyacular en el acto sexual, conocimiento de la pareja, fidelidad, y prácticas sexuales dentro del matrimonio, así como la aplicación de exámenes médicos en caso de contar con una vida sexual muy activa (Valencia, 1998).

Un último estudio de enfoque metodológico cualitativo revisado para esta investigación fue el realizado por Caballero y Uribe (1998), el cual tuvo como eje de partida el enfoque de la antropología cognitiva, que estudia cómo es que los sujetos de diferentes culturas adquieren información y la procesan para generar decisiones y actuar de acuerdo con los valores aceptados como válidos. Se aplicó la técnica de listados libres a diez adolescentes con el fin de explorar los términos que ellos y ellas expresan cuando se refieren a la esfera conceptual del Sida. En un segundo momento se aplicó la misma técnica a 148 adolescentes hombres y mujeres entre los 14 y 19 años de edad, estudiantes de tres escuelas de Guadalajara, México, ubicadas espacialmente en diferentes contextos socioeconómicos. Los resultados mostraron que para los varones la conceptualización del VIH/Sida tiene dos dimensiones generales: la enfermedad es mortal y es transmisible. En el caso de las mujeres la enfermedad es mortal y transmisible, al igual que para los hombres, con la diferencia en que este grupo añade un elemento referente al sufrimiento que padecen las personas infectadas. Los autores señalaron que las dos primeras dimensiones se explican al tener en cuenta el contacto de los jóvenes y las jóvenes con información que recibían de manera cotidiana en las escuelas (Caballero & Uribe, 1998).

En el presente estudio se pretende explorar las concepciones de los adolescentes y las adolescentes sobre el VIH/Sida desde un enfoque cognitivo, partiendo del supuesto de que desde la infancia los individuos desarrollan ideas (a partir de la información que reciben del medio donde viven, de las normas y reglas que predominan en el mismo ambiente) fundamentales y profundas que no suelen conocerse clara y explícitamente, ni siquiera por ellos mismos. Estas ideas son consideradas por la persona como verdades absolutas creyendo que las cosas *son* así. Tales ideas son denominadas en psicología cognitiva *creencias centrales*; estas creencias son sumamente estructuradas y rigen las conductas y pensamientos del individuo. Es a partir de estas creencias que se generan los denominados *pensamientos automáticos*, los cuales se manifiestan a través de palabras o imágenes sobre una situación determinada y representan el nivel más superficial de la cognición. Es importante conocer las creencias que subyacen a este conocimiento compartido, ya que para generar cambios a nivel conductual (y por lo tanto en expresiones de prevención) es necesario identificar las creencias que los sujetos tienen sobre ellos mismos, sobre las otras personas y sobre el mundo (Beck, 2000).

Además se pretende resaltar la visión *emic* utilizada en antropología para referirse a la concepción subjetiva de los individuos ante los hechos, eventos o fenómenos que acontecen en el medio donde se desenvuelven. Es esta misma subjetividad el punto de partida, dado que en estudios llevados a cabo sobre el tema del VIH/Sida se ha señalado la necesidad de profundizar en los motivos y creencias que fundamentan el consenso cultural y los patrones culturales estimados a través de investigaciones cualitativas con componentes etnográficos (Caballero & Villaseñor, 2003).

El objetivo de este estudio fue explorar las dimensiones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México, a fin de identificar elementos para desarrollar programas de prevención.

II. Metodología

El estudio se realizó en un centro educación media superior de la Universidad de Guadalajara. Se encuentra ubicada en una zona céntrica de la ciudad por lo cual acuden a ella jóvenes de un nivel socioeconómico que va de medio bajo a medio alto. De acuerdo

con el orientador en Psicología de dicho centro, la mayoría de ellos viven con sus padres y madres, quienes promueven y transmiten en sus hijos e hijas valores de tradición judeocristiana. Por parte de la escuela se imparten cursos informativos sobre sexualidad aún cuando los programas son matizados por los valores de cada docente donde se promueve de alguna manera la educación moral. En la ciudad de Guadalajara se percibe un contexto político y social donde el Estado se empeña más en promover los valores morales, que en hacer promoción a través de campañas con contenido científico. Ejemplo de ello es que los recursos del Estado son destinados a campañas dirigidas a promover la abstinencia sexual, mientras que hubo una reducción en la promoción del uso del preservativo (Mino, 2007), lo que implica un aumento en los riesgos a la salud reproductiva y sexual de este grupo poblacional.

Se realizó un trabajo de recolección sistemática de datos bajo el enfoque de la antropología cognitiva que estudia la manera en que los sujetos de diferentes culturas adquieren información y la procesan para generar decisiones y actuar de acuerdo con los valores normativos de su entorno (Bernard, 1988). El diseño fue transversal exploratorio con niveles de análisis descriptivo y correlacional. En una primera etapa de entrevistas se aplicó la técnica de listados libres, a fin de obtener un repertorio de términos con los cuales se habilitó, posteriormente, la aplicación de las técnicas de sorteo de montones, con el objeto de describir la organización de las distintas dimensiones conceptuales que los informantes y las informantes elaboran en torno al término VIH/Sida.

El trabajo tuvo dos recolecciones sucesivas de datos, entre abril y mayo de 2007: una con la técnica de listados libres y otra con las técnicas de sorteo de montones. En ambas recolecciones se entrevistó a 20 informantes, siendo un total de 40. El tamaño de la muestra en cada contexto se basó en el supuesto del modelo de consenso cultural de Romney, Batchelder y Weller (1987) para el estudio de patrones culturales. El supuesto plantea que, en estudios de descripción cultural, el tamaño de muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0.5, ó más). En ese sentido, Weller y Romney (1988) sugieren un tamaño mínimo de informantes para clasificar el 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas

correctas del grupo) de 0.5 y un nivel de confianza de 0.95.

La estrategia de muestreo para la selección de entrevistados y entrevistadas fue propositiva (Arcury, 1998); los criterios de inclusión fueron: mujeres y hombres en edades de 12 a 19 años. En la primera fase (listados libres) se entrevistó a 37 jóvenes, 19 del sexo masculino y 18 del sexo femenino, cuyas edades fluctuaban entre los 15 y los 19 años (con una edad promedio de 17 años) todos ellos estudiantes del bachillerato, quienes en ese periodo cursaban del primer al sexto semestre. En la segunda fase correspondiente al sorteo de montones se entrevistó a un total de 36 jóvenes con edades entre los 15 y 19 años de edad (18 del sexo femenino y 18 del sexo masculino) pertenecientes a la misma población del centro de estudios mencionado con anterioridad.

Las entrevistas se efectuaron en las instalaciones del citado centro de educación media superior, después de las actividades de clases del grupo. Antes de cada entrevista se explicaron los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado verbal, garantizándose a los informantes y a las informantes la confidencialidad y anonimato en la recolección y el análisis de la información. La participación de los entrevistados y entrevistadas se sujetó a su aceptación voluntaria.

Las técnicas de recolección de datos se orientaron a la descripción del dominio cultural del concepto de VIH/Sida. En la antropología cognitiva se entiende por dominio cultural el conjunto organizado de palabras o frases que, en distintos niveles cognitivos, hacen referencia a una esfera conceptual específica. En ese sentido, en la primera fase del estudio se aplicó la técnica de listados libres (Bernard, 1988). Esta técnica consiste en pedir a los informantes y a las informantes un listado escrito de términos o frases relacionados con una esfera conceptual particular, en este caso las siglas: VIH/Sida. En seguida se les pide que den una pequeña explicación del porqué seleccionaron las cinco palabras. Las respuestas son registradas en el instrumento por el mismo participante o por el entrevistador. La principal ventaja de este procedimiento es que favorece la expresión más espontánea de los sujetos, y por ello se espera que el contenido evocado este más libre de racionalizaciones, sesgos de defensa o deseabilidad social (Ruiz, Ponce de León & Herrera, 2001).

Luego de obtenidas las listas de palabras, se tabularon los términos por frecuencia de mención, lo que permitió escoger 20 términos de cada listado, a fin de generar instrumentos de recolección de sorteo de montones que se aplicaron en la segunda fase del estudio. Un segundo

análisis consistió en que, una vez tabuladas las respuestas que dieron los participantes y las participantes, se agruparon las palabras por categorías: descriptivos, prácticas y atributos, en ambos grupos. Los elementos descriptivos del concepto de VIH/Sida se clasificaron en: léxico (sinónimos del término), composición (elementos que conforman el concepto de VIH/Sida) y vecindad (otras palabras relacionadas). Las prácticas se clasificaron en acciones y funciones. Y por último los atributos (adjetivos o calificativos) (Ruiz et al., 2001).

El sorteo de montones (*pile sorting*) consiste en elaborar tarjetas para cada término y pedir a los informantes y a las informantes que formen grupos de tarjetas que contengan los términos más parecidos, sin importar el número de grupos generados. Después se les pide que etiqueten a cada montón con una palabra que identifique el conjunto de las tarjetas seleccionadas (Bernard, 1988).

Los datos generados en las dos fases de recolección fueron tabulados en matrices de palabra por palabra y sus valores fueron transformados a proporciones de similitud. Las matrices resultantes fueron analizadas por separado para los valores agregados y los valores individuales. En el caso de los valores agregados, las matrices fueron analizadas mediante conglomerados jerárquicos. Este método asigna palabras a dimensiones conceptuales de acuerdo con la similitud percibida por los informantes y las informantes. El grado de similitud entre palabras se expresó en una gráfica de diagrama de árbol con niveles de correlación. En forma complementaria, se hizo la representación espacial en dos dimensiones de las similitudes de las palabras representadas en los árboles de conglomerados, mediante escalas multidimensionales no métricas. Con esta técnica se calculó el valor de *stress* como medida de bondad de ajuste de la representación de los conglomerados. Esta medida se define como la suma de correspondencias entre pares de objetos dentro de la representación espacial. En el trabajo se siguió la propuesta de Sturrock y Rocha (2000), quienes sugieren para una representación de 20 términos un valor de corte de *stress* menor a 0.28.

En el caso de los valores individuales, las matrices fueron analizadas mediante un modelo de consenso cultural ajustado a respuestas ordinales. Este modelo estima la verosimilitud de que un sistema homogéneo de conocimientos predomine en una cultura, a partir de la correspondencia entre los conocimientos del grupo y los del individuo. Para el efecto, se corrieron análisis factoriales de

componentes principales que agrupan a los individuos en función de sus respuestas. El criterio de bondad de ajuste para la obtención del consenso en los modelos implica que el primer factor alcance una razón tres veces mayor a la del segundo factor, lo cual significaría que hay una alta concordancia en las respuestas de los informantes y de las informantes. Los distintos análisis se procesaron con el programa computarizado Anthropac v. 4.1.

III. Resultados

Listados Libres.

Las palabras referidas por los informantes y las informantes se describen en el cuadro N° 1:

Cuadro N° 1
Palabras obtenidas en los listados libres sobre el concepto de VIH/
Sida por adolescentes, Guadalajara, México, mayo 2007.

Fuente: Listados libres

	MUJERES	HOMBRES
DESCRIPTIVOS		
Léxico	Muerte Enfermedad Sexo Infección Virus	Muerte Enfermedad Sexo Infección Virus
Composición	Sangre Sin defensas Dolor físico Dolor Moral	Depresión Dolor
Vecindad	Homosexual Sistema inmunológico	Promiscuo Prostitutas Condón Sistema Inmunológico
PRÁCTICAS		
Acciones	Capacidad de decisión Cuidar la vida Promiscuidad Relaciones sexuales <i>Piercing</i> Tatuaje Transmisión Transfusión Irresponsabilidad	Promiscuidad Prostitución Relaciones sexuales Contagio Transfusión Descuido No atención Falta de información Irresponsabilidad Engaño Abandono Burlas
Funciones	Arrepentimiento Debilidad Desesperación Impotencia Antipatía Rechazo	Desahuciado Miedo Suicidio Terror Soledad Fin de la vida Desconfianza Desprecio Discriminación Desamor
ATRIBUTOS		
	Incurable Injusticia Sufrimiento Valorar Vida	Feo Infeliz Limitación Mal Mala onda

Los entrevistados y entrevistadas señalaron un mayor número de elementos en el campo de las prácticas que en el campo descriptivo y en el de los atributos.

Las palabras que se presentaron en ambos grupos, en el campo del léxico o sinónimos del concepto de VIH/Sida fueron: *muerte* (una participante apuntó: “*porque no hay cura para esa enfermedad y seguro mueren*”), *enfermedad*, *sexo*, *infección* y *virus*.

En el apartado de composición (es decir, elementos que conforman el concepto de VIH/Sida) en el grupo femenino se encuentran términos relacionados con aspectos biológicos como: *sangre* (una chica apuntó: “*aunque no tengas nada con una cortada pienso que puede transmitirse*”) y *sin defensas* (“*ataca al sistema inmunológico y te deja sin defensas*”); además de destacar el *dolor físico* y el *dolor moral*. Mientras que en el grupo masculino refirieron palabras como: *depresión* (un joven indicó: “*el Sida te lleva a la depresión total*”) y *dolor*.

Las palabras referidas en el campo de vecindad (otras palabras relacionadas con el término VIH/Sida) en el grupo femenino, se relacionaron con aspectos biomédicos: *sistema inmunológico* (en opinión de una joven: “*ataca principalmente a este sistema y lo debilita*”), y sobre un grupo calificado como de riesgo *homosexual* (“*la transmisión en este tipo de personas tiene un 80% de incidencia*”). En el grupo masculino se ubicaron palabras relacionadas con dos grupos con prácticas de riesgo sexuales: *promiscuo* (según un chico participante: “*la gente promiscua le puede dar Sida fácilmente*”) y *prostitutas* (“*ellas lo tienen*”); con una forma de protección como es el *condón* y con otra palabra más asociada a elementos biomédicos como *sistema inmunológico*.

En lo referente al campo de las prácticas, en el apartado de acciones la población femenina reportó aquéllas que tienen que ver con causas del VIH/Sida, así como con formas de protección ante el padecimiento. Entre las primeras se ubicaron causas relacionados con prácticas sexuales como son la *promiscuidad* y las *relaciones sexuales* (“*es la manera más común de transmisión, al menos entre los adolescentes*”); causas derivadas de prácticas estéticas de riesgo como el *piercing* y el *tatuaje* (una chica informó: “*la aguja se puede transmitir si está contaminada*”); causas biológicas como la *transmisión* y la *transfusión de sangre*; así como actitudes personales como es la *irresponsabilidad*. En el caso de las formas de protección mencionaron: *capacidad de decisión* (una joven dijo: “*podemos evitar el contagio si tenemos la capacidad de decidir con quien tener relaciones o no*”) y *cuidar la vida* (“*te das cuenta de que tienes que cuidar tu vida*”).

Por su parte los hombres en esta sección de acciones señalaron tanto causas como consecuencias del VIH/Sida. En cuanto a causas se encontraron las que tienen que ver con prácticas sexuales como son la *promiscuidad* (“a la gente promiscua le puede dar Sida fácilmente”), *prostitución* (“la mayoría de las personas que hacen eso es por que ya tienen esa enfermedad”) y *relaciones sexuales* (“es la forma más viable para contagiarse”); carencias educativas como son *descuido, no atención y falta de información* (un chico indicó: “ya que se puede evitar estando bien informado”); causas biológicas como *contagio y transfusión*; actitudes personales como es la *irresponsabilidad* (“no te cuidaste y estuviste con una vida sexual muy activa”); una última causa fue *engaño* (“si estás con tu pareja te puedes proteger, pero estando con más no sabes qué tipo de persona es”). En cuanto a consecuencias sociales de padecer el VIH/Sida citaron *abandono* (“te abandonan algunas personas por ignorancia”) y *burlas*.

Las palabras del apartado de función (dentro de las prácticas) tienen que ver con situaciones de tipo individual y otras de tipo social. Entre las primeras, las mujeres refirieron palabras como *arrepentimiento, debilidad, desesperación e impotencia*. En las de tipo social las chicas indicaron: *antipatía* (“es lo que sienten hacia las personas enfermas”) y *rechazo* (“la gente los ve con temor a contagiarse, tan sólo por tocarlos”). En el grupo de hombres en la misma clasificación de funciones se ubicaron, al igual que con las mujeres, situaciones de tipo individual y otras de tipo social. En las primeras aparecen *desahuciado* (“es una de las consecuencias de la enfermedad”), *miedo* (“se acabaría todo para mí: estudios, amigos, familia, sería la muerte para mí”), *soledad* (“la mayoría de la gente deja en soledad a la persona que está infectada”), *suicidio* (“para mí no tiene sentido la vida así”), *fin de la vida y terror* (“por todos los síntomas que esto traería”). En las de tipo social los chicos indicaron: *desconfianza* (“se pierde toda la confianza de la persona”), *desprecio* (“no amarías igual a las personas por como te tratan”), *discriminación* (“nadie te acepta con esa enfermedad”), *desamor* (“se pierde el amor por tener miedo a contagiar a alguien”).

Finalmente en el área de atributos, las mujeres incluyeron calificativos positivos y negativos; entre los primeros se tiene: *valorar* (“es cuando valoras lo que tienes”) y *vida*; y en los negativos: *incurable, injusticia y sufrimiento* (“es como estar muriendo lentamente”). Mientras que los hombres señalaron sólo atributos negativos: *feo* (“está cabrón y te caga la vida”), *infeliz* (“al saber que cualquier día podrías morir y tendrías problemas al conseguir pareja”), *limitación* (“si saben que tienes VIH no te aceptan por la misma discriminación”), *mal* (“es algo que al fin y al cabo

termina así...mal") y *mala onda* ("*mala onda que te tengas que cuidar y vivir con miedo*").

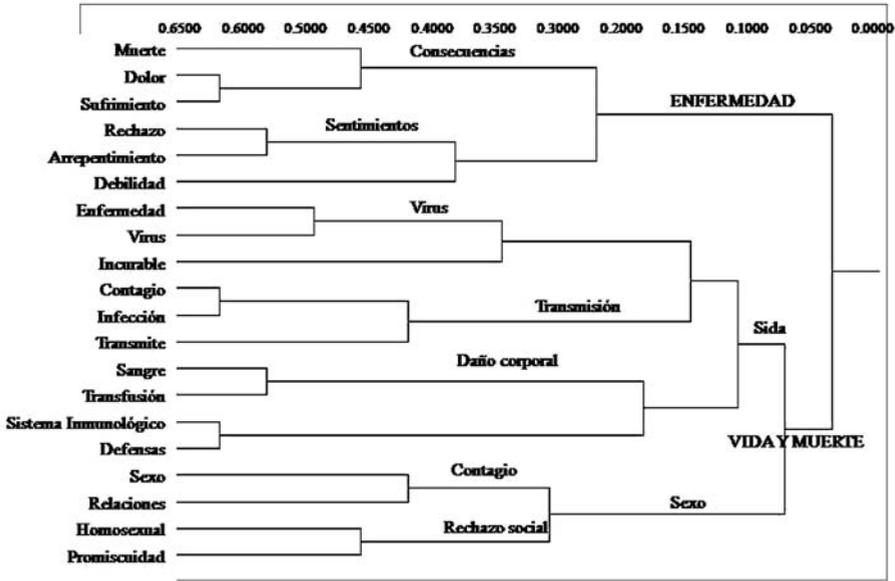
Las coincidencias entre las jóvenes y los jóvenes son la referencia a los mismos términos en el apartado de léxico o sinónimos; ambos mencionaron la promiscuidad como práctica de riesgo y destacaron diferentes causas de la enfermedad. En cuanto a las diferencias, las mujeres indicaron elementos protectores personales (*capacidad de decisión*) y atributos positivos. Los hombres manifestaron una mayor variedad de términos; incluyeron entre los grupos de riesgo a las prostitutas, mayor número de consecuencias sociales, el uso de condón como factor protector y sólo atributos negativos.

Dimensiones conceptuales del VIH/Sida

Las dimensiones descritas en los árboles de conglomerados tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados ($\text{stress} < 0.28$ al obtener 0.154 en el caso de los hombres y 0.110 en el caso de las mujeres), en el análisis de escala multidimensional no métrica.

La figura N° 1 muestra las dimensiones conceptuales encontradas mediante análisis de conglomerados en el grupo de las mujeres participantes, las cuales se conformaron por dos grandes dimensiones: una de *Enfermedad* y la otra de *Vida y muerte*. En el primer caso (*Enfermedad*) se ubicaron las subdimensiones de *Consecuencias* y *Sentimientos*; mientras que en el caso de *Vida y muerte* las subdimensiones que la componen son *Sida* y *Sexo*. La subdimensión de *Sida* está compuesta por *Virus*, *Transmisión* y *Daño corporal*; y la subdimensión de *Sexo* por *Contagio* y *Rechazo social*.

Figura No. 1
Dimensiones del concepto VIH/SIDA por conglomerados jerárquicos en el grupo de mujeres adolescentes, Guadalajara, México, mayo del 2007.



Fuente: sorteo de montones

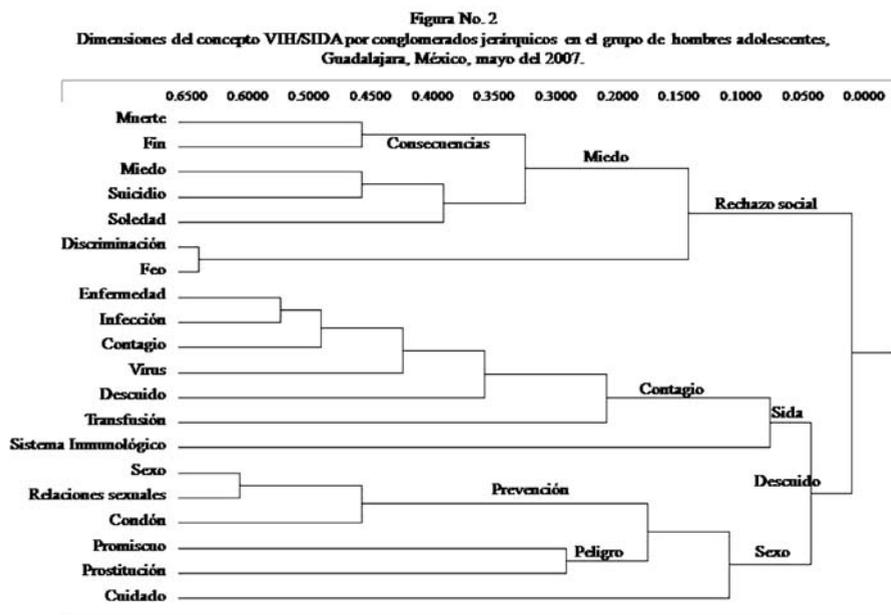
En la primera dimensión referente a *Enfermedad*, fueron señaladas las consecuencias de la enfermedad como producto de una vida de libertinaje, la actividad sexual en exceso, el no cuidar el cuerpo y el no pensar en las consecuencias de las acciones; lo cual llevó a vivir el *dolor* y el *sufrimiento* de padecer VIH/Sida. En la subdimensión sobre los *sentimientos* incluyeron la situación de *rechazo* social como producto de la discriminación por estar enfermo. Así como también sentimientos de *arrepentimiento* por parte de los enfermos por haber vivido riesgos a causa de una *debilidad* personal.

En las subdimensiones de *Sida* (que forma parte de la dimensión *Vida y Muerte*), se encuentran sólo referencias a aspectos biológicos de la enfermedad. Por un lado el *Virus* como una causa (*enfermedad y virus*); la transmisión como el mecanismo de adquisición (*contagio, infección, transmite*); y el consecuente daño corporal, específicamente a la *sangre*, a las *defensas* y al *sistema inmunológico*.

En la subdimensión de *Sexo* se ubicaron las palabras *contagio*, referido al tipo de contagio por vía sexual (*sexo, relaciones*) y al rechazo

social por la existencia de dos prácticas consideradas como de riesgo (*homosexual y promiscuidad*).

En la figura N° 2 se presentan los resultados presentados por el análisis de conglomerados del grupo de hombres participantes mostrándose dos grandes dimensiones sobre el concepto de VIH/Sida: *Rechazo social* y *Descuido*. En el caso de la primera quedó conformada por las subdimensiones de *consecuencias* y *miedo*. Mientras que la de *Descuido* por: *Sida* (incluye *Contagio*) y *Sexo* (incluye *prevención* y *peligro*).



Fuente: sorteo de montones

La primera dimensión de *Rechazo social*, incluye el *miedo* y las *consecuencias* de padecer la enfermedad. Los participantes hacen frecuentemente referencias al miedo a enfermarse ya que el estar infectado es percibido como una condena a muerte (*“miedo a vivir con la enfermedad”, “miedo a tener relaciones con otras personas”*). Así las consecuencias son vistas como una serie encadenada de eventos donde al final se encuentra la muerte. Otras situaciones que generan miedo son la *soledad* y la *discriminación*, por lo cual una persona enferma con VIH/Sida puede optar por el *suicidio*, o bien la enfermedad misma es visualizada como un *suicidio*.

En la segunda dimensión, el *Descuido*, se ubicaron las subdimensiones de *Sida* y *Sexo*. En la primera se destacan elementos de tipo biológico como son la enfermedad misma (*infección*), las causas (*virus*), la transmisión (*contagio, transfusión*) y la parte del cuerpo afectada (*sistema inmunológico*); además del *descuido* como una causa más de tipo personal.

En la subdimensión de *Sexo* se incluyeron los términos de *Prevención* a través de la protección con el uso del *condón* durante las *relaciones sexuales*. Por otro lado el *Peligro* que implican las prácticas sexuales de *promiscuidad y prostitución*. En relación con las prostitutas, éstas fueron señaladas como portadoras de la enfermedad, mientras algún chico agrupó el concepto promiscuo con el de prostitución. Así el contagio fue percibido como una consecuencia de tener relaciones con prostitutas y por *descuido*.

En ambos grupos existen similitudes en las dimensiones contenidas en cada figura. Existe semejanza en que en la dimensión referente a las consecuencias, en el contenido de los dos grupos se encuentra el concepto base de *muerte*, y de ahí derivan otros referentes a cuestiones emocionales, sentimentales e incluso el rechazo social. Otra similitud es en relación con el uso de conceptos de orden biológico y con que algunos de los elementos de las dimensiones son de carácter sexual y moral. Con base en lo anterior, podría señalarse que ambos grupos manifestaron coincidencia en tres apartados: el primero, compuesto por elementos alusivos a un fatalismo ineludible y a sentimientos que derivan del mismo; el segundo apartado incluye conceptos biológicos; y el tercero incluye cuestiones sexuales y señalamientos morales con respecto a las conductas sexuales, especialmente hacia prácticas sexuales calificadas como promiscuas.

Las principales diferencias entre ambos grupos fueron: para las mujeres el VIH/Sida es una enfermedad que implica a la vida y a la muerte (con énfasis en aspectos biológicos). Incluyeron los sentimientos de debilidad y de arrepentimiento, así como el señalamiento de los homosexuales como un grupo poblacional de riesgo. Los hombres lo conciben como producto de un descuido en el desarrollo de prácticas sexuales. Además de centrar su atención en una consecuencia de padecer la enfermedad, como es el rechazo social. Mencionaron la prostitución como práctica de riesgo, y la prevención, a través del uso de condón, como medida protectora para evitar el contagio.

Consenso cultural sobre la concepción del VIH/Sida

En el cuadro N° 2 se muestra cómo la organización conceptual de las distintas dimensiones del VIH/Sida tuvo consenso cultural. Alcanzó un nivel de razón = 7.784 en el caso de los hombres y razón = 7.185 en el caso de las mujeres. Como ya se mencionó antes, la regla es que este factor debe calificar más de tres veces la varianza del segundo factor, lo cual sucedió en este caso (fue 6.3 veces mayor en el caso de los hombres y 7.3 en el caso de las mujeres). El porcentaje acumulado de la varianza para la razón entre los factores 1 y 2 fue mayor a 70% en ambos casos; la media de la competencia cultural individual fue cercana a 0.6 en el caso de los hombres (faltando 0.027 puntos en el caso de las mujeres), confirmando estos valores el consenso cultural. Los valores mayores a 0.3 en la medida de acuerdo grupal describen homogeneidad en la organización conceptual de las dimensiones y validan también el consenso.

Cuadro N° 2

Nivel de consenso cultural del concepto de VIH/Sida
(Expresado en razones factoriales y varianza acumulada de factores,
promedio de competencias culturales y concordancia grupal) por
adolescentes
Guadalajara, México, mayo 2007

Personas participantes	Razón del Factor 1 (F1)	Varianza Acumulada %	Razón del Factor 2 (F2)	Varianza Acumulada %	Razón F1:F2	Competencia Cultural*		Concor- dancia grupal**
						Media	DE	
Hombres (n = 19)	7.784	81.7	1.240	94.8	6.3	0.608	0.249	0.369
Mujeres (n = 18)	7.185	80.3	0.983	91.3	7.3	0.573	0.267	0.328

DE: desviación estándar

** Competencia Cultural: media aritmética grupal del grado de acuerdo individual con las respuestas promedio.

** Concordancia grupal: promedio de Competencia Cultural elevado al cuadrado

Fuente: Análisis de consenso del sorteo de montones

IV. Discusión

El objetivo que guió este estudio fue explorar las dimensiones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México, a fin de identificar elementos para desarrollar programas de prevención. Éste se logró ya que se encontró consenso en las visiones de los jóvenes y de las jóvenes, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres al identificar al VIH/Sida como una enfermedad o infección que lleva a la muerte, producida por un virus que se adquiere principalmente por vía sexual. Las causas señaladas son de tipo biológico, relacionadas con prácticas sexuales; también las causas derivadas de prácticas estéticas de riesgo, de carencias educativas y de actitudes personales.

La idea centrada en la asociación VIH/Sida y muerte ha sido encontrada en el caso de los estudios de representaciones sociales sobre el tema (Flores & Leyva, 2003; Chong, 2003 y Valencia, 1998). Dichas representaciones circulan en los discursos, son llevadas por las palabras, transmitidas en los mensajes e imágenes de los medios de comunicación, cristalizadas en las conductas y disposiciones materiales o espaciales (por ejemplo elementos informativos, cognoscitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, etc.). Estos elementos están organizados bajo la especie de un saber que dice algo sobre el estado de la realidad (Jodelet, 1993). Por ello, cabe cuestionar el papel que los medios masivos de comunicación han tendido en la generación de dicha asociación, donde el sector salud ha tenido implicaciones, ya que se ha manejado a la muerte como una de las formas de prevención del Sida (como un efecto consecuente del mismo). Así se hace una manipulación de la información más bien de tipo moral que de tipo médico científico.

Existe en la concepción cultural del VIH/Sida de los adolescentes y las adolescentes el uso de conceptos de orden biológico, así como algunos elementos de carácter sexual y moral. Ello implica el proceso de estigmatización del padecimiento, ya que se visualiza a la enfermedad como producto de la irresponsabilidad personal, resultado de conducta impropia o inmoral (Parker & Aggleton, 2002). Dicha estigmatización obedece a un mecanismo social de compensación frente a las amenazas a la norma y a los valores reconocidos por la comunidad que genera el VIH/Sida. El estigma crea un efecto de coerción y legitimación de principios morales al atribuirles culpabilidad y rechazo (Gilmore & Somerville, 1994).

Se observa, además, una visión común en cuanto a sexualidad: los jóvenes y las jóvenes consideran las prácticas sexuales promiscuas como causa del contagio. Refieren además que es producto de la irresponsabilidad, la inmadurez y el ser irreflexivos. Esto coincide con lo señalado por otros estudios realizados dentro del contexto de la ciudad de Guadalajara (Caballero & Uribe, 1998; Valencia, 1998). Una posible explicación se encuentra en la información que circula en los programas locales de prevención del VIH/Sida ya que, dado el contexto político social del lugar, las autoridades gubernamentales hacen énfasis para que la prevención se dirija a promover la abstinencia sexual más que el uso del preservativo (Mino, 2007).

En términos comparativos las mujeres indicaron en su concepción cultural del VIH/Sida, la existencia de una serie de sentimientos (en la dimensión de enfermedad) tales como son el dolor, el sufrimiento y el consecuente rechazo y arrepentimiento. Lo cual habla de un manejo de tipo emocional en su concepción preventiva. Por su parte los hombres, al señalar la dimensión cultural del rechazo social, destacaron el miedo a la soledad y a la discriminación por parte de la sociedad, a tal grado de que se llega a considerar el suicidio. Es decir, para este grupo de jóvenes el temor se centra en una especie de muerte social que se puede vivir si se llega a padecer VIH/Sida. La perspectiva de género podría explicar estos hallazgos, ya que en ella se encuentran las formas simbólicas de que se vale la cultura para institucionalizar las diferencia entre hombres y mujeres (Lamas, 1995). Así, en este caso, para las mujeres los sentimientos tienen mayor importancia mientras que para los hombres la tiene el rechazo social.

Los jóvenes y las jóvenes asociaron el VIH/Sida a dos grupos poblacionales diferentes calificados como de riesgo: los hombres a las prostitutas y las mujeres a los homosexuales, con lo cual se sigue perpetuando la idea de que es una enfermedad que sólo concierne a ciertas personas. Así, el manejo de estereotipos alrededor de los fenómenos de salud (como es el de ciertos grupos de población como portadores de VIH), lleva a un estado de falsa seguridad (Chong, 2003) en relación con los riesgos de adquisición de VIH/Sida al sentir que no se forma parte de ninguno de los *grupos de riesgo* calificados por la sociedad y en muchos casos por los medios de comunicación como portadores de este tipo de enfermedades.

Al encontrar consenso en las visiones de los jóvenes y de las jóvenes, tanto en el caso de los hombres como en el de las mujeres,

quienes identificaron al VIH/Sida como una enfermedad o infección que lleva a la muerte y que es producida por un virus que se adquiere principalmente por vía sexual, y que esta información a su vez se encuentra permeada por una fuerte carga moral, con ello se presume que existen una serie de *pensamientos automáticos* (los cuales en psicología cognitiva representan el nivel más superficial de estructuras mentales más complejas) que se manifiestan a través de las respuestas brindadas por los participantes y las participantes (Beck, 2000). Estas respuestas se repiten de manera constante en ambas fases del estudio.

También se observó que existe un consenso en las *creencias intermedias* (Beck, 2000) las cuales se expresan en las reglas, actitudes y presunciones que manifestaron los entrevistados y entrevistadas ante el VIH/Sida como fenómeno (percibido e interpretado por los mismos). Según el modelo cognitivo en una situación específica (como el fenómeno VIH/Sida o el uso del condón, por ejemplo), las creencias subyacentes de un individuo influyen sobre sus percepciones, y esto se expresa por medio de pensamientos automáticos específicos para una determinada situación. Éstos a su vez influyen sobre las emociones, sobre la conducta. Sin embargo, sería necesario investigar si existe un consenso igual en cuanto a creencias centrales de los individuos respecto al VIH/Sida, así como la manera en que éstas influyen en el ejercicio de sus prácticas sexuales.

V. Conclusiones

Se encontró consenso en las visiones de los jóvenes y de las jóvenes al definir el VIH/Sida como una enfermedad o infección que lleva a la muerte, producida por un virus que se adquiere principalmente por vía sexual. Las causas señaladas fueron de tipo biológico: las relacionadas con prácticas sexuales, las derivadas de prácticas estéticas de riesgo, de carencias educativas, así como de actitudes personales.

Ambos grupos manifestaron coincidencia en tres apartados: el primero, compuesto por elementos alusivos a un fatalismo ineludible y a sentimientos que derivan del mismo; el segundo apartado incluye conceptos biológicos; y el tercero, que incluye cuestiones sexuales y señalamientos morales con respecto a las conductas sexuales, especialmente hacia prácticas sexuales calificadas como promiscuas.

En cuanto a las diferencias de género, las mujeres indicaron elementos protectores personales y atributos positivos. Para ellas el

VIH/Sida es una enfermedad que implica a la vida y a la muerte (con énfasis en aspectos biológicos). Incluyeron los sentimientos de debilidad y de arrepentimiento, así como el señalamiento de los homosexuales como un grupo poblacional de riesgo.

Los hombres incluyeron entre los grupos de riesgo a las prostitutas, el mayor número de consecuencias sociales, el uso de condón como factor protector y sólo atributos negativos. Conciben al VIH/Sida como producto de un descuido en el desarrollo de prácticas sexuales. Además de centrar su atención en una consecuencia de padecer la enfermedad, como lo es el rechazo social. Un elemento interesante es que sólo los hombres señalaron el uso del preservativo como método profiláctico. Así se tiene que a nivel cognitivo esta práctica ya es considerada como una medida protectora; faltaría explorar si esto es usual en sus prácticas sexuales.

Los resultados obtenidos permiten generar propuestas de intervención educativa en salud en materia de VIH/Sida con mayor fundamento. Dichas propuestas se presentan enfocadas tanto a los adolescentes y a las adolescentes como a sus familias, docentes, profesionales de la salud, instituciones del sector salud, y a la población en general.

En el caso de los adolescentes y las adolescentes se debería promover en ellos y ellas la búsqueda de información sobre el tema con bases científicas y no sólo la que se centra en las consecuencias emocionales y sociales de la enfermedad. El acercamiento al tema de forma imparcial y no sólo como un mecanismo para controlar (o evitar) sus prácticas sexuales permitirá tener una visión más completa de los riesgos que se corren al no protegerse durante sus prácticas sexuales.

Para los adultos que conviven con estos jóvenes y estas jóvenes, ya sean padres, madres o docentes, se sugiere abrirse más a las necesidades de información y formación específicas de los adolescentes y de las adolescentes, buscando la forma de capacitarse en el tema.

En el caso de los profesionales de la salud y las instituciones del sector salud se sugiere considerar la visión de género en sus propuestas educativas, ya que los hombres y las mujeres manejan concepciones culturales diferenciadas. Otra tarea pendiente es proporcionar información científica sin hacer señalamientos sólo sobre los grupos de riesgo tradicionales; por el contrario, se debería difundir que el riesgo de contagio del VIH/Sida es para todo tipo de personas, independientemente de su edad o género.

Por último, la población en general tiene derecho a conocer información precisa sobre las medidas de protección, prevención y tratamiento del VIH/Sida. No sólo desde los manejos típicos de la muerte como consecuencia y que se genera sólo en ciertos grupos de riesgo, ya que esto sólo fomenta la estigmatización y la discriminación.

En cuanto a las aportaciones metodológicas de estudios de tipo cualitativo, el presente estudio aporta una forma de acercamiento científico a las concepciones culturales de la población con estrategias de recolección de información sencilla y más rápida que las entrevistas tradicionales. Así se accede de una forma más natural al punto de vista de los directamente implicados e implicadas, como lo es en este caso de la población adolescente.

Por otra parte este trabajo muestra las limitaciones propias sobre los estudios del enfoque cognitivo donde se enfatizan los elementos cognoscitivos, mientras que los niveles de análisis grupal, las prácticas y los procesos participativos no son considerados. Una forma de subsanar dicha limitación podría ser la de confrontar los resultados encontrados con el desarrollo de acciones específicas por parte de los adolescentes y las adolescentes, como son las prácticas de protección (o de no protección) ante posibles contagios de enfermedades; no sólo de VIH/Sida sino también de infecciones de transmisión sexual.

Bibliografía

- Arcury, T. & Quandt, S. (1998). Qualitative Methods in Arthritis Research: Sampling and Data Analysis. *Qualitative Methods*, 11 (1), 66-74.
- Beck, J. (2000). *Terapia Cognitiva Conceptos Básicos y Profundización*. Barcelona: Gedisa.
- Bernard, H. R. (1988). *Research methods in cultural anthropology*. Newbury Park: Sage Publications.
- Caballero, R., Villaseñor, A. & Hidalgo, A. (1997). Fuentes de Información y su Relación con el Grado de Conocimientos sobre el Sida en Adolescentes de México. *Revista de Saúde Pública*, 31, 351-359.
- Caballero, R. & Villaseñor A. (2003). Conocimientos sobre VIH/Sida en Adolescentes Urbanos: Consenso Cultural de Dudas e Incertidumbres. *Salud Pública de México*, 45, 108-114.
- Caballero, R. & Uribe, P. (1998). Exploración de Significados Culturales sobre el Sida en Adolescentes de Guadalajara. En F. Mercado & L. Robles (Eds.). *Investigación cualitativa en salud Perspectivas desde el occidente de México* (pp. 203-222). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) (2006). *El Sida en cifras 2006*. Recuperado el 26 de noviembre de 2007, de <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2006/elsidaencifras15nov2006.pdf>
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) (2007a). *Casos de Sida y PVVIH y defunciones*. Recuperado el 5 de febrero de 2008 de <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/sidapvvihjunio.pdf>
- Consejo Nacional para la Prevención y Control del Sida (Conasida) (2007b). *Casos nuevos y acumulados de Sida por año de diagnóstico, según entidad federativa*. Recuperado el 5 de febrero de 2008, de <http://www.salud.gob.mx/conasida/estadis/2007/entidadfederanoviembre.pdf>
- Chong, F. (2003). *Muerte en Vida: Representación Social del Sida*. Tesis para obtener el grado de Maestro en Ciencias de la Salud Pública. Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Flores-Palacios, F. & Leyva, R. (2003). Representación social del Sida

- en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45, 624-631.
- Gayet, C., Rosas, C., Magis, C. & Uribe, P. (2002). Con quién hablan los adolescentes mexicanos sobre el Sida. *Salud Pública de México*, 42, 122-128.
- Gilmore, N. & Somerville, M. (1994). Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases: overcoming "them" and "us". *Social Science and Medicine*, 39, 1339-1358.
- Lamas, M. (1995). Usos, dificultades y posibilidades de la categoría de género. Guadalajara: La Ventana, Universidad de Guadalajara.
- Jodelet, D. (1993). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En: Moscovici S. *Psicología Social II* (469-494). Barcelona: Paidós.
- Mino, F. (2007, noviembre 1). *Presupuesto para VIH/Sida. 20 millones de condones menos para 2008. Disminución en el presupuesto del Censida. Letra S Salud Sexualidad Sida*. Diario La Jornada. Recuperado el día 10 de diciembre de 2007, de <http://www.jornada.unam.mx/2007/11/01/ls-reportaje.html>
- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (Onusida) (2006). Situación de la epidemia de Sida. Recuperado el 26 de noviembre, de http://www.aids-sida.org/2006_EpiUpdate_es.pdf
- Parker, R. & Aggleton, P. (2002). *HIV/AIDS-related Stigma and discrimination: A conceptual framework and an Agenda for Action*. Washington: The population Council.
- Romney, A., Batchelder, W. H. & Weller, S. C. (1987). Recent Applications of Consensus Theory. *Am. Behav. Sci.*, 31, 163-177.
- Ruiz, J. I., Ponce de León, E. & Herrera, A. N. (2001). *Avances en Medición y Evaluación en Psicología y Educación: Cinco Lecturas Selectas*. Bogotá: Universidad del Bosque.
- Sturrock, K. & Rocha, J. (2000). A Multidimensional Scaling Stress Evaluation Table. *Field Methods*, 12, 49-60.
- Valencia, S. (1998). ¿Por qué los jóvenes no se Previenen del Sida? En F. Mercado, & L. Robles. *Investigación cualitativa en salud. Perspectivas desde el occidente de México* (157-175). Guadalajara: Universidad de Guadalajara.
- Villaseñor, A., Caballero R., Hidalgo, A. & Santos, I. (2003). Conocimiento Objetivo y Subjetivo sobre el VIH/Sida como predictor del uso del

condón en adolescentes. *Salud Pública de México*, 45, 73-80.
Weller, S. C. & Romney, A. K. (1988). *Systematic Data Collection*. London: Sage.

Referencia

Aldo Favio Lozano González, Teresa Margarita Torres López y Carolina Aranda Beltrán, "Concepciones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México ", *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud, Manizales, Doctorado en Ciencias Sociales, Niñez y Juventud del Centro de Estudios Avanzados en Niñez y Juventud de la Universidad de Manizales y el Cinde*, vol. 6, núm. 2, (julio-diciembre), 2008, pp. 739-768.

Se autoriza la reproducción del artículo, para fines no comerciales, citando la fuente y los créditos de los autores.
