



**UNIVERSIDAD VERACRUZANA**

**CENTRO DE ESTUDIOS DE OPINIÓN Y ANÁLISIS**

**ESPECIALIZACIÓN EN ESTUDIOS DE OPINIÓN**

**Representaciones Sociales hacia el Virus de  
Inmunodeficiencia Humana y barreras a la prueba  
diagnóstica en universitarios: un estudio de opinión.**

TESIS QUE PARA OBTENER EL GRADO DE:

ESPECIALISTA EN ESTUDIOS DE OPINIÓN

**PRESENTA**

Isaac Galindo Guevara

**DIRECTORA**

Dra. Laura Oliva Zárate

**CO-DIRECTORA**

Dra. Jazmín A. Munguía Cortés

**XALAPA, VER.**

**Noviembre 2018**



---

*Agradecimientos*

A los universitarios que participaron en este estudio a través de sus ideas y opiniones, a cada una de las personas que me desafían y son una motivación para seguir defendiendo y luchando por no minimizar, no estigmatizar, ni ignorar aquellas manifestaciones emocionales, intelectuales o psíquicas, dándoles voz para generar cambios reales. A mis abuelos, a familia y amigos, por su lealtad, sinceridad y cariño aun a la distancia. A Dios, a mis papás y a mis hermanos, por su apoyo y amor.

*"Los estudios de opinión son en la práctica una foto instantánea, una radiografía de la opinión pública. La calidad de la fotografía depende no sólo de la calidad de la máquina fotográfica, sino también, de la capacidad creativa y de manejo del operador" (Aigner, 1992).*



## Índice

Capítulo 1. Planteamiento del problema	1
Justificación	2
1.2 Pregunta de investigación	6
1.3 Objetivo general	6
1.4 Objetivos específicos	6
Capitulo 2. Marco teórico y contextualización	7
2.1 Los Estudios de opinión	7
2.2 Las Representaciones Sociales	9
2.2.1 Dimensiones de las Representaciones Sociales: como producto	14
2.2.2 Funciones de las Representaciones Sociales	15
2.2.3 Representaciones Sociales: como proceso	17
2.2.4 Representaciones Sociales del VIH: estudios previos	18
2.3 Virus De Inmunodeficiencia Humana	24
2.4 Jóvenes universitarios	26
2.5 Pruebas diagnósticas de VIH	28
2.5.1 Barreras hacia la prueba diagnostica de VIH	29



---

2.6 Contextualización	31
Capítulo 3. Marco metodológico	33
3.1 Diseño y alcance de la investigación	33
3.2 Población	33
3.2.1 Población estudio cuantitativo	34
3.2.2 Población estudio cualitativo	35
3.3 Variables y categorías de análisis	35
3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos	37
3.4.1 Encuesta: cuestionario sobre Representaciones Sociales y barreras a la prueba	37
3.4.2 Entrevista: guía de entrevista Representaciones Sociales y barreras a la prueba	40
3.5 Procedimiento general de recolección de datos	41
3.6 Análisis de datos	43
Capítulo 4. Resultados	44
4.1 Resultados del análisis cuantitativo	45
4.2 Resultados del análisis cualitativo	51
Capítulo 5. Conclusión y discusión	69
5.1 Discusión	69





---

5.2 Conclusiones	79
Referencias	82
Anexos	89



---

## Índice de tablas y figuras

Tabla 1. Estadística Institucional UV 2017	34
Tabla 2. Variables del cuestionario	36
Tabla 3. Características inherentes de estudio	46
Tabla 4. Porcentaje de estudiantes que recibió información sobre VIH en los últimos 6 meses	47
Tabla 5. Medios por los que se informan los jóvenes sobre VIH	47
Tabla 6. Informe estadísticos descriptivos de información y actitud en jóvenes universitarios	48
Tabla 7. Palabras asociadas a VIH	49
Tabla 8. Barreras para no asistir a una prueba de VIH	50
Figura 1. Diagrama explicativo de las categorías del análisis de discurso	66
Tabla 9. Matriz de códigos	67



## Capítulo 1. Planteamiento del problema

Esta es una investigación que examina la construcción social dirigida al cuidado de la salud; de manera específica, estudia las representaciones sociales que los alumnos universitarios comparten sobre la transmisión del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) y las barreras hacia la realización de pruebas diagnósticas. Teóricamente, este proyecto está basado en la tesis psicológica clásica sobre la forma en la que la conducta está influida por la cognición, en este caso, por las representaciones sociales que se definen como “la producción de comportamientos y de relaciones con el medio” (Moscovici, 1979, p.33) que modifican ambos.

La literatura reporta que los jóvenes al llegar a la universidad conocen el significado de las siglas VIH y lo reconocen como un virus capaz de infectar a cualquier persona, que destruye las defensas del organismo y como una enfermedad incurable, sin embargo, a pesar de que se evidencia que tienen información suficiente y adecuada para evitar prácticas que deriven potencialmente en la transmisión del VIH (Vera, Sánchez y Góngora, 2006). Las prácticas sexuales de riesgo no se evitan y al parecer se encuentran motivadas por la información que se brinda a través de diferentes medios de comunicación, que sugieren conductas de prevención como uso del condón o la abstinencia, dando por sentado que los jóvenes universitarios tendrán un comportamiento acorde con la información que reciben (Piña, 2004). No se ha considerado que el comportamiento de los jóvenes es resultado de ciertos valores culturales; por esta razón, en este estudio se pretende profundizar en las representaciones sociales del VIH de jóvenes universitarios y las barreras a la prueba diagnóstica de VIH.



## Justificación

Entre el 2015 y 2017 los datos ubicaban a Veracruz como uno de los cinco estados a nivel nacional con mayor incidencia en VIH, con 12,847 mil hombres y 3 mil 493 mujeres viviendo con VIH y desarrolladores del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana (sida) (CENSIDA, 2017). Del total de personas diagnosticadas con el virus en Veracruz, el Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH y el sida (CENSIDA) ha reportado más hombres que mujeres, del total 33.9% son jóvenes entre 15 y 29 años diagnosticados con la enfermedad (Meraz, 2015). Dentro de Veracruz, Xalapa se ha considerado como una de las ciudades con mayor número de casos con personas que viven con el virus (Zamora, 2011).

De acuerdo con el grupo Multisectorial en VIH, el 47% de las personas que tienen VIH o sida en Xalapa, son jóvenes, sin embargo el 40% de ese total no sabe que está infectado. Esta epidemia se concentra en jóvenes (García, 2016). Jóvenes que se encuentran entre los 19 y 25 años (Meraz, 2015; García, 2016). Dentro de la Universidad Veracruzana se encontraron en el 2016, casos de VIH (no se han reportado cuántos en total) (Arcos, 2016). De acuerdo con lo expresado por el Coordinador del Centro para el Desarrollo Humano e Integral de los Universitarios (CENDHIU), uno de cada 100 estudiantes resulta positivo en la aplicación de pruebas rápidas para la detección del VIH y a las que no todos los estudiantes acuden (Arcos, 2016). Por lo tanto es necesario conocer las barreras, entendiendo por barreras a aquellos motivos u obstáculos por los que los jóvenes no asisten o no se acercan a realizarse la prueba diagnóstica.



Como representación social, en el estudio que realizaron Flores y De Alba (2006) se encuentra que el sida está presente en el pensamiento colectivo de los jóvenes, y su concepción está asociada a cierta carga valorativa donde se encuentran elementos en el discurso vinculados con la infidelidad, fidelidad y personas con múltiples parejas, así como a miedos y controles que están relacionados con grupos estigmatizados y considerados de alto riesgo. Sin embargo, en la actualidad el incremento del VIH ha hecho necesario hablar de prácticas de riesgo más que de grupos vulnerables ya que solo basta una situación de riesgo para que una persona contraiga la enfermedad (Goncalves, Castellá y Carlotto, 2007). Es decir, el VIH puede ser transmitido a cualquier a persona, sin embargo cuando se habla de prácticas de riesgo estas se concentran en jóvenes por el ejercicio de la sexualidad y los estilos de vida que llevan (Espada, Quiles y Méndez, 2003).

La naturaleza del VIH promueve una expresión de múltiples emociones, comportamientos y actitudes que se relacionan con la representación social de grupos, quienes asignan valor o juicio moral, que estigmatizan el VIH estructurando prácticas de prevención, control y tratamiento (Flores y De Alba, 2006; Flores y Leyva, 2003; Torres y Munguía, 2012). Requiriendo para su abordaje, una visión multidisciplinaria.

En el estudio de Vera, Sánchez y Góngora (2006) se encuentra que alrededor de la enfermedad existen mitos, temores y presencia de estereotipos de género y juicios de valor acerca del uso de métodos de protección contra esta enfermedad. De la misma manera, como ha sido expresado en la literatura, los jóvenes tienen la creencia de que el VIH es una enfermedad propia de grupos que socialmente están desviados o marginados, así como de grupos vulnerables



en términos sociodemográficos, económicos o de salud exentándose ellos como un agente en riesgo (Flores y De Alba, 2006).

La representación social del VIH-sida por parte de la construcción colectiva, ha sufrido cambios. Esto a consecuencia de la interacción social, generando que la información científica sea interpretada y conformada en el marco de la cultura a la que pertenece cada grupo social (Flores y Leyva, 2003).

La investigación psicológica sobre las causas cognitivas que influyen en la evitación de pruebas diagnósticas, se concentra en examinar las barreras que tiene una persona para valorar o juzgar que cierto evento representa un obstáculo para asistir a una prueba diagnóstica y con esto cuidar su salud. Los esfuerzos en los programas de prevención en la transmisión del VIH-sida se enfocan en la educación sexual y el uso del condón como método de protección, sin embargo no se han evidenciado resultados favorables. Por lo tanto, consideramos que la situación del VIH en los jóvenes mexicanos no mejorará solamente emprendiendo sistemáticamente programas, como se ha hecho al menos en México donde se brinda información a los estudiantes de universidad a través de diferentes medios, proveyendo folletos, trípticos o pósters considerando que los jóvenes van a comportarse de acuerdo a la información que reciben (Piña, 2004). Es necesario diseñar estrategias desde las necesidades que tienen, aquí radica la importancia de un estudio de opinión para recuperar la forma en la que los involucrados entienden y viven el fenómeno.

En algunos estudios relacionados al conocimiento sobre el VIH, se coincide con que los jóvenes que no perciben riesgos, son aquellos que poseen menos información respecto de la



enfermedad (Caballero y Villaseñor, 2003, Piña, 2004). Sin embargo, se considera que, por su nivel académico, los jóvenes universitarios poseen niveles suficientes de información sobre el VIH; es decir, se podría especular que los jóvenes perciben el riesgo, pero aun así ejecutan la conducta y evitan la realización de procedimientos diagnósticos (Caballero y Villaseñor, 2003; Piña, 2004; Flores, Almanza y Gómez, 2008). La realización del diagnóstico temprano es relevante y tiene beneficios para los jóvenes y para la salud pública en general, ya que si hay una detección precoz aumenta la tasa de supervivencia y por ende en la calidad de vida de pacientes diagnosticados. Para la salud pública un diagnóstico de forma temprana disminuye el costo económico derivado de las comorbilidades del VIH (Araya, et. al., 2013).

En este estudio de opinión, se examina una categoría cognitiva más o menos estable: la representación social. Se parte del supuesto de que los jóvenes perciben el riesgo, tienen información, aún así ejecutan la conducta y sin embargo evitan la realización de pruebas diagnósticas. Al parecer, esta condición de presentar barreras a los procedimientos diagnósticos se asocia con una categoría, que se hipotetiza, está relacionada con las características y las representaciones sociales que los jóvenes comparten. La comprensión de los estudiantes sobre el VIH y su relación a la evitación a pruebas diagnósticas no se ha analizado en un estudio dentro de la Universidad Veracruzana para conocer como se desarrolla el fenómeno en el ambiente universitario, además en México no se han encontrado estudios que relacionen estos dos elementos.

Es por eso que la presente investigación tiene como propósito obtener evidencias claras sobre la forma en la que los estudiantes universitarios comprenden e interpretan este fenómeno y



que influye en su vida social. Otros alcances son proporcionar conocimiento sobre cómo los estudiantes universitarios identifican el fenómeno y conforman sus representaciones sociales hacia el VIH, analizando la información, actitudes y campo de representación provistos por sus características como jóvenes estudiantes desde la teoría de las representaciones sociales y las barreras a la prueba diagnóstica de esta enfermedad, insistiendo y promoviendo la elaboración de programas que fomenten la prevención y que eliminen la estigmatización de la enfermedad, desde la opinión de los actores vulnerables.

## 1.2 Pregunta de investigación

¿Cuáles son las representaciones sociales sobre el VIH y las barreras hacia la prueba diagnóstica de VIH que presentan los jóvenes de la Universidad Veracruzana Campus Xalapa?

## 1.3 Objetivo general

Identificar las representaciones sociales sobre VIH y las barreras hacia la prueba diagnóstica del VIH que presentan los jóvenes universitarios de la Universidad Veracruzana Campus Xalapa.

## 1.4 Objetivos específicos

- Identificar las representaciones sociales que tienen los jóvenes universitarios sobre el VIH a través de la aplicación de un cuestionario y una guía de entrevista.
- Identificar las barreras que tienen los jóvenes universitarios hacia la prueba de VIH a través de la aplicación de un cuestionario y una guía de entrevista.





## Capítulo 2. Marco Teórico y Contextualización

### 2.1 Los Estudios de Opinión

El presente estudio tiene su fundamento en los estudios de opinión, vinculado a la teoría de las representaciones sociales, con el propósito de conocer las representaciones sobre el VIH y las opiniones sobre la prueba diagnóstica.

No existe una sola definición cuando se habla de los estudios de opinión o la opinión pública. Sin embargo, algunos autores han intentado acercarse a este constructo. A continuación, se citan algunas definiciones sobre los estudios de opinión.

De acuerdo con Lippmann (2003) los estudios de opinión se enmarcan en ésta definición:

En general denominamos asuntos públicos a los aspectos del mundo exterior que están relacionados con comportamientos desarrollados por terceros y que en alguna medida interfieren con el nuestro, dependen de nosotros o nos interesan. Las imágenes mentales creadas por ellos, las imágenes de ellos mismos, de otros individuos, de sus necesidades, propósitos y relaciones constituyen sus opiniones públicas. Las imágenes que provocan reacciones por parte de grupos de personas, o de individuos que actúan en nombre de grupos, constituyen la Opinión pública con mayúsculas. (como se citó en Rubio, 2009, p.4).

Por su parte Mora (2005) señala:

Cuando la gente habla entre sí y pone en circulación sus opiniones en el espacio social, contribuye a la formación de un tejido social específico, intangible y a la vez aprehensible



---

para casi todos. Ese plano de la vida social constituido por las opiniones que las personas emiten y circulan entre ellas es llamado opinión pública. (Citado en Rubio, 2009, p.3).

La opinión pública misma se apoya para lograr sus objetivos, se vincula a otras áreas del conocimiento, como la Psicología Social, la Antropología Social, el Derecho, la Publicidad, Ciencias de la comunicación, entre otras. Además hace uso de técnicas cuantitativas y cualitativas para la recolección de información.

Como se describe anteriormente, los estudios de opinión se concentran en obtener las opiniones de la sociedad sobre temas controversiales y públicos principalmente y que afectan el comportamiento y las decisiones, generando imágenes mentales que hacen reaccionar a los individuos. Por esta razón se ha relacionado a los estudios de opinión con la Teoría de las Representaciones Sociales donde se intentan recolectar elementos cognitivos, afectivos y simbólicos (Palacios, Almanza y Gómez, 2008) mismos que nos ayudarán a obtener como resultado: la opinión pública.

El concepto de opinión pública, se trata de opiniones, es decir juicios. Estos juicios se considera que se encuentran entre el conocimiento y la ignorancia y se articulan alrededor de temas que no tienen ideas definitivas. Estas opiniones implican racionalidad e información en cierto grado. Cuando se habla de opinión pública se refiere a que no solo es una opinión individual sino la suma de opiniones. Para que exista la opinión se requiere de individuos capaces de razonar, informarse o que tengan suficiente autonomía de juicio como para poder formar sus ideas de los problemas que afectan a la comunidad [Antología, s/f].



## 2.2 Las Representaciones Sociales

El término representaciones sociales es utilizado inicialmente en Francia por Emile Durkheim, él lo define inicialmente como “representaciones colectivas” para designar de forma clara el pensamiento social en relación al pensamiento individual; la representación individual para él era un fenómeno psíquico y la representación colectiva desde su aproximación, era uno de los signos de la primacía de lo social sobre lo individual, ya que es un pensamiento compartido (Moscovici, 1979).

Pronto Durkheim se olvida de este término de representación colectiva y es en 1979 que el psicólogo francés Serge Moscovici (1979) en su tesis doctoral introduce el término de representaciones sociales con el propósito de conocer de qué forma se conceptualiza el sentido común y se acerca de esta manera a estudiar los fenómenos sociales formulando así “La teoría de las representaciones sociales” descrita posteriormente en el libro “El psicoanálisis, su imagen y su público”. La representación social se puede definir como:

Un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen inteligible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación. (Moscovici, 1979, p.18)

Una representación social es entonces “una organización de imágenes y de lenguaje porque recorta y simboliza actos y situaciones que son o se convierten en comunes” (Moscovici, 1979, p.16), siendo un modo particular de conocimiento, cuya función es elaborar



comportamientos y comunicación entre los actores sociales (Moscovici, 1979) que se construyen dentro de un grupo específico situado en un momento histórico particular y donde sus construcciones denominadas representaciones sociales “son entidades casi tangibles. Circulan, se cruzan y se cristalizan sin cesar en nuestro universo cotidiano a través de una palabra, un gesto, un encuentro” (Moscovici, 1979, p.27), es entonces como todas las interacciones al cruzarse logran formular, a través de la cognición, una representación.

Esta representación devenida de un proceso cognitivo de interpretación y construcción de la realidad no es estática sino “una *preparación para la acción...* en la medida en que remodela y reconstituye los elementos del medio en el que el comportamiento debe tener lugar” (Moscovici, 1979, p.32) es decir, su calidad predictiva se evidencia en la medida en la que la representación social prepara para el accionar de los individuos como resultado de los estímulos, la significación y asociaciones que se dan en el espacio y tiempo. Lo que define a la representación social es “la producción de comportamientos y de relaciones con el medio” (Moscovici, 1979, p.33) y es esta producción la que guía y modela los comportamientos y las relaciones.

Las representaciones sociales son “la representación de algo para alguien” (Abric, 1994, p.12) y “son conjuntos dinámicos, su característica es la producción de comportamientos y de relaciones con el medio, es una acción que modifica a ambos” (Moscovici, 1979, p.33), es decir, son las conceptualizaciones que un grupo social tiene respecto a un fenómeno como resultado del sentido común socialmente compartido.



Por representaciones sociales entendemos un conjunto de conceptos, proposiciones y explicaciones originadas en la vida cotidiana en el curso de comunicaciones interpersonales. Ellas equivalen en nuestra sociedad a los mitos y sistemas de creencias tradicionales (Triguero, Bérnago, Rodríguez y Borges, 2006).

A este planteamiento que caracteriza a las representaciones sociales como construcciones del sentido común se suman algunos autores que han trabajado con la teoría de Serge Moscovici, quienes señalan que:

Las representaciones sociales conciernen al conocimiento de sentido común, que se pone a disposición en la experiencia cotidiana; son programas de percepción, construcciones con estatus de teoría ingenua, que sirven de guía para la acción e instrumento de lectura de la realidad. (Jodelet y Guerrero, 2000, p.10)

Estas representaciones compartidas socialmente se encuentran en todas las relaciones y expresiones que el individuo tiene con su medio, atraviesan a los seres humanos y los guían para direccionar su comportamiento y conceptualizar su entorno. Se describiría el concepto de relaciones sociales como:

Sistemas de significaciones que permiten interpretar el curso de los acontecimientos y las relaciones sociales; que expresan la relación que los individuos y los grupos mantienen con el mundo y los otros; que son forjadas en la interacción y el contacto con los discursos, que circulan en el espacio público; que están inscritas en el lenguaje y las prácticas; y que funcionan como un lenguaje en razón de su función simbólica y de los



---

marcos que proporcionan para codificar y categorizar lo que compone el universo de la vida. (Jodelete y Guerrero, 2000, p.10)

Las representaciones sociales son conocimientos compartidos y elaborados que se conforman por modelos de pensamiento, experiencia e información que se adquiere a través de la educación, la tradición y la comunicación social (Cardona, 2010).

Abric (1994) describe a las representaciones sociales no como la causa de comportamientos, sino como la guía de conductas sociales. Esto es importante porque cuando se habla de que hay estímulos que pueden propiciar ciertas conductas encontramos que la representación social no es un modificador o la causa de la conducta, sino un eje o una guía para accionar. En ese sentido, como algunos autores lo explicarían, es importante considerar que existe una doble determinación entre las prácticas y las representaciones, ya que una determina a la otra en algunos contextos y viceversa, en función de los elementos específicos de cada situación (Abric, 1994; Flores y Leyva, 2003).

En los trabajos que se realizan desde esta teoría “se busca identificar el contexto social en el cual se insertan los individuos que las elaboran, intentando detectar las ideologías, normas y valores de personas e instituciones, tratando de entender en qué medida sus contenidos reflejan los substratos culturales de una sociedad y de un momento histórico, así como la posición asumida dentro de la estructura social” (Dorantes, 201, p.31).



Las representaciones sociales están delimitadas por su significancia dentro de un contexto social determinado, primeramente por un contexto discursivo que tiene relación con las condiciones de producción del discurso, a partir del discurso se formula la representación misma que se produce en una situación, para un público a quien se quiere argumentar o convencer (Abric, 1994). Es así como la representación depende de los individuos en interacción.

Podemos encontrar que existe un contexto ideológico que surge dependiendo del lugar que ocupa o el grupo al que pertenece un individuo dentro de su sistema social, a esto se le llama contexto social (Abric, 1994). “Para que un asunto sea objeto de estudio desde el punto de vista de la teoría de la representación social debe ser compartido por un grupo, propiciando determinados comportamientos y convicciones” (Triguero, Bérnago, Rodríguez y Borges, 2006). Esto muestra que las representaciones sociales también son resultado de contextos determinados y que su comprensión guiará las prácticas de los individuos.

Lozano, Torres y Aranda (2008) señalan que las representaciones circulan en los discursos, es decir, se transmiten en las palabras, en los mensajes e imágenes de los medios de comunicación y se ven reflejadas en elementos informativos, cognoscitivos, de ideología, normas, creencias, valores, actitudes, opiniones e imágenes. Es así como las representaciones sociales trascienden la cognición individual y generan una idea colectiva.

Se concluye que las representaciones sociales son concepciones compartidas y cambian de acuerdo al tiempo, al entorno, a la experiencia de los individuos en sus interacciones, a su conocimiento y a su postura ante un suceso. Para fundamentar el análisis de las representaciones



sociales nos acercamos a lo que Moscovici formula a través de tres dimensiones las cuales se enuncian a continuación.

### 2.2.1 Dimensiones de las Representaciones Sociales: como producto

Las representaciones sociales son estudiadas por Moscovici diferenciando elementos que son denominados dimensiones, estas involucran preposiciones, reacciones o evaluaciones organizadas de una forma diversa según la clase social, la cultura, el grupo de pertenencia, entre otras características que las conforman.

En total son tres dimensiones que Moscovici presenta como un eje para el análisis de las representaciones sociales como producto: la primera de ellas es la información considerada como aquella “organización de los conocimientos que posee un grupo con respecto a un objeto social” (Moscovici, 1979, p.45) esta dimensión se refiere al tipo de conocimientos y saberes que tienen las personas acerca del fenómeno que se tiene por objeto de estudio, es aquí donde los conocimientos de sentido común se evidencian y esta dimensión permite encontrar cuál es la información compartida por el grupo social.

Como un segundo elemento se encuentra la dimensión que se ha designado con el nombre de actitud, es aquella postura que descubre “la orientación global en relación con el objeto de la representación social” (Moscovici, 1979, p.47), en otras palabras, la actitud es una posición favorable o desfavorable hacia aquel suceso o hecho que se estudia.





Finalmente encontramos “la dimensión que se formula por medio del vocablo campo de representación nos remite a la idea de imagen, de modelo social, al contenido concreto y limitado de las proposiciones que se refieren a un aspecto preciso del objeto de la representación” (Moscovici, 1979, p.46) entendemos entonces que el campo de representación en un sentido tiene que ver con las imágenes, el contenido y los conceptos que devienen de la representación.

## 2.2.2 Funciones de las Representaciones Sociales

Para Abric (1994) las representaciones sociales cumplen una función en las prácticas sociales y en la relación que se da entre los miembros de un grupo social. Las funciones que Abric define en su libro “Prácticas sociales y representaciones” son cuatro y se describen a continuación. Inicialmente encontramos la función del saber:

El saber práctico de sentido común –como le llama Moscovici–, permite a los actores sociales adquirir conocimientos e integrarlos en un marco asimilable y comprensible para ellos, en coherencia con su funcionamiento cognitivo y con los valores a los que se adhieren. (Abric, 1994, p.15)

Este saber es una referencia común que se da en la interacción. Este saber práctico de sentido común facilita la comunicación social, permite el intercambio social, la transmisión del saber y su difusión es en sí el esfuerzo cognitivo de los seres humanos para entender y comunicarse (Abric, 1994).



En segundo lugar “Las representaciones tienen la función de situar a los individuos y a los grupos en el campo social” (Abric, 1994, p.15), ya que generan y permiten la elaboración de una identidad social y personal que están determinados históricamente y son compatibles con los sistemas normativos y de valores existentes (Citado en Abric, 1994). Las representaciones sociales definirán la identidad que un grupo social “va a desempeñar, por otro lado, un papel importante en el control social ejercido por la colectividad de cada uno de sus miembros, en particular en los procesos de socialización” (Abric, 1994, p.16) y la representación en su función identitaria podrá caracterizar a un grupo social, definiéndolo y proveyéndole una imagen positiva del grupo al que se pertenece, asignándole identidad.

Como una tercera función de la representación social encontramos su capacidad orientadora de conductas, esta función interviene directamente en definir la finalidad de la situación, el tipo de relaciones pertinentes para el sujeto y el tipo de gestión cognitiva que se adoptará, así mismo la representación produce un sistema de anticipaciones y expectativas, se entiende que las representaciones por la naturaleza prescriptiva de comportamientos o prácticas (Abric, 1994). Concluimos que la representación es una guía para actuar y permite decidir el tipo de relaciones que un sujeto desarrollará.

Las representaciones sociales intervienen en una cuarta función para dar explicación de las “conductas en una situación o en consideración a sus colegas” (Abric, 1994), es decir, justificar el comportamiento social o acción social. En el caso del VIH las acciones y reacciones están asociadas a aspectos morales (Torres y Munguía, 2012; Flores, Almanza, Gómez, 2008), esto justifica en cierta medida cómo esta enfermedad se ha convertido en un problema de salud



conectado al mundo social en el que existen ciertas valoraciones cargadas de prejuicios y estigmas y que propician o limitan algunas conductas.

Las representaciones sociales designan una forma de conocimiento particular –el saber popular– una forma de pensamiento colectivo cuyas funciones son comprender la realidad social, permitir a los grupos expresar su identidad, orientar sus comportamientos y colaborar en la toma de decisiones individuales y grupales (Triguero, Bérnago, Rodríguez y Borges, 2006).

### 2.2.3 Representaciones Sociales: como proceso

Para constituirse como una representación Moscovici (1979) describe dos procesos principales que explican cómo lo social transforma el conocimiento en representación y esta representación al mismo tiempo transforma lo social (Lacolla, 2005). Los procesos se denominan: Objetivación y anclaje.

La objetivación es el proceso de llevar a la realidad un esquema conceptual. Es otorgar identidad real a una imagen intangible que está en el pensamiento. Es una operación formadora de imagen y de estructura que permite poner la imagen en cuerpo (naciones abstractas). Es el hecho de sustituir lo que se percibe por lo conocido (Moscovici, 1979; Nuño, 2004; Lacolla, 2005).

El proceso de objetivación hace referencia a la forma en la que un nuevo objeto es simplificado por un proceso selectivo de construcción en donde las diversas formas o facetas del objeto son extraídas de su contexto a partir de criterios culturales y normativos, estos aspectos



del objeto son separados y apropiados por los grupos que al ser proyectados en su contexto pueden manejarlos mejor. Esto da como resultado un núcleo figurativo que será una construcción coherente de imágenes que reproduce el objeto de forma concreta y selectiva (Rateau y Lo Monaco, 2013).

El segundo proceso es el anclaje que completa el de la objetivación, este permite integrar la información que se tiene sobre un objeto en el sistema de pensamiento (Lacolla, 2005). A través del proceso de anclaje la sociedad cambia el objeto social por un instrumento del que dispone, es decir el proceso de anclaje transforma el objeto en marco de referencia y en red de significaciones (Moscovici, 1979; Nuño, 2004). El anclaje está condicionado por la pertenencia del sujeto a cierto grupo social. En resumen anclaje es “volver familiar lo insólito e insólito lo familiar, cambiar el universo conservándolo como nuestro universo” (Moscovici, 1961, p. 58). Es decir cada grupo social le anexará el objeto de acuerdo a su identidad y a sus propias redes de significación.

En este sentido, entendemos que las representaciones tienen un carácter de construcción determinado no solo por implicaciones internas sino externas (determinadas por el contexto), que permiten que las representaciones sociales se reflejen o expresen en discursos, interacciones y comportamientos.

#### 2.2.4 Representaciones Sociales del VIH: estudios previos

Después de Moscovici, teóricos como Denis Jodelet y Jean-Claude Abric y muchos otros, han continuado desarrollando y aportando conocimientos y formas de abordar algunos fenómenos



desde la teoría de las representaciones sociales, elaborando estudios con diferentes metodologías y temáticas. En la actualidad la Teoría de las Representaciones Sociales se ha vinculado a temas de política, salud, educación, medio ambiente, sociedad, entre otros.

Considerando lo anterior, el presente trabajo se enfoca en un problema de salud que ha trascendido a lo social, es por eso que cuando hablamos de VIH la perspectiva de las Representaciones Sociales es un elemento a considerar cuando se trata de interpretar dicho fenómeno, en este caso el VIH no solo ha sido visto como enfermedad con valoraciones sociales sino que ha sido vinculado a grupos señalados como “de alto riesgo” entre los que destacan hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales y personas relacionadas con la toxicomanía (Flores y Leyva, 2003).

Uno de los aportes más importantes de la teoría de las representaciones sociales es el estudio del VIH entendiendo el fenómeno como un objeto social que es construido, aprendido y negociado a partir de las interacciones de un grupo en particular, así como la importancia de la comunicación y la transmisión de información en este fenómeno (Fonseca, 2009). Con esto entendemos que la teoría de las representaciones sociales comprende y cambia concepciones, estigmas y creencias en los grupos.

Los estudios realizados sobre representaciones sociales son, en general, de carácter cualitativo y descriptivo utilizando técnicas de entrevista a profundidad y grupos focales (Fonseca, 2009).



En México existen trabajos sobre representaciones sociales del VIH-sida entre los que destacan los estudios de Flores y Leyva (2003), quienes analizan la representación social del sida en jóvenes de la ciudad de México entre 16 y 23 años, donde los jóvenes asocian esta enfermedad con la muerte como su consecuencia principal y se asocian al ejercicio de la sexualidad.

En otros estudios el VIH y el sida son vistos como un peligro para la seguridad individual, movilizándolo en los jóvenes el miedo y sin embargo este peligro lo perciben lejano a su realidad (Grimberg, 2001).

Los estudios que se han enfocado en las representaciones sociales como los dedicados a explorar la salud sexual y reproductiva, han evidenciado que los discursos acerca de la actividad sexual de los jóvenes están marcados por fuertes percepciones de ausencia de control. Por esta razón, sus prácticas preventivas en torno al VIH y al sida son en realidad variadas, producto de creencias de poca consistencia y aleatorias. Además están motivadas en mayor medida por la preocupación frente a los embarazos no planeados antes que por el riesgo potencial de infección por VIH u otras Infecciones de Transmisión Sexual (ITS) (Stern, Fuentes, Lozano y Reyso, 2003; Sánchez, 2004).

Triguero, Bérnago y Rodríguez (2006) encuentran que las palabras que asocian los jóvenes a ITS son: peligro, miedo, irresponsabilidad, dolor, sífilis, sida y descuido, coincidiendo con el trabajo de Lozano, Torres y Aranda (2008) donde en el campo del léxico o sinónimos del



VIH fueron: muerte y asociaciones a prácticas como las relaciones sexuales, la irresponsabilidad, el descuido o la falta de información.

En la literatura se encuentra que existe una actitud positiva hacia el uso del preservativo por parte de las mujeres durante las relaciones sexuales, mientras que los hombres un mayor porcentaje se ha evidenciado que no utilizaron el preservativo en la primera relación sexual anal (Triguero, Bérnago y Rodríguez, 2006 y Bermúdez, Ramiro, Teya, Ramiro y Buena, 2017). En un estudio realizado por Flores, Almanza y Gómez (2008) aparece como elemento central de la representación, la muerte, así como el miedo a vivir con VIH y la connotación de infección como resultado de una desviación moral. No hay una diferencia entre VIH y sida entre los participantes.

En el estudio donde se abordan las concepciones culturales del VIH de jóvenes que son parte de grupos culturales juveniles que se llevó a cabo en la ciudad de Guadalajara las investigadoras Torres y Munguía (2012) encontraron que los jóvenes coinciden en conceptualizar al VIH-sida como una enfermedad que es producida por un virus, que implica la muerte. Se asoció a la sexualidad, al contacto con grupos vulnerables específicamente hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales, al uso de drogas inyectables y al contacto con sangre infectada.

Se ha encontrado que en la construcción del sida, un polo de la representación se encuentra definido por el conocimiento especializado y el otro por un conocimiento de sentido común. Aunque los jóvenes manifiestan claridad en que no es una enfermedad exclusiva de



hombres que tienen sexo con hombres (HSH) y trabajadoras sexuales, si continúan pensando que estos son los grupos de mayor riesgo (Flores y De Alba, 2006). Sin embargo, tanto hombres como mujeres universitarios siguen practicando diferentes conductas de riesgo para la infección de VIH (Piña, 2004).

De acuerdo con un estudio realizado por Fonseca (2009) los jóvenes tienen un saber científico y claridad sobre su papel en el control de la enfermedad, sin embargo hay un distanciamiento frente al VIH. Relacionan la sexualidad, el género y las representaciones sociales del VIH y consideran que es el escenario escolar en el que se generan los primeros significados de aprendizaje en torno al VIH.

Recordando las tres dimensiones de las Representaciones Sociales, información, actitud e imagen, algunos autores han hecho uso de estas dimensiones para abordar sus estudios. A continuación se presentan ejemplos del abordaje de estas investigaciones que trabajan el tema de VIH:

Cuando hablamos de la información de acuerdo con el estudio de Flores y Leyva (2003), el 37% de cuatrocientos estudiantes de universidad se considera “bien informado”, el 58% “regularmente informado” y el resto dice estar “mal informado”.

En un estudio de Caballero y Villaseñor (2003) se encontraron que jóvenes de diferentes estratos socioeconómicos tienen un conocimiento homogéneo respecto al VIH; la información que tienen respecto al VIH, de acuerdo con esta investigación está conformada por





conocimientos de sentido común y en menor medida de información especializada, sin embargo, a pesar de tener información, no tienen una cultura de prevención o de cuidado.

En relación al VIH encontramos que al ser una enfermedad cargada en el imaginario social de miedos y estigmas, guiando a los jóvenes a mantener actitudes definidas por sentimientos hacia el miedo y la inseguridad (Flores y Leyva, 2003).

Con esta consideración, en este trabajo se abordan las representaciones sociales del VIH en jóvenes universitarios y cómo están relacionadas con las barreras que ellos tienen para asistir a pruebas diagnósticas. Para conocer las representaciones sociales es necesario el uso de las dimensiones anteriormente mencionadas: la información, la actitud y el campo de representación. Estas dimensiones son relevantes, pues “intervienen elementos de orden cognitivo, afectivo y simbólico” (Palacios, Almanza y Gómez, 2008, p. 7) y guían la estructura para interpretar las representaciones sociales que comparte un grupo, y su experiencia, en este caso de los jóvenes con el VIH.

La teoría de las representaciones sociales, como lo señalan Flores y Leyva (2003), toma gran importancia cuando se intenta comprender cómo los jóvenes construyen la representación frente al VIH.

El VIH se ha abordado desde diferentes perspectivas y en diversos contextos, en este estudio es relevante lograr conocer las representaciones sociales de un espacio y tiempo



determinado para obtener diferencias y similitudes al comparar los resultados con otros grupos.

Los estudios anteriores serán la guía para llegar a conclusiones en el contexto de estudio.

### 2.3 Virus de Inmunodeficiencia Humana

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2017) el VIH es definido como el virus de inmunodeficiencia humana que infecta al sistema inmunitario, trastocando o anulando su función. Esta infección produce el deterioro progresivo del sistema inmunitario. A finales de 2015 había 36, 7 millones de personas infectadas por el VIH en todo el mundo, de las cuales 2, 1 millones de personas contrajeron el VIH en 2015; es importante reconocer que hay una tendencia al descenso de nuevas infecciones, la mortalidad disminuye y la prevalencia aumenta. VIH es la sigla que representa al “Virus de Inmunodeficiencia Humana”.

Es un retrovirus que, principalmente, afecta las células del sistema inmunitario, específicamente las células T CD4 positivas y los macrófagos, destruyendo su funcionamiento, el sistema inmunitario se considera deficiente cuando deja de cumplir su función de proteger al individuo de infecciones y enfermedades (ONUSIDA, 2008; OMS, 2017).

El sida (Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida) no es lo mismo que VIH, constituye la etapa crítica de la infección por el VIH, en donde el sistema inmunológico es incapaz prácticamente de reponer los linfocitos T CD4+ que se pierde por el ataque del VIH, viéndose reducida su capacidad de inmunidad hacia el virus. Los pacientes, en su mayoría, que han desarrollado sida no sobreviven más de tres años sin recibir tratamiento antirretroviral.



Incluso en la fase crítica tanto el sida como el VIH pueden ser controlados mediante la TAR de gran actividad (Terapia Antirretroviral). Por esta razón el tratamiento temprano puede mejorar la vida de un paciente que es diagnosticado con VIH, evitando que desarrolle sida (Chávez y Castillo, 2013).

El VIH es una pandemia que continúa en aumento, aunque la vía más eficiente de transmisión es la endovenosa, la principal vía de transmisión a nivel global es la sexual. Actualmente hay un incremento progresivo de la vía heterosexual y está afectando específicamente a los jóvenes (MINSAL, 2010). De acuerdo con datos de ONUSIDA (2012) más de 34 millones de personas viven con el virus, de los cuales aproximadamente la mitad conoce su estado serológico. La organización estableció que el 40% de los nuevos adultos infectados por VIH son jóvenes: 5 millones de jóvenes viven con la enfermedad y al día más de 2, 400 jóvenes contraen la infección.

El virus se transmite por relaciones sexuales vaginales, anales u orales con una persona que está infectada, la transfusión de sangre contaminada o el uso de agujas u otros instrumentos punzocortantes compartidos, además puede transmitirse de la madre al hijo durante el embarazo, el parto y la lactancia (OMS, 2017). A pesar de que la ciencia ha producido diversas explicaciones sobre el VIH, en su mayoría orientadas a la búsqueda del control de la infección, del tratamiento y de medidas de prevención, esta enfermedad se ha manifestado como un fenómeno social, construyendo representaciones y modelando rasgos sociales de comportamiento y de comunicación. A diferencia de otras enfermedades de transmisión sexual,



el VIH tiene un impacto psicosocial diferente, esto se debe a su estigma que se ha fundamentado en creencias a lo largo del tiempo (Flores, Almanza y Gómez, 2008) .

## 2.4 Jóvenes universitarios

La adolescencia y la juventud son etapas en las que se presentan cambios físicos, psicosociales y cognitivos, estos son determinantes para el comportamiento durante la vida adulta. Entre estos cambios destaca la adquisición de habilidades para la independencia y responsabilidad sexual, lo que permitirá la consolidación del desarrollo psicosexual saludable (Lavielle, et. al. 2014).

A partir de los 18 años, los jóvenes producen modelos de relaciones sexuales como lo son: la pareja estable, parejas sexuales de amistad y relaciones sexuales con desconocidos o desconocidas. Un concepto relevante que ocurre en la juventud es el de la monogamia serial (Bayés, Pastells y Tuldra, 1996) en el que se tienen varias relaciones de manera consecutiva y se es fiel mientras la relación continúa. Cuando se habla de pareja estable, los jóvenes pueden no ver relevante la prevención del VIH y de otras enfermedades de transmisión sexual al considerar que tienen una relación estable (Saura, et. al. 2009).

Un análisis acerca de la propagación del VIH a nivel mundial en términos de grupos etarios, pone a la población joven como una de las que mayor número de casos aporta al total de infectados (Fonseca, 2009).



De acuerdo con la literatura, los jóvenes mexicanos (de bachillerato y universidad) expresan un conocimiento efectivo del riesgo que implica la transmisión para cualquier persona, sin importar su condición social, considerando así, que todos están expuestos. Así mismo, vinculan la enfermedad a la falta de medidas de protección como el uso de preservativos, infidelidad e irresponsabilidad (Flores y Leyva, 2003). Aun con la información que tienen, en general solo 5 de cada 10 jóvenes usan condón de forma eventual (García, 2016). Lo anterior, expresa que la información no tiene relación con la práctica, además también consideran que el cuidado no depende de ellos totalmente, sino que el contexto determina el grado de control ante la situación que se presente, por ejemplo: violaciones, transfusiones, empleo de jeringas y agujas no esterilizadas. Y aunque identifican formas de protección, como la abstinencia o el uso del condón, reconocen que en la práctica no se aplican estas (Flores y Leyva, 2003). Ambos sexos, independientemente de su preferencia sexual, practican conductas de riesgo y esto incrementa la probabilidad de vivir con VIH (Piña, 2004).

Lo anterior refleja que los jóvenes universitarios, que en su contexto no viven directamente relacionados con el VIH, en su representación social tienen elementos de conocimiento científico sobre vías de transmisión y medios de prevención, sin embargo estos están basados en creencias populares y el sentido común (Flores, Almanza y Gómez, 2008) además no se consideran parte de los llamados grupos de riesgo: HSH, trabajadoras sexuales o consumidores de droga, esto les da una seguridad aparente ante la enfermedad (Torres y Munguía 2012).



Cuando se habla de los jóvenes y su relación al VIH, la infección se concentra en jóvenes entre 15 y 29 años (Meraz, 2015), esto revela que la edad universitaria está contemplada ahí. A pesar de esto se ha documentado que los jóvenes se perciben como distantes a la enfermedad y no como una población en riesgo, sin embargo adolescentes y adultos jóvenes de ambos sexos, independientemente de su orientación sexual, siguen practicando conductas de riesgo que potencializan el peligro de infección (Flores y Leyva; Piña, 2004) y aun cuando tienen estas prácticas no asisten a una prueba diagnóstica para conocer su estado serológico.

## 2.5 Pruebas diagnósticas de VIH

Las pruebas diagnósticas de VIH son “métodos para detectar anticuerpos contra la infección en suero, plasma o sangre y fluido oral” (CEnDHIU, 2018). Los programas que ofertan pruebas diagnósticas de VIH son una de las principales estrategias para prevenir la enfermedad, ya que muchas organizaciones realizan estas pruebas en sectores no clínicos.

Aun con la facilidad de acceso a la prueba rápida de VIH, de acuerdo con el grupo Multisectorial en VIH, el 47% de las personas que tienen VIH o sida en Xalapa, son jóvenes, sin embargo el 40% de ese total no sabe que está infectado (García, 2016). Esto es un obstáculo para que la transmisión del virus vaya en decremento.

Si se detecta de forma temprana el VIH se puede tratar con terapia antirretroviral, por esta razón “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”. (Lozano, Torres y Aranda, 2008, p.743).

Al no existir un diagnóstico temprano de VIH existen consecuencias negativas, por un lado las personas no pueden recibir el beneficio del tratamiento antirretroviral y por otro, las probabilidades de que transmitan el virus a otras personas aumentan por tener una mayor carga del virus en su cuerpo y por no tener las debidas precauciones en las relaciones sexuales que tienen las personas ya diagnosticadas (Hoyos, et.al. 2012). En Europa y Estados Unidos hay estudios que señalan que entre el 22 y el 38 por ciento de personas infectadas por VIH fueron diagnosticadas en etapa de sida, esto a consecuencia de una asistencia tardía a la prueba diagnóstica (Araya, et. al. 2013).

El diagnóstico temprano de VIH evita nuevos casos de transmisión, menor probabilidad de supervivencia y al mismo tiempo enfermedades oportunistas relacionadas a la enfermedad como: la tuberculosis, neoplasias, fallo renal y hepático, entre otros

### 2.5.1 Barreras hacia la prueba diagnostica de VIH

En la literatura se han documentado algunos obstáculos o barreras que tienen las personas hacia la prueba de VIH.

Un artículo sobre facilitadores y barreras que enfrentan las personas para tomarse la prueba, se describen algunas barreras como la falta de percepción de riesgo, el estigma y



discriminación asociado al VIH y el miedo al resultado del examen, también la falta de confianza en la confidencialidad de los profesionales que aplican la prueba, la falta de información sobre la prueba y el tiempo de espera (Araya, et. al. 2013).

En otros estudios los resultados son similares: el temor por la connotación negativa de la prueba de VIH, el estigma social o miedo a ser discriminados y el miedo a que resulte positiva, falta de conocimiento sobre dónde realizar la prueba, la espera para que les realicen la prueba o la tardanza en obtener el resultado. Otro de los obstáculos es el desconocimiento sobre la disponibilidad de la prueba en organizaciones o centros de salud, así como la baja percepción de vulnerabilidad, el miedo a estar infectados (Deblonde, 2010; Hoyos, et. al. 2012; Vega, Araya, Urrutia, Carrasco y Rubio, 2015).

En un estudio en España también se registran barreras como la discriminación y el rechazo asociados al VIH que impiden el acercamiento a la prueba (Bermúdez, Ramiro, Teva, Ramiro y Buela, 2017) y en un estudio de Morales, Espada y Orgiles (2016) señalan que las principales barreras a la prueba presentadas en adolescentes españoles fueron: no haber recibido el ofrecimiento de la prueba, considerar que ellos no tenían la infección de VIH ni su pareja sexual, y porque utilizan el preservativo consistentemente en sus relaciones sexuales, solo algunos indicaron no someterse a la prueba por miedo a un trato distinto asociado al rechazo o la discriminación, la espera de los resultados, que la opinión del médico sobre ellos cambie de forma negativa y evitar que los centros de salud conozcan su estado serológico.





Estas barreras están motivadas y “están determinadas por el temor que existe frente al VIH y a lo que se relaciona con este” (Vega, Araya, Urrutia, Carrasco y Rubio, 2015, p.82), en este caso la prueba diagnóstica del VIH.

Una actitud favorable hacia la prueba es un precedente de conducta, actuando con otros elementos como el conocimiento y la percepción de riesgo, además de las barreras asociadas al contexto en el que se realiza la prueba (Morales, Espada y Orgilés, 2016). Esto puede dar evidencia que al mejorar la actitud hacia la prueba y agregando factores de información, conciencia y tratamiento de barreras, la prevención y disminución de conductas de riesgo puede ser favorable.

## 2.6 Contextualización

México se ha considerado un país con una epidemia de VIH-sida (Lozano, Torres y Aranda, 2008). El CENSIDA en el primer trimestre de 2017 reportó un total de 13, 252 casos nuevos diagnosticados de VIH y sida notificados hasta 2016 (CENSIDA, 2017).

En México la población joven y productiva forma parte de los sectores que han sido afectados por el VIH, en 2017 se registraron mil 247 casos notificados por contacto sexual, esto representa que en el 55% de los casos de VIH (Milenio, 2017) los jóvenes de entre 10 y 24 años han sido los afectados, además el contacto sexual es la causa principal de transmisión, esto es el 98.2% del total (Excelsior, 2017).



La tasa de mortalidad en el país por causa del VIH-sida es de 4.2 personas por cada 100 mil habitantes al año. Hasta 2013 los estados con mayores tasas de muerte por sida fueron: Tabasco, Quintana Roo, Veracruz y Baja California. La falta de información y de campañas para la prevención han hecho a los jóvenes el grupo más vulnerable para la transmisión del VIH (Meraz, 2015). CENSIDA (2017) para el 2017 reportó que la tasa de mortalidad disminuyó al 3.93% y coloca a Veracruz como uno de los 5 estados con mayor número de casos por VIH teniendo el 8.5% de infectados sobre el total esto se traduce en 16, 340 casos. Estos registros nos dan un panorama del problema de salud que representa el VIH para el país y para Veracruz.

En Veracruz, Xalapa es una de las ciudades con mayor índice de casos por VIH (Zamora, 2011). La población entre los 19 y los 25 años es la mayoritaria dentro del total de personas que viven con VIH, sin embargo un porcentaje alto, no conoce su estado serológico (García, 2016 y Meraz, 2015). En la Universidad Veracruzana se han reportado casos de VIH (Arcos, 2016).

De acuerdo con lo expresado por el Coordinador del Centro para el Desarrollo Humano e Integral de los Universitarios (CENDHIU), uno de cada 100 estudiantes resulta positivo en la aplicación de pruebas rápidas para la detección del VIH y han acudido solo aquellos estudiantes que tienen cierta responsabilidad y los que tuvieron prácticas sexuales de riesgo, no todos asisten, probablemente por temor, es por eso que no se conoce el número real de estudiantes que viven con VIH (Arcos, 2016).



## Capítulo 3. Marco Metodológico

### 3.1 Diseño y alcance de la investigación

El trabajo que aquí se presenta se ha realizado mediante un método tanto cuantitativo como cualitativo (mixto) transformativo secuencial ya que este tipo de ejecución permite recolectar y analizar los dos tipos de datos en diferentes momentos, explorando el planteamiento y la teoría con un grupo de participantes en su contexto y expandir el entendimiento con una muestra para hacer generalizaciones sobre la población (Sampieri, 2016).

El presente trabajo tiene como alcances:

- Conocer a través de la opinión de los jóvenes universitarios las representaciones sociales hacia el VIH y las barreras hacia la prueba diagnóstica del VIH.
- Ser una base para construir y diseñar programas de prevención del VIH para jóvenes universitarios desde la opinión y las necesidades evidenciadas.
- Obtener datos que permitan diseñar programas de prevención del VIH, especializados en la Universidad Veracruzana.

### 3.2 Población

En este estudio participaron jóvenes universitarios que aceptaron colaborar en la investigación, inscritos a nivel licenciatura en las 6 áreas académicas de la Universidad Veracruzana Campus Xalapa.



### 3.2.1 Población estudio cuantitativo

Para el estudio cuantitativo la muestra es representativa en cuanto a las áreas que integran la universidad, esta muestra se tomó de acuerdo a los alumnos inscritos en UV Xalapa reportados en el año 2017 en el documento titulado Estadística Institucional UV (2017) y se dividió con respecto al total de alumnos en cada área académica quedando una muestra un total de 378 (ver Tabla 1). La representación de las diferentes áreas era relevante para obtener opinión representativa de la comunidad estudiantil universitaria.

Se realizó un muestreo que consiste en seleccionar de manera aleatoria un cierto número de conglomerados con el fin de obtener el tamaño de la muestra establecido y con esto obtener el número de instrumentos a aplicar. Con un nivel de confianza de 95% y un 5% de error.

Tabla 1.

*Estadística Institucional UV 2017*

Área Académica	Alumnos licenciatura	Porcentaje	Encuestas por área
Artes	1,004	4.5%	17.01
Biológico-Agropecuaria	1,385	6.2%	23.43
Ciencias de la Salud	3,637	16.4%	61.99
Económico-Administrativo	5,987	27.0%	102.06
Humanidades	5,026	22.7%	85.80
Técnica	4,880	22.0%	83.16
Total de alumnos	22,119	98.8%	378



### 3.2.2 Población estudio cualitativo

Y en lo que respecta a los participantes para el estudio cualitativo, los jóvenes eran estudiantes inscritos en la Universidad Veracruzana de nivel licenciatura. Que aceptaban participar en el estudio y que contaran con una cuenta activa en una plataforma en línea (Facetime, Facebook o Skype) que les permitiera realizar una videollamada.

En total fueron 24 estudiantes de licenciatura, inscritos en la Universidad Veracruzana, los criterios de inclusión para los participantes fueron:

- a) cuatro estudiantes por área académica: de estos cuatro, dos hombres y dos mujeres.
- b) De los dos hombres, uno debía haber asistido a una prueba rápida de VIH y el otro no.
- c) De las dos mujeres, una debía haber asistido a una prueba rápida de VIH y la otra no.

Se eligieron estos criterios con el objetivo de que los participantes representaran cada área académica, las expresiones diversas entre los sexos y la perspectiva asistiendo o no a una prueba diagnóstica.

### 3.3 Variables y categorías de análisis

Para el instrumento cuantitativo se seleccionaron variables revisadas en diversos estudios sobre Representaciones Sociales y barreras hacia la prueba diagnóstica de VIH (Moscovici, 1979; Flores y Leyva, 2003; Piña, 2004; Araya, et. al. 2013 y Morales, Espada y Orgiles, 2016) (ver Tabla 2).



Tabla 2.

*Variables del cuestionario*

Representaciones sociales del VIH	Información	<ul style="list-style-type: none"><li>• Fuentes</li><li>• Causas</li><li>• Prevención</li><li>• Diagnostico</li><li>• Concepto</li></ul>
	Actitud	<ul style="list-style-type: none"><li>• Actitudes positivas</li><li>• Actitudes neutras</li><li>• Actitudes negativas</li></ul>
	Campo de representación	<ul style="list-style-type: none"><li>• Imagen conceptual</li></ul>
Barreras a la prueba de VIH	<ul style="list-style-type: none"><li>• Tiempo</li><li>• Relaciones sociales</li><li>• Falta de conocimiento</li><li>• Desinterés</li><li>• Prácticas</li><li>• Percepción</li></ul>	

Para el estudio cualitativo las categorías que guiaron la investigación fueron:

- Representación del VIH
- Jóvenes y su relación con el VIH
- Actitud hacia VIH
- Barreras a la prueba diagnóstica de VIH

Estas categorías surgen de la literatura revisada previamente (Moscovici, 1979; Flores y Leyva, 2003; Piña, 2004; Araya, et. al. 2013 y Morales, Espada y Orgiles, 2016).



### 3.4 Técnica e instrumento de recolección de datos

#### 3.4.1 Encuesta: cuestionario sobre Representaciones Sociales y barreras a la prueba

Para el estudio de índole cuantitativo la encuesta fue la técnica elegida a aplicar. La encuesta es considerada como una técnica de recogida de datos que consiste en la interrogación a sujetos con la finalidad de obtener sistemáticamente medidas sobre conceptos que derivan de una problemática. La recogida de datos se realiza a través de un cuestionario que se administra a la población (López y Fachelli, 2015).

El instrumento utilizado de esta técnica es el cuestionario elaborado expresamente sobre Representaciones Sociales VIH y barreras a prueba de VIH.

El cuestionario consta de 5 apartados, divididos de la siguiente manera:

1. Datos generales
2. Representaciones Sociales
  - a) Información
  - b) Actitud
  - c) Campo de Representación
3. Prueba de VIH
4. Asistencia
5. Propuestas

El cuestionario se contruyó considerando la teoría con cuatro apartados: información, actitud, imagen y barreras.



La encuesta inicia con un apartado que recoge datos generales de los jóvenes universitarios, dos preguntas de opción múltiple acerca de las fuentes de información de las que reciben información. Un apartado de 12 ítems que intentan conocer si la información que tienen es verdadera o falsa. Después se presentan 8 ítems que buscan identificar el tipo de actitud que tienen los jóvenes universitarios: positiva, negativa o neutra. Para conocer la imagen conceptual se presenta un apartado con espacio para 3 palabras donde ellos expresan lo que significa VIH. Finalmente existe un apartado sobre pruebas diagnósticas donde se enlistan los motivos o no de asistencia, posteriormente se realizan dos preguntas, una acerca de la asistencia a la prueba y otra en relación a la propuesta que ellos realizan (Ver anexo 1) con un total de 46 preguntas más los datos sociodemográficos.

La validez del instrumento se realizó a través de una Guía de validación por expertos (Ver Anexo 2). Los expertos que participaron en la validación contaban con los siguientes perfiles:

1. Maestra en Desarrollo Humano. Universidad Veracruzana. Instituto de Psicología y Educación.
2. Doctora en Educación. Universidad Veracruzana. Instituto de Psicología y Educación.
3. Doctor en Psicología. Universidad Veracruzana. Centro de Estudios de Opinión y Análisis.
4. Estudiante de Maestría que vive con VIH. Universidad Veracruzana.

Las observaciones que realizaron al instrumento fueron en cuanto a su formato y solo una observación para clarificar preguntas respecto a la actividad sexual y el mantener relaciones





sexuales de los estudiantes. Al realizar lo anterior se llevó a cabo un pilotaje, en este ejercicio se aplicaron 40 cuestionarios donde algunas de las observaciones permitieron hacer cambios en el apartado de datos generales para que el responder fuera sencillo para los encuestados, consideraban interesante el tema y apropiada para jóvenes, algunos estudiantes comentaron que debería aplicarse a profesores. El tiempo de respuesta iba de los 4 a los 7 minutos como máximo. La población universitaria, en su mayoría, se mostró en disposición de responder. No hubo dudas en cuanto al contenido.

Una vez realizado el pilotaje se realizó el ejercicio de validación y se hicieron los cambios sugeridos (fueron mínimos y de colocación de preguntas), consecuentemente se hizo el ejercicio para obtener la confiabilidad, a través de un análisis estadístico de fiabilidad de Alfa de Cronbach en SPSS en los ítems que manejaban una escala, el ejercicio fue útil para descartar ítems y dejar aquellos que daban información relevante, el resultado de la fiabilidad fue el siguiente: ítems de información .60, en este sentido este resultado es cuestionable, ítems de actitud .53, se considera una evaluación pobre y en los ítems de barreras .84, indicando una buena consistencia interna para la escala (George y Mallery, 2003). Aunque se obtienen estos valores, se pueden considerar que son valores que permiten que la encuesta se lleve a cabo dado su contenido y lo que busca evaluar, que en este caso es un fenómeno social y no un fenómeno de las ciencias exactas.

A través de ambos ejercicios se perfeccionó el instrumento que se ha descrito anteriormente. Y se llevó a cabo la aplicación.



### 3.4.2 Entrevista: guía de entrevista Representaciones Sociales y barreras a la prueba

Por otra parte, la técnica de la entrevista se utilizó para fines del análisis cualitativo cuyo instrumento fue la guía de la entrevista. La entrevista es una herramienta de recolección de datos que permite la obtención de información por parte de sujetos mediante la interacción oral con el investigador, es el acceso a aspectos cognitivos, de percepción y de esta forma el investigador puede comprender lo que vive el sujeto de estudio (Troncoso y Amaya, 2016).

Se realiza la entrevista por la necesidad de obtener una visión más comprensiva del planteamiento, que ilustrara y reforzara la credibilidad de los resultados cuantitativos, tener puntos de vista diversos del fenómeno y expandir el conocimiento obtenido.

Se construyó una guía de entrevista que se dividía en 4 grandes categorías las cuales eran:

- a) representación del VIH, la cual incluía información, ideas, creencias e imágenes
- b) jóvenes y su relación con el VIH, en dónde se abordaba la opinión de amigos o conocidos en la comunidad universitaria respecto al VIH, percepción de riesgo, sentimientos acerca de la juventud y su relación con la enfermedad
- c) actitud hacia el VIH, valores, posturas y actitudes hacia personas que viven con VIH o al VIH como enfermedad, finalmente
- d) asistencia a pruebas rápidas de VIH, donde se cuestionó respecto a sentimientos y creencias alrededor de la prueba, los obstáculos o motivos para asistir y propuestas (ver Anexo 3).



La guía de entrevista fue validada a través de expertos con el siguiente perfil:

1. Doctora en Antropología Social y Cultural. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.
2. Doctora en Salud Pública. Universidad de Guadalajara. Centro Universitario de Ciencias de la Salud.

Las observaciones incluyeron únicamente la orientación para preguntar y para conocer datos sensibles y como manejarlos.

Durante la entrevista los participantes se mostraron interesados en ser sinceros y colaborar, en la mayoría de los casos hablaron de experiencias propias, en su manera de cotidiana de comunicarse y mostrando confianza al expresarse. El rapport fue vital para generar este ambiente de confianza. En general las entrevistas se llevaron de 15 a 45 minutos aproximadamente.

### 3.5 Procedimiento general de recolección de datos

El proceso de aplicación de cuestionarios se desarrolló en las 6 áreas académicas de la Universidad Veracruzana a través de un muestreo aleatorio por conglomerados con la finalidad de obtener la opinión no solo de un área sino de las diferentes áreas que componen la universidad para encontrar similitudes o diferencias en sus representaciones. El número de cuestionarios estuvo determinado por el tamaño de muestra que se obtuvo anteriormente.

Para la aplicación de la entrevista se realizó un contacto de manera informal a través de redes sociales como Whatsapp y Facebook. Los participantes debían contar con plataformas



virtuales Skype o Facebook para poder realizar la videollamada la cual se establecía de acuerdo a los horarios convenidos entre el investigador y el participante. La entrevista se realizaba con una breve presentación y estableciendo rapport para generar un ambiente de confianza que permitiera a los participantes expresar sus opiniones, motivaciones, sentimientos y creencias respecto a la temática planteada. La entrevista se grababa porque una vez terminada se transcribía para su posterior análisis. El método de recolección de datos cualitativos se realizó a través de plataformas on line.

El crecimiento de la tecnología permite que los científicos sociales tengan mayores oportunidades para realizar a través de internet entrevistas cualitativas (Hooley, Wellens y Marriot, 2012). El uso de plataformas de videoconferencia, Instant Messenger o Skype, son algunos ejemplos de métodos sincrónicos para la investigación. Se denominan así ya que permiten que existan preguntas y respuestas en tiempo real, mientras existe una comunicación directa entre entrevistador y entrevistado (Umpierrez y Dávila, 2016).

De acuerdo con James y Busher (2016) el uso de entrevistas on line para la investigación permiten los siguientes beneficios: ahorra costos de movilización, incrementa la flexibilidad de los participantes y su accesibilidad, es rápida y direccionada y compromete de mejor manera a los entrevistados.

Si bien existen algunas desventajas como: la posibilidad de distracción por parte de los participantes, o que su interés y motivación se vean afectados, pueden ocurrir problemas técnicos, desigualdad en el acceso a internet o desaparición o limitación de lenguaje no verbal.



Para esta investigación al contar con participantes que usan dispositivos electrónicos e internet fue sencillo el acceso y antes de iniciar la entrevista se conversaba con el participante como una manera de asegurar que tanto el video como el audio funcionaran. Además expresaban interés por responder a través de este medio pues lo consideraban novedoso y más sencillo que ser visitados en su contexto escolar o asistir a algún lugar. Durante las entrevistas en la mayoría de ellas no hubo interrupciones, solo en algunas donde solicitaban se repitiera la pregunta.

### 3.6 Análisis de datos

Para llevar a cabo el análisis de la información recolectada se decidió por convenir a los objetivos planteados en el estudio. El análisis para el cuestionario se llevó a cabo mediante estadística univariada en SPSS (versión 2, año 2012).

Mientras que para el análisis cualitativo, se realizó un análisis del discurso que consiste en analizar las representaciones discursivas que circulan por cada medio, centrandó la atención en categorías que justifican el fenómeno, describen hechos y caracterizan a los actores sociales en dicho fenómeno, la intención y tono del relato, la importancia otorgada a factores sociales (ecológicos, económicos, políticos y culturales), la expresión de expectativas, roles, entre otros factores propios del discurso (Sayago, 2014). Las entrevistas se transcribieron y a través del software ATLAS Ti (versión 6) se presentaron los resultados del análisis del discurso enunciando las categorías propuestas inicialmente y las que surgieron durante el análisis. El material obtenido mediante el análisis y la transcripción de las entrevistas mostró gran



---

convergencia en cuanto a las Representaciones Sociales del VIH y las barreras a la prueba. A partir de la tercera entrevista, el material obtenido comenzó a presentar consistencia, saturación y repetición en la mayoría de las categorías planteadas.

El esquema inicial de cuatro categorías fue remplazado o extendido, toda vez que las categorías planteadas inicialmente se dividían en subcategorías con fuertes vínculos en común.



## Capítulo 4. Resultados

El capítulo a continuación expone los resultados obtenidos en cada análisis tanto cuantitativo como cualitativo.

### 4.1 Resultados del análisis cuantitativo

El grupo encuestado fue de un total de 398 jóvenes estudiantes de nivel licenciatura, inscritos en la Universidad Veracruzana. De acuerdo con el número de estudiantes de la Universidad Veracruzana reportados en el Informe Estadístico Institucional presentado en el 2017 se seleccionó una muestra representativa por cada área académica, en la que se obtuvieron porcentajes por área de acuerdo al número de estudiantes inscritos en cada una de ellas.

Encontramos en las características de los participantes que se contó con 205 del sexo masculino (51,5%) y 193 del sexo femenino (48,5%). Y respecto a la edad la mínima fue de 16 años, la máxima de 31 años, haciendo un promedio de 20 años.

De los 398 jóvenes encuestados la mayoría pertenece a los semestres 4º, 5º o 6º, el resto pertenece a semestres de 1º a 3º o de 7º o más; en cuanto su situación sentimental el 53% reportan no tener pareja, el 40% tienen pareja y solo el 7% expresan mantener una relación sentimental con más de una pareja (sin especificar la orientación sexual). El 66% son activos sexualmente y el mismo porcentaje de jóvenes han mantenido relaciones sexuales en los últimos seis meses.



De los jóvenes, el 86% afirma que asistiría a una prueba diagnóstica de VIH (esto no quiere decir que hayan asistido y se la hayan realizado). A continuación es posible observar los datos antes mencionados en la Tabla 3.

Tabla 3.

*Características Inherentes de estudio*

Características	Subcategoría	Frecuencia	%
Área académica	Económico-Administrativo	105	26,4
	Humanidades	90	22,6
	Técnica	86	21,6
	Ciencias de la Salud	70	17,6
	Biológico-Agropecuario	24	6,0
	Artes	23	5,0
Semestre	1 a 3	133	33,4
	4 a 6	178	44,7
	7 o más	87	21,9
Situación sentimental	Sin pareja	212	53,3
	Con pareja	158	39,7
	Con más de 1 pareja	28	7,0
Activo sexualmente	Si	262	65,8
	No	136	34,2
Mantener relaciones sexuales en los últimos 6 meses	Si	263	66,1
	No	135	33,9
¿Asistirían a una prueba de diagnóstica de VIH?	Si	344	86,4
	No	54	13,6

Para dar cuenta de la información que tienen los estudiantes se encontró que durante los últimos 6 meses aproximadamente el 50% de los estudiantes había recibido información acerca del Virus de Inmunodeficiencia Humana (ver Tabla 4).





Tabla 4.

*Porcentaje de estudiantes que recibió información sobre VIH en los últimos 6 meses.*

Recibió información	Frecuencia	Porcentaje
Si	196	49,2%
No	202	50,8%

Del porcentaje que está informado sobre VIH se detallan a continuación los medios por los cuales reciben esta información, en dónde la máxima frecuencia la tienen las redes sociales y el internet, seguido de la televisión y carteles y folletos (ver Tabla 5).

Tabla 5.

*Medios por los que se informan los jóvenes sobre VIH*

Medio de información	Frecuencia	Porcentaje
No recibí información	202	50,8
Televisión	32	8,0
Radio	4	1,0
Revistas o periódicos	9	2,3
Carteles y folletos	30	7,5
Amigos o familiares	15	3,8
Pláticas, talleres en la universidad	27	6,8
Instituciones	11	2,8
Redes Sociales e Internet	68	17,1

En el reporte sobre el nivel de información que tienen los universitarios respecto al VIH encontramos con que los estudiantes cuentan con suficiente información (10.8 puntos) respecto a la enfermedad (la escala se midió del 0 a 5 puntos: insuficiente información y 6 a 12 puntos: suficiente información), sin encontrar diferencias significativas entre las áreas académicas (ver Tabla 6). En esta escala se consideró información general respecto a la enfermedad sin considerar si conocen a alguien que viva con VIH o que ellos vivan con VIH .



En cuanto a la actitud de los jóvenes respecto al VIH, encontramos que de manera general se reporta una actitud positiva (3.2 puntos) hacia la enfermedad (la escala se midió de 0-1.99 puntos: actitud negativa, 2-2.99 puntos: actitud neutra, 3-4 puntos: actitud positiva), sin encontrar diferencias significativas entre áreas académicas (ver Tabla 6). Sin embargo el instrumento utilizada al medir la variable actitud no considera el hecho de que los jóvenes conozcan a alguien que viva con VIH o que ellos vivan con VIH.

Tabla 6.

*Informe estadísticos descriptivos de valores mínimos-máximos y la media de información y actitud en jóvenes universitarios.*

Media	Universitarios	Mínimo	Máximo	Media	Desv. típ.
Media Información	398	5,00	12,00	10,8995	1,23139
Media actitud	398	1,80	4,00	3,2307	,39489

Con respecto a las palabras asociadas al VIH con mayor frecuencia numérica, se presentan a continuación por categorías. Categorías planteadas a conveniencia del investigador para agrupar las palabras asociadas al VIH.

Encontramos que entre las palabras con mayor frecuencia están: Enfermedad, Muerte, Virus, Sexo, Infección, Cuidado y Discriminación (ver Tabla 7). Y las categorías con mayor frecuencia en asociación son: Biomédica y sexualidad.



Tabla 7.

*Palabras asociadas a VIH*

Categoría	Palabra asociada	Frecuencia
Biomédica	Enfermedad	152
	Virus	46
	Infección	38
	Sangre	28
	Contagio	24
Sexualidad	Muerte	134
	Sexo	58
	Sida	18
	Relaciones Sexuales	14
Salud-Cuidado	Sexualidad	9
	Cuidado	32
	Protección	28
	Prevención	26
	Tratamiento	17
Práctica Social	Salud	13
	Discriminación	32
	Rechazo Social	12
	Ignorancia	11
Emociones	Aislamiento	3
	Tristeza	30
	Miedo	14
Grupo asociado	Dolor/Malestar	10
	Homosexualidad	21
	Promiscuidad	9
Elementos asociados	Infidelidad	4
	Condón	20
	Agujas/Jeringas	3

En las barreras para realizarse una prueba diagnóstica de VIH por parte de los estudiantes se encontró que, un 76% de los universitarios no asiste por el miedo a un resultado positivo, un 68% porque no se sienten enfermos, a un 67% les preocupa no saber actuar si les detectan VIH y un 66% no quieren que nadie sepa si llegan a tener VIH (en este apartado respondieron los 398 estudiantes independientemente si han asistido o no a una prueba diagnóstica).



Tabla 8.

*Barreras para no asistir a una prueba de VIH*

Grupos	Barreras	%
No hay actividad sexual	No han tenido relaciones sexuales	56
Falta de percepción de riesgo	Han tenido relaciones pero siempre usan condón	62,1
Estigma asociado al virus	Piensen que el VIH solo afecta a personas con preferencia sexual distinta	33,7
Miedo a ser rechazados/vergüenza	No quieren que sus padres se enteren que han mantenido relaciones sex.	57,8
No recibir invitación	Nunca les han ofrecido hacerse la prueba diagnóstica	62,6
Falta de información: cómo es y dónde se puede realizar	No tienen información suficiente sobre la aplicación de la prueba	54,3
Falta de información: cómo es y dónde se puede realizar	No saben dónde hacerse la prueba	61,8
Miedo a resultado positivo	Tienen miedo a un resultado positivo	76,9
Falta de información	Les preocupa no saber actuar si les detectan VIH	67,8
Falta de privacidad en la aplicación	Los lugares donde realizan la prueba son públicos y los pueden ver	53,3
Falta de confianza en la confidencialidad	Desconfianza en el tratamiento de datos personales por los aplicadores	34,4
Miedo a ser rechazados/ vergüenza	No quieren que nadie sepa si llegan a tener VIH	66,1
Miedo a ser rechazados/ vergüenza	Pueden ser rechazados por sus amigos	59,5
Miedo a ser rechazados/vergüenza	Pueden ser rechazados por su familia	58,3
Miedo a ser rechazados/vergüenza	Su pareja o amigos pueden desconfiar de ellos si asisten	56,8
Exceso de confianza	Están seguros que su(s) pareja(s) sexual(es) no viven con VIH	53,8
Tiempo de la prueba	Hay que esperar mucho tiempo para que les realicen la prueba	15,8
Minimizar al VIH	Consideran que hay cosas más importantes que hacerse la prueba de VIH	28,6
Percepción de riesgo	No se sienten enfermos	68,3
Percepción de riesgo	Porque son jóvenes	34,9



## 4.2 Resultados del análisis cualitativo

Aunque existen más enunciados que sustentan las categorías, los siguientes fragmentos de discurso son los que representan y ejemplifican de mejor manera las categorías que se enlistan a continuación. Ninguna categoría excluye a otras.

Los nombres de los 24 participantes fueron reemplazados para conservar su anonimato por las etiquetas V1 a V24 y con la letra F, cuando el informante es de género F, y M cuando es de género masculino. Al finalizar los discursos se presenta un esquema que define cada uno de los códigos asignados (ver Tabla 9). El nombre de las categorías y subcategorías surge de la narrativa de los jóvenes universitarios, las palabras de su discurso se presentan tal cuál se expresaron.

### *Discurso: Representaciones Sociales del VIH y barreras a la prueba*

#### *1. VIH*

En esta categoría se incluyen las narrativas correspondientes a los elementos asociados a la enfermedad desde lo que los jóvenes conceptualizan hasta la imagen que tienen respecto al VIH.

- a) Formas de contagio:* En esta subcategoría los jóvenes describen las formas en que conocen que puede darse el contagio. En la mayoría de los casos conocen las vías relacionadas con las relaciones sexuales y el uso del preservativo.

V05F.<sup>99</sup> “tener relaciones sexuales con desconocidos y no usar anticonceptivos como es el condón masculino y femenino”



V02F. “Yo considero que es el sexo porque no nos cuidamos”

- b) *Enfermedad y condición de vida:* Esta subcategoría detalla la asociación que los jóvenes hacen del VIH como enfermedad y su presencia en la vida de una persona.

V12M.<sup>☞</sup> “¿cómo explicarlo? O sea a que físicamente en apariencia ya va a ser ¿sabes? demacrado, enfermo”

.<sup>☞</sup> “debe verse mal, pues como un enfermo ¿no? este terminal o este o tener alguna característica física que denote que no está bien de salud”

- c) *Imagen social:* Subcategoría que explica en voz de los jóvenes la idea que se forman y comparten sobre lo que es vivir con VIH.

V01F.<sup>☞</sup> “lo primero que piensas cuando alguien te dice que tiene VIH es... pues se descuido... no piensas que lo adquirió así, sino que se metió con alguna sexoservidora o en dado caso que andaba viviendo la vida loca y por eso le pasó... es más como que andaba siempre en la fiesta, no te lo esperas de alguien tranquilo o así entonces si lo asocias más a la fiesta, al relajo y pues te da miedito”

V05F.<sup>☞</sup> “yo lo asociaría con gente irresponsable”

V02F.<sup>☞</sup> “socialmente si ha de estar muy cabrón, o sea lidiar con eso, porque está visto como lo peor ¿no?”

- d) *Significado:* En esta subcategoría se refleja el significado que los jóvenes dan al VIH como enfermedad.

V02F. “una persona puede tenerlo y no presentar ningún síntoma, ni estarse muriendo ni morirse pronto, simplemente significa que sus defensas son bajas y que pues está expuesto a que una enfermedad por muy mínima que sea le provoque daños un poco más graves”



V19M.<sup>Q</sup> “sabemos que no tiene cura pero tiene como un tratamiento en el cual pues puedes llevar una vida normal prácticamente sin que llegue a afectar o dañarte en un futuro”

## 2. *Juventud y sexualidad*

Los informantes expresan una relación estrecha entre la experiencia de la sexualidad durante la juventud de la siguiente forma:

a) *Experiencia*: Esta subcategoría se describen las experiencias juveniles que ellos asocian a la transmisión del VIH.

V02F. “Si, es como lógica somos los jóvenes los que representamos como esa etapa y pues es cuando estamos experimentando cosas y tomando riesgos, esas son pues como las consecuencias”

b) *Práctica sexual*: Esta subcategoría puntualiza el comportamiento para dar o recibir placer sexual y la forma en la que lo viven los jóvenes y que asocian a la transmisión de VIH.

V04M.<sup>Q</sup> “hay ocasiones en las que por impulso ¿no? dices, no pasa nada y tienen relaciones sexuales sin protección o sin conocer realmente el estado de este de como se encuentra la otra persona”

V04M.<sup>Q</sup> “si tu tienes la necesidad de tener sexo o algo así recurres a ya lo mencioné, páginas de citas, aplicaciones, o la amiga del amigo de la amigo algo así y pues tienes sexo”

c) *Práctica social*: Subcategoría que detalla los modos de comportarse que son compartidos por la sociedad o por el grupo juvenil y que asocian a la transmisión de VIH.



V02F.☞ “borracheras, eh las famosas quemas, que pierdes el control, entonces supongo que no te cuidas por ejemplo o ahorita esta muy de moda lo de los tatuajes”

V06M.☞ “algunas prácticas de riesgo pues tienen que ver con el uso de drogas... el alcoholismo...promiscuidad sexual, etc. Creo que esas tres, esas tres este características son factores de riesgo que pueden aparecer en cualquier universitario”

d) *Formas de relacionarse:* En esta subcategoría se encuentran descritas las formas en que los jóvenes forman relaciones y los expone a riesgos.

V02F.☞“Hoy en día las relaciones se toman menos en serio y las responsabilidades pues más y los compromisos más entonces am las relaciones tienden a ser un poco más libres... duran poco y pues cambias de persona, cambias de relación”

V01F☞ “están o se acuestan con personas que no conocen bien... en fiestas... terminan estando con personas que pues no saben a veces ni como se llaman, menos van a saber si tienen una enfermedad y aparte pues no usan protección”

V04M“muchos universitarios se van con personas que pues no conocen o se, se dejan llevar por las aplicaciones que hay y hay muchas personas que están en esas aplicaciones que tienen las enfermedades”

e) *Grupo vulnerable/riesgo:* Es aquel grupo que los jóvenes catalogan como vulnerable a ser portador del VIH.

V01F☞ “personas este con libertinaje, o sea personas que viven en la fiesta y pues probablemente no estén en sus cinco, o sea que tomen alcohol o se droguen siento que están más expuestas al resto”

V01F☞ “los hombres son un poco más infieles”





V08M.<sup>☞</sup> “ los jóvenes son un sector de la población bastante vulnerables por el hecho de que están en una etapa de descubrimiento es una etapa considerada sexualmente activa y entonces pues creo que tienen más riesgo o más posibilidades eh pues de contraer algún tipo de enfermedad de transmisión sexual”

V17M.<sup>☞</sup> “yo he oído mucho que si los homosexuales son mas promiscuos y que si, y pues si, si tengo amigos y si uno sabe luego que de cosas así como de gente es muy de andar con todo mundo y de andarse acostando con medio mundo”

V19M.<sup>☞</sup> “yo he escuchado que entre parejas del mismo sexo hay mayor infidelidad, entonces es posible que haya mayor contagio”

f) *Percepción de riesgo*: Es la identificación de situaciones que ponen en riesgo su salud.

V17M.<sup>☞</sup> “pues al menos yo cuando tengo un encuentro sexual creo que es lo último en lo que pienso ¿no? no vas por la vida pensando que te vas a contagiar y eso pues puede ser contraproducente porque igual como no te cuidas o no lo piensas pues la cagas y lo contraes, yo que se”

V02F.<sup>☞</sup> “como que niquiera lo piensas, sabes, como que el primer transformación o afectación a tu cuerpo es el embarazo y en segundo plano las enfermedades y en ultimo plano en particular, el sida”

g) *Sexualidad (tabú)*: Es la expresión de los estudiantes en esta subcategoría donde relacionan de manera específica a la sexualidad con el VIH al ser temas tabú.

V08M. “el VIH dada su historia creo que este su historia, su estigma, las creencias, pues hacen... que se tenga una, cierto miedo y yo creo que de toda la lista de enfermedades de transmisión sexual... representa miedo precisamente por eso, por lo



histórico... porque no tiene una cura y creo que actualmente hablar de sexualidad en algunos sectores de la población o en algunos grupos sociales, parece un tabú todavía, entonces hablar de sexualidad aunado a una enfermedad que pudiste haber transmitido o de la que pudiste ser contagiado a través del sexo pues es como que doble tabú ¿no? es como remarcar aquello de lo que no se quiere hablar pero aquello que a diario cualquier persona normal práctica por así decirlo”

### 3. *Actitud VIH*

La categoría actitud VIH incluye elementos de conciencia, emoción y actitud hacia quien vive con VIH,

#### a) *Conciencia:* Cambio de pensamiento que expresan los jóvenes respecto al VIH.

V13F.☞ “al ser las mujeres las que pueden embarazarse a lo mejor son un poquito más capaces de pensar al tener una relación sexual de riesgo con una persona que no conocen, son capaces de concientizar más esto”

V19M.☞ “ya hasta que me tocó ver el caso muy muy de cerca pues ya si como que si llegó a concientizarme más el cuidarse”

V19M.☞ “mi amigo (que vive con VIH)... no usaba condón... no se cuidaba y entonces a partir de eso pues si me, me entró la concientización de que no pues siempre debemos cuidarnos”

#### b) *Emoción y actitud hacia quien vive con VIH:* Esta subcategoría identifica las emociones y actitudes hacia una persona que vive con VIH por parte de los jóvenes.

V02F.☞ “Pues si discriminan ¿no? así es como de ah no me voy a acercar a él que tal si me contagio o algo así”



V11M.<sup>Ⓞ</sup> “yo trataría de ser am lo más neutro para evitar que esa persona se sienta como estigmatizada no se, señalada”

V16M.<sup>Ⓞ</sup> “no se puede decir que es indiferente porque no se puede pasar desapercibido pero este pues trato de que eso quede en un segundo o tercer termino o sea que no influya en la relación de amistad”

c) *Emoción y actitud imaginaria si viviera con VIH*: La subcategoría explica emociones y actitudes que viven los estudiantes durante la prueba y hacia la prueba.

V02F.<sup>Ⓞ</sup> “me sacaría mucho de onda, o sea, porque tendría que estar cuidándome de varias cosas, quizá me deprimiría”

V04M.<sup>Ⓞ</sup> “Creo que si me daría para abajo porque es una situación fatalista, es algo que no tiene solución, que en algún momento u otro va a acabar con tu vida”

d) *Falta de interés (Actitud)*: Esta subcategoría evidencia la actitud negativa hacia el tema y la prevención del VIH

V17M.<sup>Ⓞ</sup> “si lo hay pero yo creo que, hablo por mi, pues uno es dejado, por decidía uno no se interesa, vamos si no leemos los avisos que están en el pinche corcho entrando a la facultad”

V17M.<sup>Ⓞ</sup> “si hay una campaña o algo y lo ignoramos porque nos vale madre, pues yo creo que ya el error no está en... el joven pues cómo lo obligas a que se interese o que sepa o a que busque o investigue”

#### 4. *Información VIH*

En esta categoría se incluye el conocimiento que relacionan al área académica, la información que tienen y dónde la obtienen y finalmente la falta de conocimiento sobre VIH



- a) *Conocimiento (área académica): Subcategoría que describe los conocimientos que se adquieren en la carrera. Además algunos jóvenes expresan que el nivel de estudios parece influir en el riesgo.*

V07F. “como lo ven los universitarios depende de la carrera en la que estén o el área... por ejemplo en ingenierías o esas carreras dónde la mayor población es como de eh hombres... lo ven como muy alejado de ellos por así decirlo aunque, siento que los hombres... creo que suena muy feo pero si en, ellos o sea siento que están muy alejados de eso (conocimiento)”

V07F. <sup>Ⓜ</sup> “siento que Humanidades o esas carreras o sea que están como más informados sobre ese tema o sea como que no, no lo ven raro”

V19M. <sup>Ⓜ</sup> “estamos en nivel universitario, en teoría deberíamos saber como tal todas estas cuestiones de enfermedades de transmisión sexual pero si suele pasar que algunos universitarios no conocen prácticamente nada sobre enfermedades”

- b) *Información:* La subcategoría describe el tipo de información, la calidad de esta y la forma en la que la reciben los estudiantes en el contexto universitario.

V01F <sup>Ⓜ</sup> “te lo dejan en una platica de si no te cuidas te vas a enfermar y hasta ahí queda ¿no? entonces pues es como un tema más visto en la escuela pero pues no, no se entra a profundidad”

V08M. <sup>Ⓜ</sup> “independientemente de la información que tenemos... por la confianza que tenemos con la persona, con una pareja, a veces porque como jóvenes a veces vamos a una fiesta, noche de antro y pasados de copas como que se nos olvida... toda esa información porque pasa a primer termino el satisfacerse, el momento por así decirlo”



V17M.☞ “información la hay y la podemos buscar y todo y asociaciones y gente... si lo hay pero yo creo que, hablo por mi, pues uno es dejado”

☞ “te dan como el folletito ¿no? pero el folletito pues es un resumen de todo lo que conlleva a saber del VIH, entonces te quedas con esa información y es lo que se maneja nada más... nos quedamos con lo muy básico”

c) *Falta de conocimiento:* Los jóvenes dan detalles sobre la percepción acerca de la información que no tienen los estudiantes sobre el VIH.

V11M.☞ “creo que hay mucho desconocimiento acerca de, lo vemos como muy lejano ¿no? como algo que no forma parte de nuestra cotidianidad pero que pues está ahí ¿no?”

☞ “hay bastante falta de información en ese sentido, yo creo que varios jóvenes como escondidos o algo así irían... pero si falta información al respecto para que sepan la existencia de ese tipo de programas en la universidad“

##### 5. *Prueba VIH*

Esta categoría hace notar la consideración que tienen los jóvenes respecto a los elementos más importantes en relación a la prueba: nivel de participación, falta de interés en la prueba, consideraciones de quien no asiste o quién asiste y los motivos que tienen:

a) *Participación en la prueba:* La explicación de esta categoría radica en el contenido que define la participación que tienen los universitarios hacia la prueba.

V05F.☞ “Casi no, las veces que fui era muy poca la gente que asistió, incluso tenían que ir a pedir que fueran”

V13F. “es un poco escasa porque pues no, al menos yo nunca me he encontrado con alguien que me diga oye vamos a hacernos una prueba rápida”



V15M.☞ “Yo creo que es baja”

- b) *Barreras para asistir a la prueba:* En esta subcategoría encontramos los obstáculos que los estudiantes consideran, impiden que una persona se realice la prueba diagnóstica de VIH.

V03M.☞ “en primera es el miedo... el hecho de que no sepas pues como manejar la situación pues obviamente que siempre te va a generar miedo y yo creo que las personas prefieren quedarse en la ignorancia a saber la verdad”

V03M.☞ “pena...pena que los demás estén pensando que esa persona que está buscando tiene VIH, pues si sería prácticamente pena”

V03M.☞ “yo creo que en la UV el CENDHIU tal vez los medios por los que ellos están comunicando la información... que ponen al alcance de los alumnos dichas pruebas no son los, llamémosle así correctos o necesarios”

V19M.☞ “porque es posible que tenga VIH, entonces mejor, quiero vivir sin saberlo y llegar a morir no se, sin saber que tenía VIH”

V19M.☞ “como se hace en público estas pruebas muchas personas se limitan a ir y hacerse la prueba en público”

V1F.☞ “no siento que me haga falta o sea, soy como que muy cuidadosa y pues se con quien estoy y pues al menos directamente no he tratado con ninguna persona con esta enfermedad así que nunca he dudado”

- c) *Motivo o razón de asistencia:* Los jóvenes expresan los motivos o razones por los que una persona asiste a una prueba diagnóstica de VIH.

V1F.☞ “si llegara como a meterme con alguien que no conozco o en un momento que yo me ponga en riesgo...por curiosidad y tranquilidad de saber que estoy bien”



V17M.☞ “porque pues uno anda en la putería y anda probando de todo y dices no pues hay que hacérsela ¿no?”

V04M.☞ “Por rutina”

V03M.☞ “bueno tuve relaciones sexuales con una persona sin condón prácticamente”

V07F. “pues, no he ido porque, ay no se, por dejada supongo”

d) *Asistente a la prueba:* En esta subcategoría se encuentra la forma en que catalogan a los asistentes a una prueba diagnóstica, es decir, los adjetivos o atributos que asignan a una persona que asiste.

V07F. “siento que esas personas que van, pues ya como que por el simple hecho de que vayas a hacerte la prueba ya es así como de ay ya es que presientes que tienes VIH”

V07F. “los discriminan por el hecho de que vayan ¿no?”

e) *No asistente a la prueba:* Subcategoría en donde los jóvenes asignan atributos a una persona que no asiste a la prueba diagnóstica.

V19M.☞ “las personas son muy desobligadas en esa cuestión”

☞ “una persona irresponsable que no le importa mucho su salud lo veo como en el sentido de responsabilidad de no preocuparse pues por su salud, saber tu estado”

f) *Falta de interés (Prueba):* La subcategoría hace referencia a la actitud negativa que tienen los jóvenes respecto a la prueba diagnóstica.

V17M.☞ “si lo hay pero yo creo que, hablo por mí, pues uno es dejado, por decidía uno no se interesa, vamos si no leemos los avisos que están en el pinche corcho entrando a la facultad”



V17M.<sup>Ⓞ</sup> “si hay una campaña o algo y lo ignoramos porque nos vale madre, pues yo creo que ya el error no está en como las campañas o las asociaciones sino pues el joven pues cómo lo obligas a que se interese o que sepa o a que busque o investigue”

6. *Cuidado y protección:* En la categoría de cuidado y protección se incluyen lo que los jóvenes expresan al preguntarles ¿cómo se cuidan para prevenir una enfermedad de transmisión sexual como el VIH y qué grupo consideran que es el que se cuida?

a) *Cuidados:* Son las razones o formas en las que se cuidan los jóvenes universitarios .

V17M.<sup>Ⓞ</sup> “es que o sea depende, de cuidarme, pues es que ¿cómo hay que cuidarse?¿usando condón? (Preguntando al entrevistador)”

V17M.<sup>Ⓞ</sup> “me cuido en el sentido de que pues no me acuesto con cualquiera y no con cualquiera hago las mismas cosas sucias, pero en el sentido de no se, tomar algo, usar condón o evitar tener sexo, pues no, en ese sentido no me cuido”

b) *Grupo que se cuida:* Esta subcategoría se divide en dos, por un lado los motivos que responden a la pregunta ¿por qué se cuidan? (En el caso de que hayan mencionado que se cuidan). Y por otro lado encontramos a los actores que responde a la pregunta ¿quiénes se cuidan?

b1) *Motivos*

V19M.<sup>Ⓞ</sup> “crees que tu novio es fiel o que es una pareja estable pues no usas condón”

V12M. “lo veo con mis amigas y así, su mayor preocupación al tener relaciones con los chicos es no quedar embarazadas”





*b2) Actores*

V02F. “Pues es que es mutuo. En este caso el varón, es el que usa el condón, pero mi forma de protegerme es también cargando mis condones y no tener relaciones si no hay condón”

V11M.☞ “por ejemplo en la comunidad gay o lgt...porque no tienen como ese riesgo de embarazarse y pues normalmente las características que tienen puedo decir que son personas que viven mucho en el libertinaje y como que no tienen mucha responsabilidad con respecto a su vida sexual”

*7. Propuestas*

Son todas aquellas propuestas o intervenciones que los jóvenes expresan se pueden realizar para mejorar la prevención y la atención.

*a) Anonimato o privacidad:* Subcategoría que expresa el anonimato o privacidad que los jóvenes solicitan al momento de realizar la prueba.

V02F.☞ “yo creo que si fuera como más privadas, o sea que fueran como más confidencial mas bien, quizás se acercaría más la gente

V02F.☞ “si son pruebas rápidas pues si hacerlo un poco más privado o personal para que no haya esta onda de “no porque mis amigos me van a bulear” no se, hacer las campañas más privadas”

V19M.☞ “una de las limitantes hacia hacerse la prueba es que si en la facultad este te ponen un stand para hacer la prueba siento que esa es una de las limitantes, que sea en público”

*b) Hablar del tema:* Una consideración que expresan los jóvenes como necesaria para prevenir.



V02F. <sup>90</sup> “tratar como de hablar más del tema como más open mind y no hacer de esto como un secreto”

- c) *Materia obligatoria*: Subcategoría donde los estudiantes expresan la necesidad de una materia obligatoria para prevenir el tema.

V13F. <sup>90</sup> “propondría que fuera obligatorio en todas las carreras una materia de ciencias de la salud porque creo que si estás optimo en la salud puedes estar bien en la escuela, en las emociones y en muchas cosas”

- d) *Conferencias y talleres*: En esta subcategoría, explican la necesidad de tratar el VIH.

V13F. <sup>90</sup> “foros y programas con esa temática”

- e) *Iniciativa*: Subcategoría que describe la actitud que deberían tener los jóvenes universitarios.

V04M. <sup>90</sup> “creo que hay que tener un poco de iniciativa como persona independientemente de a que grupo pertenezcas

- f) *Redes Sociales*: Subcategoría que hace alusión al medio que consideran para enviar y recibir información respecto al VIH.

V19M. <sup>90</sup> “Hay que poner mayor información, con esto del uso de redes sociales, la revolución de internet, yo diría que hacer tipo videos, spots y subirlos a las redes sociales, porque entonces tu estás en redes sociales”

- g) *Centros en facultades*: Ideas relacionadas a los centros en facultades para prevenir el VIH.

V14F. “plantear la cuestión del VIH desde varios como enfoques, no solo en la parte como de salud ¿no? en la cuestión de medicina y demás sino también como todos los fenómenos asociados a esto, como la discriminación, entonces también sería



interesante estudios de ese tipo de pues discriminación por VIH ¿no? este porque por ejemplo este están los observatorios de políticas culturales, está el observatorio de violencia contra la mujer, pero no hay un observatorio por ejemplo, un grupo de la universidad que trate este tema”

*h) Cambios a campañas*

Cuando a los jóvenes se les pregunta acerca de los cambios que harían a las campañas que existen para la prevención en la Universidad, ellos responden lo que cambiarían:

V02F. ☞ “cambiar el medio de difusión”

V11M. ☞☞ “ser más constantes”

V05F. ☞ “cambiaría la capacitación de las personas que aplican la prueba porque la información que te dan no es muy clara, y resulta un poco confuso”

V15M. ☞ “puede ser con un lenguaje un poco mas, cómo decirlo, amistoso con la comunidad universitaria ya que pues no se provoca ese interés en los jóvenes”

Figura 1.

Diagrama explicativo de las categorías del análisis de discurso

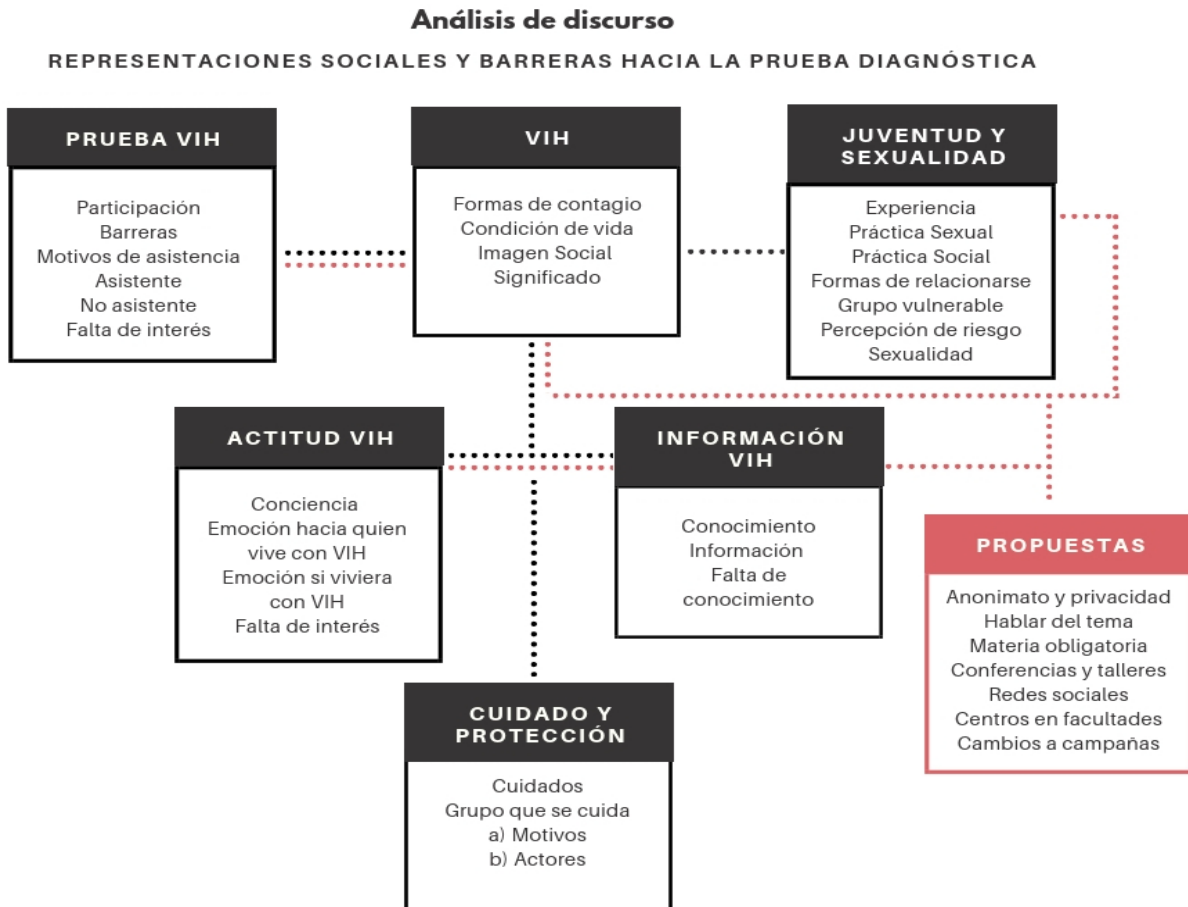




Tabla 9.

*Matriz de códigos*

Código	Definición
Asistente a la prueba	Adjetivo o atributos que se asignan a persona que asiste a una prueba diagnóstica de VIH
Barrera para asistir a prueba	Obstáculos que impiden que una persona se realice la prueba
Cambios a campañas Conciencia	Elementos que se cambiarían a las campañas de prevención Cambio de pensamiento respecto al VIH
Conocimiento (Área académica)	Conocimientos que se adquieren en la carrera o nivel de estudios
Cuidados	Formas y razones en las que se cuidan los jóvenes
Discriminación	Trato que perjudica a una persona que vive con VIH
Emoción/Actitud hacia la persona que vive con VIH	Emociones y actitudes hacia una persona que vive con VIH
Emoción/Actitud hacia la prueba	Emociones y actitudes durante y hacia la prueba
Emoción/Actitud imaginaria si viviera con VIH	Emociones y actitudes imaginarias si viviera con VIH
Enfermedad/condición de vida	Aspecto, apariencia de la persona que vive con VIH y su condición de vida
Estigma/Estereotipo	Atributo o rasgo negativo que se atribuye a una persona (que vive con VIH o que se presume puede vivir con el virus) para que sea culturalmente inaceptable
Etiqueta	Nombre o adjetivo que se atribuye a una persona que vive con VIH
Experiencia	Contenido sobre las experiencias juveniles
Falta de conocimiento	Percepción sobre la información que no tienen los estudiantes sobre VIH
Falta de Interés	Actitud negativa hacia el tema y prevención
Formas de contagio	Formas en las que perciben que se pueden “contagiar” con el VIH
Formas de relacionarse/riesgo	Formas de relacionarse que los expone a riesgos
Grupo que se cuida	Grupo que se considera se cuida más durante relaciones sexuales
Grupo vulnerable/riesgo	Grupo que se cataloga como vulnerable a ser portador del VIH
Imagen social	Imagen colectiva que existe respecto a una persona que vive con VIH
Información	Medio y calidad de información que tienen los universitarios
Juventud y VIH/Experiencia	Relación entre ser joven y el VIH
Motivo o razón de asistencia	Motivos o razones por las que una persona asiste a una prueba diagnóstica de VIH
No asistente a prueba	Atributos que se asignan a persona que no asiste a la prueba



---

Participación en la prueba	diagnóstica de VIH Contenido donde se define la participación que tienen los universitarios hacia la prueba
Percepción de riesgo	Identificación de situaciones que ponen en riesgo la salud
Práctica sexual/riesgo	Comportamiento que se realiza para dar o recibir placer sexual
Prácticas sociales/riesgo	Modos de comportarse que son compartidos por la sociedad
Privacidad	Requerimiento de privacidad durante la aplicación de la prueba
Propuesta	Propuestas y sugerencias hacia las campañas de aplicación de pruebas diagnósticas de VIH y prevención
Prueba VIH	Significado que atribuyen a la prueba diagnóstica
Significado del VIH	Contenido verbal asignado al VIH



## Capítulo 5. Conclusión y discusión

### 5.1 Discusión

En otros países se han realizado estudios sobre Representaciones Sociales del VIH y existen algunos otros que abordan las barreras que tienen los usuarios hacia la prueba diagnóstica de esta condición. Sin embargo, en México, no hemos localizado estudios que conjunten estos dos tópicos, tampoco en Veracruz o en Xalapa y específicamente en la Universidad Veracruzana campus Xalapa. En gran parte del mundo la Representaciones Sociales del VIH tienen una carga social negativa y la mayoría de los usuarios presentan barreras hacia la prueba, los resultados de este estudio coinciden en gran parte con lo que se ha reportado en la literatura a nivel mundial, sin embargo también se evidencian aspectos específicos dado el contexto y los actores involucrados.

Es necesario resaltar que los resultados encontrados en este estudio corresponden a opiniones, significados, esquemas de referencia, propiamente representaciones sociales y barreras que tienen los jóvenes respecto al VIH y la prueba diagnóstica, ningún resultado generaliza a toda la sociedad xalapeña, pero pone de manifiesto lo que cierto grupo social (jóvenes universitarios de la Universidad Veracruzana) en un momento y un espacio específico han configurado como referente para guiar su práctica, su percepción y sus pensamientos.

Los resultados coinciden con que existe una connotación negativa respecto al VIH, tal como lo señalan otros autores, los jóvenes asocian el VIH a muerte y a sexualidad (Flores y Leyva, 2003; Triguero, Bérnago, Rodríguez y Bórgues, 2006; Torres y Munguía, 2012), pero en este estudio como en otro que llevó a cabo Torres y Aranda (2008) se encontraron aspectos que



existen asociaciones hacia el cuidado, la protección, la prevención, el tratamiento y la salud, donde se hace notar que han existido cambios de lenguaje o que en este contexto universitario se conforman esquemas de salud, es decir, la función simbólica y de marcos de referencia para categorizar comportamientos y comunicación entre los jóvenes evidencia que tienen consideraciones relacionadas al cuidado de la salud que aparecen en sus discursos. Estos resultados se pueden explicar debido a ciertos conocimientos que a nivel universitario tienen como lo son las formas de protección y la existencia de un tratamiento.

En cuanto a las formas de transmisión la categoría se denominó “formas de contagio” porque los jóvenes en el discurso lo expresaban así, ellos consideran especialmente que se da a través de relaciones sexuales y por no usar condón, así como por infidelidad e irresponsabilidad como lo mencionan Flores y Leyva (2003). Aunado a este problema los entrevistados consideran que algunas prácticas como las borracheras, el uso de drogas, la ausencia de control, así como las formas de relacionarse (sexo con desconocidos) y el uso de aplicaciones digitales para establecer citas, son un riesgo para que una persona pueda contraer la enfermedad. Sería interesante conocer cuáles de estas prácticas se están dando en los centros universitarios y cuáles son los factores que influyen para que una u otra práctica se lleven a cabo.

Se coincide con Fonseca (2009) ya que encontramos que tanto hombres como mujeres mantienen prácticas de riesgo en relación al VIH. Los jóvenes perciben que son el grupo mayoritario con incidencia en la enfermedad, en la literatura se ha encontrado que los jóvenes son el grupo de mayor vulnerabilidad (Fonseca, 2009; Meraz, 2015), los entrevistados dan algunas de los motivos por lo que lo consideran así y porqué relacionan juventud a la enfermedad





de VIH, describiendo que es una etapa de experimentación y de tomar riesgos, y al hablar de su práctica sexual hablan de falta de control, de tener relaciones por impulso y por necesidad. Esta ausencia de control puede ser un aspecto a investigar e incluso para considerarse en intervenciones de prevención, ya que se encontró como un tema poco trabajado (Stern, Fuentes, Reyso, 2003 y Sánchez, 2004).

Aunque los jóvenes consideran como otros autores que existen grupos de riesgo como los HSH y trabajadoras sexuales o personas relacionadas con la toxicomanía (Flores y Leyva, 2003; Torres y Munguía, 2012) también concluyen con sus respectivas explicaciones que en general el grupo de mayor incidencia por VIH son las personas con “libertinaje (personas que viven en la fiesta)”, los HSH porque mencionan que son “mas promiscuos” y existe más infidelidad entre ellos, los jóvenes por estar en una “etapa de descubrimiento” y en “una etapa sexualmente activa”, y finalmente los hombres por que los consideran “más infieles”. Hay una seguridad aparente en que no se consideran parte de los grupos de riesgo (Flores, Almanza, Gómez, 2008), y los entrevistados expresan que la seguridad de no percibir riesgo radica en que pueden conocer a la persona, no se ve enferma y saben “con quien están. Esto es un punto importante para dilucidar en futuras investigaciones, profundizando los grupos que reconocen y las características que a cada grupo lo hacen vulnerable.

A pesar de reconocer la enfermedad como un peligro y al mismo tiempo reconocer a algunos grupos como vulnerables y a la juventud como una etapa vulnerable, el VIH lo encuentran lejano a su realidad y que no se consideran parte de los grupos vulnerables esto se ha documentado en investigaciones anteriores (Grimberg, 2001; Flores, Almanza y Gómez, 2008;



Fonseca, 2009) y este estudio describe que los participantes al mantener un encuentro sexual, en lo último que piensan es en la transmisión.

Como se ha encontrado, algunas de las prácticas preventivas están motivadas para evitar los embarazos no planeados (Sánchez, 2004) y se coincide con que esta es la primera consideración o afectación presente en los jóvenes y en segundo término estarían las infecciones de transmisión sexual. La lejanía que perciben del VIH respecto a ellos y la no pertenencia a ciertas características que describen como particulares de ciertos grupos: hombres, mujeres, jóvenes, HSH, hace relevante el considerar este fenómeno para futuras investigaciones pues pueden existir repercusiones al no existir una percepción de riesgo, la despersonalización del grupo al que pertenecen y entender el VIH como una enfermedad de la que son conscientes pero de la que no tienen que cuidarse al momento de mantener relaciones sexuales.

En su representación, la imagen que predomina es que una persona que vive con VIH en apariencia se ve “enfermo”, “son personas descuidadas” o “irresponsables”, “es lo peor que te puede pasar” y está relacionado a tener relaciones sexuales. La teoría de las representaciones sociales explicaría que las imágenes que tenemos respecto a un fenómeno llevan a cabo una función simbólica y son marcos que nos permiten categorizar pero al mismo tiempo por su calidad predictiva nos preparan para la acción (Moscovici, 1979) lo anterior podría devenir en que únicamente los jóvenes están “cuidándose” de personas que cataloguen como enfermas, descuidadas e irresponsables, sin embargo en este sentido se requiere profundizar en el significado que ellos asignan a la apariencia enferma, la irresponsabilidad y al descuido.



Así mismo existe una fuerte asociación por parte de los jóvenes del VIH con la muerte y la sexualidad, esto confluye con otros autores (Flores y Leyva, 2003; Lozano, Torres y Aranda, 2008; Torres y Munguía, 2012), este resultado expresa el modelo social en el que basan la enfermedad, es decir, a pesar de que es caracterizada como una enfermedad que tiene un tratamiento (de lo que ellos dan cuenta), que es crónica y no mortal (información que afirman tener), continúan asignando un significado relacionado a la muerte y al ejercicio de la sexualidad, es necesario realizar estudios en relación a estos dos temas para conocer el porqué aparentemente tienen una relación estrecha cuando se habla de VIH.

En esta investigación, en cuanto al conocimiento e información que tienen los estudiantes se encontró que aunque todos tienen conocimiento general suficiente no reciben información frecuentemente, y tal como la literatura dice se brinda información a los estudiantes de universidad a través de diferentes medios, proveyendo folletos, trípticos o pósters (Piña, 2004) sin embargo en esta investigación se reporta que no solo por medios impresos sino que la Televisión y especialmente las Redes Sociales y el internet son medios de comunicación por los que los jóvenes reciben información, sin embargo esto no da la seguridad de que se comportarán de acuerdo a la información que reciben.

En los estudios de Flores y De Alba (2006) y Flores, Almanza y Gómez (2008) se reporta que la información que tienen los jóvenes está caracterizado por dos polos, el conocimiento o la información especializada, en la que los jóvenes expresan un nivel de conocimiento suficiente sobre la enfermedad, al conocer la existencia de un tratamiento, el medio de transmisión, la forma básica de protección, el reconocimiento de que es una enfermedad que afecta el sistema



inmunológico y que existen repercusiones, pero al mismo tiempo el otro polo es un conocimiento de sentido común que evidencia sus creencias respecto al VIH como una enfermedad relacionada con la muerte, con el acto sexual y con la juventud, estas dos últimas no porque no tengan relación sino que en su discurso aparecen como características que al tenerlas ya dan como resultado el riesgo de poder vivir con VIH, es decir, dejando a un lado las relaciones sexuales con protección y la juventud como una etapa en la que puede existir responsabilidad y autocuidado. A pesar entonces de tener conocimientos correctos, hay saberes de sentido común y creencias que se contraponen a estos.

Se considera que el conocimiento que tienen en general todos los universitarios es suficiente y compartido, los resultados (de acuerdo con el cuestionario aplicado) convergen con la literatura en este sentido (Caballero y Villaseñor, 2003; García, 2016) sin embargo según su percepción en este estudio los entrevistados consideran que existen diferencias entre áreas académicas, en la entrevista suponen que hay diferencias entre áreas que cuentan con conocimientos relacionados a la salud o al ser humano privilegiando así el área de Humanidades y Ciencias de la salud, por encima de las demás. Moscovici (1979) ha planteado esta relación entre el conocimiento científico y las representaciones sociales, en este sentido en la actualidad el conocimiento científico también es conocimiento de sentido común, porque considerando el ámbito universitario es un saber compartido entre miembros que pertenecen a este grupo, esto da como resultado que los jóvenes conformen representaciones sociales construidas en conjunto con saberes intrínsecos y extrínsecos (conocimientos científicos y de sentido común).



En el caso del VIH y dada su naturaleza biológica cuando se explica o se comprende se encuentran términos o conceptos que surgen de la ciencia y que los jóvenes los convierten en un saber social por las experiencias en las que se desarrollan. Moscovici (1985) describe que cuando el conocimiento científico circula entre la sociedad como algo cotidiano, se vuelve objeto de transformaciones y su uso se convierte en común para las personas, esto ocurre a partir de lo que él llama la objetivación y el anclaje y ubica la representación como el producto de dicho proceso que busca convertir en familiar lo extraño (Moscovici, 2001).

Es así como podemos explicar que estos conocimientos y saberes confluyen y se ven expresados en los resultados y respuestas de los entrevistados. Sin embargo, aunque se puede concluir que el sentido común tiene mayor valor entre los jóvenes a través de las respuestas dadas.

Aunque a nivel teórico los resultados arrojaron una actitud positiva hacia las personas con VIH y a la enfermedad por parte de los universitarios participantes, los estudios han argumentado que el sida está cargado por un imaginario social de miedo y estigmas, y que la actitud que hay alrededor de la enfermedad está movilizadora por miedos e inseguridades (Grimberg, 2001; Flores y Leyva, 2003), en este caso fue necesario comparar los cuestionarios y las entrevistas aplicadas y en este estudio se encontró que el VIH a nivel teórico y cuando no tienen conocimiento de un familiar o amigo con la enfermedad puede tener una actitud positiva por parte de los jóvenes sin embargo a nivel perceptivo y de esquema mental está cargado por el mismo simbolismo que reporta la literatura: miedo e inseguridad, agregando que los jóvenes



expresan que su actitud tiene presente el desinterés y la irresponsabilidad cuando se trata, en términos generales, de las emociones que despierta en ellos el VIH y el cuidado hacia este.

Respecto a la actitud hacia alguien que vive con VIH en las entrevistas los participantes consideran que aún existe discriminación y que saben de alguien que vive con VIH serán personas que no pasan desapercibidas, sin embargo evalúan su propia actitud como neutra y sin juicios. Esta actitud no está presente cuando se les pregunta sobre su actitud si ellos vivieran con VIH ya que algunos jóvenes expresan no haberlo pensado antes, que su actitud sería deprimirse o verlo como el fin. Se encuentra un doble miedo en los participantes, el primero hablar sobre el VIH por su connotación social y de salud, y el segundo miedo es hablar de sexualidad cuando se asocia al VIH y otras infecciones de transmisión sexual.

En este estudio consideraron en su mayoría a las mujeres como el grupo más consciente del cuidado, aunque al mismo tiempo hablan de que esta consciencia no siempre da como resultado que se cuiden, consideran que las mujeres se cuidan más por el riesgo de embarazo y no por el riesgo de contraer VIH, esta actitud se había explicado de cierta manera en un estudio de Almanza, Torres y Aranda (2008) donde la actitud de las mujeres hacia el preservativo era positivo, sin embargo en este como en otros estudios se ha documentado, eventualmente no hacen uso del condón (García, 2006) y detallan que ellos como actores sociales son o serán conscientes de la enfermedad hasta que conocen o llegan a conocer a alguien cercano que vive con esta condición.



Continuando con el cuidado, otros autores han encontrado que no depende de ellos (Leyva y Flores, 2003) y en este sentido los entrevistados expresaron que debe ser un cuidado mutuo y que los motivos de cuidado para ellos son porque existe la posibilidad de infidelidad por parte de la pareja y por no quedar embarazadas, aquí se vislumbra que son conscientes de su responsabilidad, aunque esto no quiere decir que la ejerzan. Entre las formas de cuidado solo mencionan el uso del condón o abstinencia, en un estudio se encontró esto también (Leyva y Flores, 2003).

Además opinan que hay una falta de interés en informarse y cuidarse por su parte, en algunos estudios se ha documentado que los jóvenes tienen claridad sobre cuál es su papel en el cuidado y prevención (Fonseca, 2009), y aquí se muestra esa claridad, pero también expresan su falta de responsabilidad en hacer algo por tener mayor información y protegerse, además de considerar que aunque tienen acceso a suficiente información se olvida por satisfacer el momento (relaciones sexuales), sin existir un control del impulso, también se muestran ciertas dudas en el momento de preguntarles ¿quién se cuida? Respondiendo que ellos o la otra persona, extendiendo la responsabilidad propia al círculo social. Es importante indagar en próximas investigaciones para proponer intervenciones en beneficio de la prevención de embarazos, infecciones de transmisión sexual, ausencia de control y violencia sexual (quien debe usar el preservativo), no solo en nivel universitario sino en educación de nivel básico.

Hay que tomar en cuenta que los resultados indican un gran porcentaje de estudiantes activos sexualmente y que se harían la prueba, esto no significa que se la hayan realizado, los



datos estadísticos de otros estudios lo demuestran. De hecho los entrevistados consideran que hay una participación escasa en campañas de prevención y de aplicación de pruebas.

Las barreras que aparecen como relevantes en este estudio coinciden con la literatura mundial (Arayat, et. al. 2013; Deblonde, 2010; Hoyos, et. al. 2012; Vega, Araya, Urrutia, Carrasco y Rubio, 2015; Bermúdez, Ramiro, Teva, Ramiro y Buela, 2017; Morales, Espada y Orgiles, 2016), se encontraron que el miedo al resultado positivo, el no sentirse enfermos, el no saber actuar si el resultado es positivo y el no querer que nadie sepa si llegan a tener VIH son las barreras que en los jóvenes universitarios están presentes con mayor frecuencia, estas razones motivadas por el miedo y porque consideran que es mejor no saber “quedarse en la ignorancia”.

Podemos observar que entre las barreras y las recomendaciones hay una gran relación, aportando al conocimiento las propuestas de los propios estudiantes, resaltando la necesidad de intervención, ya que no sólo es impartir información sino llegar al origen que impide realizarse la prueba, donde se requiere el fortalecimiento psicológico, la eliminación de barreras en el que el miedo, la vergüenza disminuyan y la toma de conciencia se acreciente. Notándose un campo de acción de gran relevancia a nivel psicológico, educativo y de salud sexual.

Los participantes expresan la necesidad no solo a través de información escrita (folletos y carteles) sino experiencial y “profunda”, en la que se trabaje información que sea útil para su vida sexual, la inclusión de materias que aborden el tema, independientemente del área académica y que la difusión y los medios utilizados para comunicar sean actuales y cercanos a ellos (redes sociales).





No se encontraron diferencias significativas entre hombres y mujeres, incluso en su discurso no existen diferencias en como perciben lo relacionado al fenómeno estudiado. Tampoco existen diferencias entre personas que han asistido y las que no han asistido a pruebas diagnósticas de VIH, las emociones negativas asociadas a la enfermedad, se encuentran en ambos grupos.

## 5.2 Conclusiones

A partir de la experiencia de análisis en este investigación se puede concluir que la teoría de las Representaciones sociales es relevante para poder conocer y acercarse a las opiniones, creencias y significados culturales que un grupo social tiene respecto a un fenómeno de la realidad, además permite la configuración de posiciones y relaciones sociales diferentes en un mismo grupo social. La teoría brinda una guía que comprende los procesos cognitivos y de comportamiento de colectivo.

En cuanto a la aplicación de la entrevista a profundidad on-line en plataformas como Facetime, Facebook y Skype, en este estudio fue una ventaja y facilitó el acceso, considerando que los participantes fueron jóvenes que dominan estas plataformas.

El uso de ambas metodologías tanto cuantitativa como cualitativa, permiten una comprensión más profunda y ambiciosa del fenómeno.



Los resultados encontrados son similares a los reportados en la literatura mundial, pero hacen evidente de manera particular las representaciones social del VIH y las barreras que tienen los jóvenes en la Universidad Veracruzana.

Podemos concluir que en general las Representaciones Sociales del VIH de los estudiantes de la Universidad Veracruzana campus Xalapa tienen al VIH como objeto simbólico caracterizado por una connotación negativa y construyen su realidad alrededor de este objeto a partir de la asociación a la muerte y a la sexualidad, apareciendo en menor medida la asociación al cuidado y protección, sin embargo es importante porque comienza a introducirse en sus esquemas, consideran que la vía de transmisión sexual es la más frecuente cuando se trata de VIH y que hay prácticas sociales que también influyen (uso de aplicaciones de citas y borracheras), consideran que es lejano a su realidad y que en el VIH “se ve” a las personas enfermas o que se encuentra en personas irresponsables. En cuanto al cuidado creen que es mayormente para prevenir el embarazo y por lo tanto las mujeres se cuidan más, aunque en general consideran que la juventud no se cuida en el encuentro sexual. Hay una actitud positiva hacia quien vive con VIH, siempre y cuando no sean ellos. Y son conscientes cuando conocen un caso cercano. Hablan de conocer su papel en la prevención pero existe falta de interés en informarse y hay una ausencia de control en el encuentro sexual. La manera de prevenir para ellos es el uso del condón prioritariamente y el cuidado algunas ocasiones lo desplazan hacia su círculo social. Estas ideas guían su comportamiento y sus creencias, y están asociadas también a las barreras que tienen para no asistir a una prueba para conocer su estado serológico.



La mayoría son activos sexualmente y tienen ciertas barreras para asistir a una prueba de VIH entre las que se encuentran miedo a resultado positivo, el no sentirse enfermos y no saber actuar si son positivos en la prueba. Consideran necesario atender las barreras, que se brinde información en la experiencia, que sea profunda y útil para su vida sexual y que la difusión sea por medios virtuales y redes sociales.

El presente estudio tiene limitaciones propias de tiempo y de un estudio de naturaleza mixta. Sin embargo se reconoce que la muestra es representativa para el cuestionario y la saturación de la información proporcionada en las entrevistas permite reconocer que la información es relevante, así como el número de entrevistas llevadas a cabo permiten tener premisas más concluyentes.

Algunas de las relaciones están fundamentadas en el conocimiento de la teoría y el conocimiento general de procesos psicológicos y de los estudios de opinión, sin embargo todas ellas deben ser analizadas a detalle. Las categorías, así como las relaciones agrupadas que se encontraron pueden ser la base para estudios especializados posteriores.

Se considera que este estudio puede ser la base no solo para futuras investigaciones sino el fundamento para proyectos de intervención a nivel educativo, social-comunitario y de salud, en la comprensión y la disminución de la estigmatización, del tabú y la discriminación hacia quien vive con VIH y en general de los mitos que rondan la enfermedad, así como también la disminución o eliminación de barreras hacia la prueba diagnóstica de VIH por parte de los usuarios para un diagnóstico y tratamiento temprano.



## Referencias

- Abric, J. C. (1994), “Metodología de recolección de las representaciones sociales”. En Jean Claude Abric, *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ediciones Coyoacán.
- Antología (s.f) *Antología. Opinión Pública* Material de trabajo.
- Arcos, D. (24 de Junio 2016) Detectan casos de VIH-sida en la UV. *Crónica de Xalapa*. Recuperado de <http://cronicadexalapa.com/detectan-casos-de-vih-sida-en-la-uv/>
- Araya, A., Bravo, P., Carrasco, P., Urrutia, M., Vega, P.; Rubio, M. y Lira, J. (2013) Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomarse el test de ELISA para el diagnóstico del VIH: revisión de la literatura. *Rev Chilena Infectol*. 30 (6). 638-643.
- Bayés R., Pastells S. y Tuldra, A. (1996) Percepción de riesgo de transmisión del VIH en estudiantes universitarios. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*. 39. 24–31.
- Bermúdez, M., Ramiro, M., Teva, I., Ramiro, T. y Buela, G. (2017). Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia humana en jóvenes que estudian en la universidad en Cuzco (Perú). *Gac Sanit*, 1-7. doi:10.1016/j.gaceta.2017.07.002
- Caballero, R. y Villaseñor, A. (2003). Conocimientos sobre VIH/sida en Adolescentes Urbanos: Consenso Cultural de Dudas e Incertidumbres. *Salud Pública de México*. 45 108-114.
- Cardona, J. (2010) Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/sida, Medellín, Colombia. *Revista de Salud Pública*. 12 (5) 765-776.
- CENSIDA (2017). Información de Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/sida en México Registro Nacional de Casos de sida Actualización al Cierre 2017. 1-23. Recuperado de: [https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276683/RN\\_3er\\_trim\\_2017.pdf](https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/276683/RN_3er_trim_2017.pdf)



Chávez, E. y Castillo, R. (2013). Revisión Bibliográfica sobre VIH/sida. *Multimed*: 17 (4). 1-25.

Recuperado de: <http://www.medigraphic.com/pdfs/multimed/mul-2013/mul134r.pdf>

Deblonde, J., de Koker, P., Hamers, F., Fontaine, J., Luchters, S. y Temmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: A systematic review. *The European Journal of Public Health*, 20, 422–432.

Dorantes, J. (2011). Representaciones sociales sobre la reforma en Educación secundaria de los docentes de telesecundaria del Estado de Veracruz. Facultad de Filosofía y Letras. División de Estudios de Posgrado. Doctorado en Pedagogía. México: Universidad Nacional Autónoma de México UNAM.

Espada-Sánchez, J., Quiles-Sebastián, M., y Méndez-Carrillo, J. (2003). Conductas sexuales de riesgo y prevención del sida en la adolescencia. *Papeles del Psicólogo*. 24 (85). 1-15.

Excelsior (02 de Junio 2017) Reporta Censida mil 883 casos de VIH/SIDA en el país. Excelsior. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2017/06/02/1167458>

Fonseca, A. (2009) Representaciones sociales del VIH/sida en jóvenes con y sin VIH de la ciudad de Bogotá D. C.: Aportes para la comprensión de sus significados y prácticas. Tesis de maestría inédita. Universidad Nacional de Colombia. Bogotá, D. C.

Flores, P.; Almanza, M. y Gómez, A. (2008) Análisis del Impacto del VIH en la Familia: Una Aproximación a su Representación Social. *Psicología Iberoamericana*. 16 (2). 6-13.

Flores, F. y De Alba, M. (2006) El sida y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental*: 29 (3). Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232907.pdf>



- Flores, F. y Leyva, R. (2003) Representación social del sida en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*: 45 supl. 5. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/106/10609907.pdf>
- García, A. (14 de Septiembre 2016) El 47 por ciento de los infectados de sida en Veracruz son jóvenes. *Diario de Xalapa*. Recuperado de <https://www.diariodexalapa.com.mx/veracruz/el-47-por-ciento-de-los-infectados-de-sida-en-veracruz-son-jovenes>
- George, D., y Mallery, P. (2003). *SPSS for Windows step by step: A simple guide and reference*. 11.0 update (4<sup>a</sup> ed.). Boston, MA: Allyn & Bacon.
- Grimberg, M. (2001) Iniciación sexual, prácticas sexuales y prevención al VIH/sida en jóvenes de sectores populares: un análisis antropológico de género. *Horizontes Antropológicos*. 8 (17). 47-7.
- Hernández Sampieri, R., Fernández, C., y Baptista, P. (2014). *Metodología de la investigación*: México D.F.: McGraw-Hill. 6a. ed. --.
- Hooley, T., Wellens, J. y Marriott, J. (2012). *What is Online Research: Using the Internet for Social Science Research*. New York: Bloomsbury Academic.
- Hoyos, J., de la Fuente, L., Fernández, S., Gutiérrez, J., Rosales, M. y de Olalla, P.(2012). La oferta de la prueba rápida del VIH en la calle dentro del ámbito universitario: ¿una estrategia prioritaria? *Gaceta Sanitaria*. 26. 131–137.
- James, N., y Busher, H. (2016). Online Interviewing. In D. Silverman (Ed), *Qualitative Research*. London: Sage Publications.
- Jodelet, D. y Guerrero, A. (2000) Develando la cultura. *Estudios en Representaciones sociales*. México: Facultad de psicología/UNAM.



- Lacolla, L. (2005) Representaciones Sociales: una manera de entender las ideas de nuestros alumnos. *ieRed: Revista de Investigación Educativa*. 1 (3). Recuperado de <http://revista.iered.org/v1n3/pdf/llacolla.pdf>
- Lavielle, P., Jiménez, F., Vázquez, A., Aguirre, M., Castillo, M. y Vega, S. (2014) Impacto de la familia en las conductas sexuales de riesgo en adolescentes. *Revista Médica del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 52 (1). 38-43.
- López, P. y Fachelli, S. (2015) Metodología de la investigación Social cuantitativa. Universitat Autònoma de Barcelona.
- Lozano, A., Torres, M. y Aranda, C. (2008) Concepciones culturales del VIH/sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Lationamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 6 (2). 739-768.
- Meraz, A. (04 de Enero 2015) México pierde lucha contra el sida, advierte la ONU. *EXCELSIOR*. Recuperado de <http://www.excelsior.com.mx/nacional/2015/01/04/1000727>
- MINISTERIO DE SALUD (2010). Guía clínica síndrome de inmunodeficiencia adquirida VIH/sida. MINSAL. 1-132. Recuperado de: [http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/chile\\_art.pdf](http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/chile_art.pdf)
- Mora, M. (2002) La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*: 2.
- Morales, A., Espada, J. y Orgilés, M. (2016) Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention*. 135-141. doi: 10.1016/j.psi.2016.06.002
- Moscovici, S. (1979). *El psicoanálisis su imagen y su público*. Buenos Aires: Huemul.



Nuño, B. (2004) Modelos de toma de decisiones con los que intentan resolver el consumo de drogas ilegales adolescentes consumidores y sus padres que acuden a tratamiento a CIJ en Guadalajara. Tesis de maestría inédita. Universidad Nacional Autónoma de México. México.

ONUSIDA (2008) Informe sobre la epidemia mundial de sida. Recuperado de:

[http://www.cinu.org.mx/sida2008/documentos/JC1510\\_2008GlobalReport\\_es.pdf](http://www.cinu.org.mx/sida2008/documentos/JC1510_2008GlobalReport_es.pdf)

ONUSIDA (2012) Informe de ONUSIDA para el día mundial del sida. Recuperado de:

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/JC2434\\_WorldAIDSday\\_results\\_es\\_1.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2434_WorldAIDSday_results_es_1.pdf)

Organización Mundial de la Salud (2017). VIH/sida. Recuperado de:

[http://www.who.int/topics/hiv\\_aids/es/](http://www.who.int/topics/hiv_aids/es/)

Piña, J. (2004) Eventos disposicionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH/sida. *Anales de Psicología*. 20 (1). 23-32.

Rateau, P. y Lo Monaco, G. (2013) La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones conceptuales, campos de aplicaciones y método. *CES Psicología*. 6 (1). 22-24.

Rubio, J. (2009) Opinión Pública y medios de comunicación. Teoría de la agenda setting. *Gazeta de Antropología*. 25 (1). 1-17.

Sánchez, M. (2004). Poder de negociación sexual en la adolescencia. Bogotá D. C. Profamilia.

Saura, S., Fernandez, M., Vicens, L., Puigvert, N., Mascort, C. y García, J. (2009) Percepción del riesgo de contraer una enfermedad sexual en población joven. *Atención Primaria*. 42 (3). 143-148.





Stern, C., Fuentes, C., Lozano, L. y Reyso, F. (2003) Masculinidad y salud sexual y reproductiva un estudio de caso con adolescentes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*. 45.

Sayago, S. (2014). El análisis del discurso como técnica de investigación cualitativa y cuantitativa en las ciencias sociales. *Cinta moeblo*. 49 pp. 1-10.

Torres, T. y Munguía, J. (2012) Concepciones culturales del VIH/sida en jóvenes que son parte de grupos culturales juveniles en Guadalajara, México. *Revista CES Psicología*. 5 (2) 119-133.

Triguero, M., Bérnago, A., Rodrigues, C. y Borges, G. (2006) De la representación a la práctica sexual. Un estudio exploratorio de representaciones sociales sobre enfermedades sexualmente transmisibles, sexo y uso de preservativo en jóvenes universitarias y sexoservidoras. *Revista Intercontinental de Psicología y Educación*. 8(2). 73-90.

Troncoso, C. y Amaya, A. (2016) Entrevista: guía práctica para la recolección de datos cualitativos en investigación de salud. *Rev. Fac. Med.* 65 (2): 329-332.

Umpierrez, S. y Dávila, P. (2016) Entrevistando por sitios de redes sociales: explorando sus beneficios y limitaciones con el caso de la representación política de los malienses residentes en el exterior en Internations. *Investigación Cualitativa en Ciencias Sociales*. 3: 707-714.

Universidad Veracruzana. (2018) CEnDHIU Pruebas rápidas: Universidad Veracruzana. Recuperado de <https://www.uv.mx/cendhiu/servicios/pruebas-rapidas-de-deteccion-oportuna-de-anticuerpos-de-vih/>

Universidad Veracruzana. (2018) Información Estadística Institucional. Universidad Veracruzana. Recuperado de [https://www.uv.mx/informacion-estadistica/files/2018/01/03-Alumn\\_Pogr\\_AluGnro-2017.pdf](https://www.uv.mx/informacion-estadistica/files/2018/01/03-Alumn_Pogr_AluGnro-2017.pdf)






- Valadez, B. (28 de Noviembre 2017) En jóvenes, 55% de los casos de VIH/sida en 2017. MILENIO.COM, SALUD. Recuperado de [http://www.milenio.com/salud/jovenes-vih-sida-censida-prevencion-condonmovil\\_0\\_1075092488.html](http://www.milenio.com/salud/jovenes-vih-sida-censida-prevencion-condonmovil_0_1075092488.html)
- Vera, L., Sánchez, F. y Góngora, R. (2006) Conocimientos y percepción de riesgo sobre el sida en estudiante de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Revista Biomédica*. 17, 157-168.
- Vega, P., Araya, A., Urrutia, M.; Carrasco, P. y Rubio, M. (2015) Barreras percibidas por los usuarios para acceder al test de elis para VIH. *Ciencia y Enfermería*. 21 (2). 77-85.
- Zamora, H. (2011, Diciembre, 02) Veracruz: aumentan 100% muertes de gente con sida. *EL UNIVERSAL*. Recuperado de <http://archivo.eluniversal.com.mx/estados/83300.html>



Anexo 1.

Instrumento: Encuesta Representaciones Sociales del VIH y barreras a la prueba diagnóstica.

 REPRESENTACIONES SOCIALES DEL VIH EN JÓVENES UNIVERSITARIOS   FOLIO: \_\_\_\_\_

Estamos interesados en conocer tu opinión. El siguiente instrumento tiene como objetivo conocer las opiniones, Virus de Inmunodeficiencia Humana [VIH] de los estudiantes de la Universidad Veracruzana Campus Xalapa. Las respuestas son anónimas y se utilizarán con fines académicos.

Sexo: F M Edad: \_\_\_\_\_ Semestre 1 a 3  4 a 6  7 o más

Situación sentimental actual Sin pareja  Con una sola pareja  Con más de 1 pareja

Activo sexualmente Si  No

Mantienes relaciones sexuales Si  No

**A. REPRESENTACIONES SOCIALES**

Contesta a las siguientes afirmaciones marcando con una X según corresponda

1. Durante los últimos 6 meses ¿Has recibido información sobre el virus de Inmunodeficiencia Humana?  
Si  No

2. Si tu respuesta fue si ¿A través de qué medios?  
Televisión  Radio  Revistas o periódicos  Carteles o folletos  Amigos o familiares   
Pláticas, talleres en la universidad  Organizaciones  Redes Sociales e Internet

Marca con una X en el recuadro V si es verdadera la afirmación y F, si es falsa.

1. Una persona que tenga relaciones sexuales sin condón puede contraer VIH	V	F
2. El VIH se puede transmitir durante el embarazo, parto o lactancia	V	F
3. El VIH se puede transmitir por lágrimas, sudor o saliva	V	F
4. Una persona con VIH puede presentar infecciones frecuentes o graves	V	F
5. Una persona puede tener VIH y no presentar ningún síntoma	V	F
6. Una persona que tiene VIH puede contagiar a otra por un beso	V	F
7. No existe análisis diagnóstico de VIH que se realice de forma gratuita	V	F
8. El VIH se puede transmitir por penetración anal	V	F
9. El condón es un método seguro para protegerse del VIH	V	F
10. El VIH se puede transmitir por transfusión de sangre contaminada	V	F
11. El VIH es un virus que ataca el sistema inmunológico	V	F
12. Se puede prevenir el VIH si llevas una dieta balanceada y haces ejercicio	V	F

A continuación se presentan una serie de enunciados. Indica con una X en qué medida estás de acuerdo o en desacuerdo con cada uno de ellos.

	TOTALMENTE DE ACUERDO	DE ACUERDO	EN DESACUERDO	TOTALMENTE EN DESACUERDO
1. Una persona con VIH debe considerarse culpable				
2. Si un amigo (a) tuviera VIH probablemente me distanciaría de él o ella				
3. No tendría relaciones sexuales con alguien que sé que tiene VIH				
4. Me sentiría incomodo usando el mismo baño de una persona que tiene VIH				
5. Me sentaría en un autobús junto a una persona que tiene VIH				
6. Es muy importante para mí usar condones cada vez que tengo relaciones sexuales				
7. El VIH no es relevante, hay otras enfermedades en las que se debería invertir mayores recursos				
8. Se debe permitir que un estudiante con VIH estudie en la Universidad				



REPRESENTACIONES SOCIALES DEL VIH EN JÓVENES UNIVERSITARIOS



FOLIO: \_\_\_\_\_

Escribe en orden de importancia 3 palabras que relaciones o que se te vengan a la mente cuando piensas en VIH

- 1. \_\_\_\_\_
- 2. \_\_\_\_\_
- 3. \_\_\_\_\_

**B. PRUEBA VIH**

Marca con una X los motivos por los que los universitarios NO asistirían a una prueba diagnóstica de VIH.

1. No he tenido relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>
2. Han tenido relaciones sexuales pero siempre usan condón	<input type="checkbox"/>
3. Piensan que el VIH solo afecta a personas con una preferencia sexual distinta	<input type="checkbox"/>
4. No quieren que sus padres se enteren que han mantenido relaciones sexuales	<input type="checkbox"/>
5. Nunca les han ofrecido hacerse una prueba diagnóstica	<input type="checkbox"/>
6. No tienen información suficiente sobre la aplicación de la prueba	<input type="checkbox"/>
7. No saben dónde pueden hacerse la prueba	<input type="checkbox"/>
8. Tienen miedo a un resultado positivo de VIH	<input type="checkbox"/>
9. Les preocupa no saber actuar si les detectan VIH	<input type="checkbox"/>
10. Los lugares donde realizan la prueba son públicos y los pueden ver/juzgar	<input type="checkbox"/>
11. Desconfianza en el tratamiento de datos personales por parte de los que aplican la prueba	<input type="checkbox"/>
12. No quieren que nadie sepa si llegan a tener VIH	<input type="checkbox"/>
13. Pueden ser rechazados por sus amigos	<input type="checkbox"/>
14. Pueden ser rechazados por su familia	<input type="checkbox"/>
15. Su pareja o amigos pueden desconfiar de ellos si asisten	<input type="checkbox"/>
16. Están seguro que su(s) pareja(s) sexual(es) no tiene(n) VIH	<input type="checkbox"/>
17. Hay que esperar mucho tiempo para que les realicen la prueba	<input type="checkbox"/>
18. Consideran que hay cosas más importantes que hacerse la prueba de VIH	<input type="checkbox"/>
19. No se sienten enfermos	<input type="checkbox"/>
20. Porque son jóvenes	<input type="checkbox"/>
21. OTRO ¿Cuál?:	<input type="checkbox"/>

¿Asistirías a una prueba diagnóstica de VIH?

Si  No

¿Qué sugieres para la prevención del VIH dentro de la Universidad Veracruzana?

\_\_\_\_\_

¡GRACIAS POR TU PARTICIPACIÓN!





Anexo 2.

*Guía de validación por expertos para el cuestionario*

**Guía para la validación por expertos del cuestionario**

Estudio de Opinión sobre Representaciones Sociales del VIH y barreras a la prueba diagnóstica por parte de los jóvenes universitarios.

Objetivo general:

Realizar un estudio de opinión sobre Representaciones Sociales del VIH y las barreras hacia la prueba diagnóstica del VIH que presentan los jóvenes universitarios de la Universidad Veracruzana Campus Xalapa.

Objetivos específicos:

- ❖ Identificar la información, las actitudes y el campo de representación (Representaciones Sociales) que tienen los jóvenes acerca del VIH.
- ❖ Identificar las principales barreras hacia la prueba diagnóstica del VIH.
- ❖ Identificar las representaciones sociales y las barreras a la prueba diagnóstica del VIH por área académica de la Universidad Veracruzana.

Por favor, exprese su opinión acerca del cuestionario respondiendo las siguientes preguntas:

1. De acuerdo con los objetivos del proyecto, considera que la extensión del cuestionario es:

<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Excesiva
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

2. De acuerdo con los objetivos del proyecto, considera que el contenido del cuestionario es:

<input type="checkbox"/> Insuficiente	<input type="checkbox"/> Suficiente	<input type="checkbox"/> Excesiva
---------------------------------------	-------------------------------------	-----------------------------------

3. ¿Considera que las dimensiones del cuestionario abarcan los objetivos del proyecto?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
¿Qué haría falta incluir?	
_____	
_____	



4. ¿Considera que la estructura del cuestionario es adecuada para obtener la información solicitada?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Sugerencias: _____ _____ _____

5. ¿Considera adecuado el formato del cuestionario?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
	Sugerencias: _____ _____ _____

6. El lenguaje utilizado en la redacción de las preguntas es:

<input type="checkbox"/> Adecuado	<input type="checkbox"/> Inadecuado
	Sugerencias: _____ _____ _____

7. ¿Tiene alguna otra sugerencia para mejorar el cuestionario?

<input type="checkbox"/> Sí	<input type="checkbox"/> No
Sugerencias: _____ _____ _____	



Anexo 3.

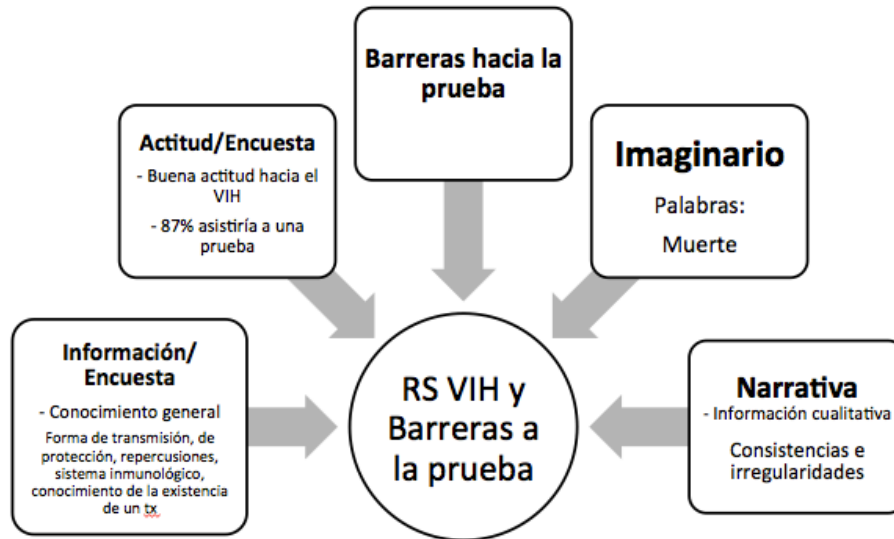
*Guía de entrevista  
profundidad*

Tema	Contenido a indagar
Datos sociodemográficos	Sexo, edad y carrera que cursa dentro de la Universidad Veracruzana
Representaciones Sociales del VIH	Información, conocimientos, ideas, creencias e imágenes acerca del VIH. Interés en el tema, observaciones en el contexto estudiantil y experiencias relacionadas al VIH
Jóvenes y su relación con el VIH	Opinión de amigos, compañeros o comunidad universitaria acerca de la juventud y el VIH. Percepción de riesgo transmisión. Creencias y sentimientos.
Actitud hacia VIH	Valores, sentimientos y actitudes hacia las personas con VIH. Experiencias de aceptación o rechazo a personas con VIH y supuestos o imaginarios de actitud si ellos vivieran con VIH
Asistencia a pruebas rápidas de VIH	Sentimientos y creencias alrededor de la prueba de VIH. Obstáculos para asistir a la prueba, motivos por los que asisten o no. Recomendaciones, sugerencias o propuestas para mejorar la asistencia a pruebas diagnósticas de VIH

Nota: Se puede organizar por categorías si existiera información relevante. Ninguna categoría excluye a otra, todas son incluyentes y permiten que surjan nuevas categorías

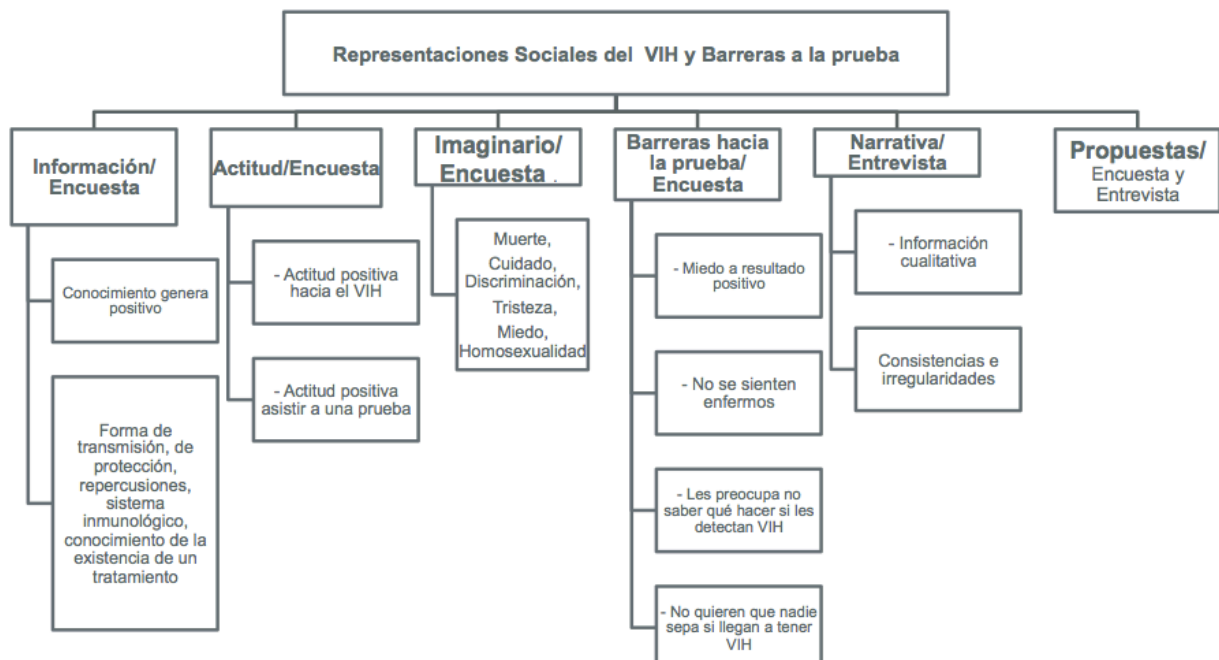
Anexo 4.

Esquema de guía para organización de información



Anexo 5.

Esquema Guía de tesis con resultados

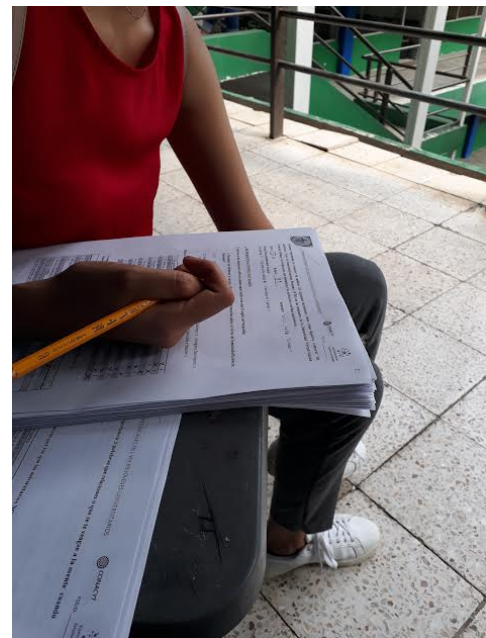


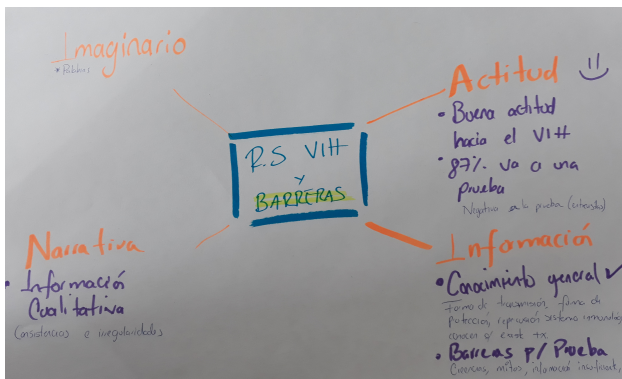
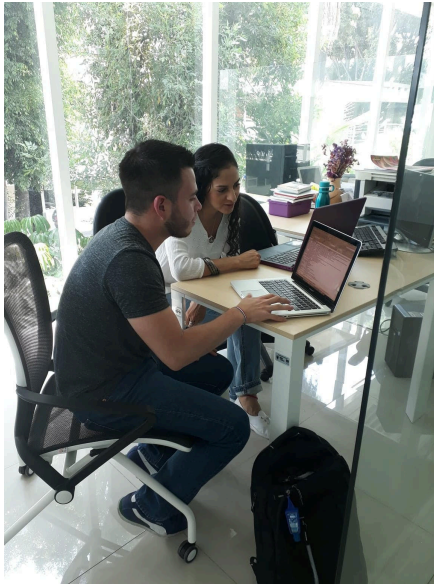




Anexo 6.

*Fotografías de aplicación de cuestionarios y análisis de resultados cuantitativos y cualitativos*





### Anexo 7.

## Cartel: Avances presentados para Experiencia Educativa Minería Social de Datos en Especialización en Estudios de Opinión



### REPRESENTACIONES SOCIALES DEL VIH Y BARRERAS HACIA LA PRUEBA DIAGNÓSTICA EN JÓVENES DE LA UNIVERSIDAD VERACRUZANA: FASE I. ELABORACIÓN DE LA ENCUESTA PARA UN ESTUDIO DE OPINIÓN



Isaac Galindo-Guevara

Especialización en Estudios de Opinión y Análisis, Universidad Veracruzana, Xalapa.

#### ABSTRACT

El presente estudio es la primera fase de una investigación que examina la construcción social dirigida al cuidado de la salud a través de las Representaciones Sociales del VIH y las barreras hacia la prueba diagnóstica que tienen los jóvenes universitarios, con el fin de obtener evidencias sobre la forma en que comprenden e interpretan el fenómeno que influye en su vida social, para promover la elaboración de programas desde la opinión de los jóvenes.

#### INTRODUCCIÓN

En Veracruz hay 16,340 personas contagiadas por VIH, Xalapa es una de las entidades con mayor incidencia por el virus. Teóricamente los jóvenes tienen información suficiente para evitar prácticas sexuales de riesgo y evitar el contagio del VIH, pero ejecutan la conducta y evitan la prueba diagnóstica, lo que constituye una barrera para conocer su estado serológico. Los programas no han evidenciado resultados favorables en la prevención y asistencia para el diagnóstico, por lo que es necesario desarrollar estrategias desde la opinión de los jóvenes. La teoría de las Representaciones Sociales orienta este estudio a través del diseño de una encuesta que mide elementos que conforman las representaciones: información, actitud y campo de representación, elementos asociados al VIH en los jóvenes universitarios.

#### OBJETIVO

Identificar las representaciones sociales del VIH y las barreras hacia la prueba diagnóstica del VIH que presentan los jóvenes de la Universidad Veracruzana Campus Xalapa.

#### MÉTODO

Estudio mixto, transversal y descriptivo realizado a través del diseño y la aplicación de una encuesta que se validó con una guía en la que participaron 3 expertos en el diseño de encuestas (Fig. 3) en la que los expertos evaluaban la pertinencia, el cumplimiento de objetivos, la coherencia y el formato de la encuesta.

#### MUESTRA

Para la aplicación de la encuesta la muestra se seleccionó a través de un muestreo aleatorio simple con 95% de confianza y 5% de error. Obteniendo una muestra de 398 encuestados que se dividió por estratos para obtener el porcentaje de encuestas a aplicar en cada una de las 6 áreas académicas.

#### INSTRUMENTO

Encuesta sobre Representaciones Sociales VIH y barreras a la prueba de VIH (Fig. 1 y Fig. 2). La encuesta consta de 5 apartados: 1. Datos Generales 2. Representaciones Sociales: a) Información, b) Actitud, c) Campo de Representación 3. Prueba de VIH 4. Asistencia 5. Propuesta

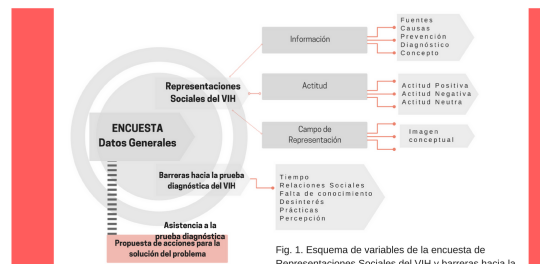


Fig. 1. Esquema de variables de la encuesta de Representaciones Sociales del VIH y barreras hacia la prueba diagnóstica.

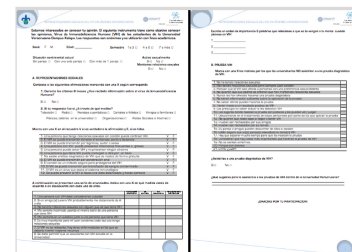


Fig. 2. Encuesta de Representaciones Sociales del VIH y barreras hacia la prueba diagnóstica.

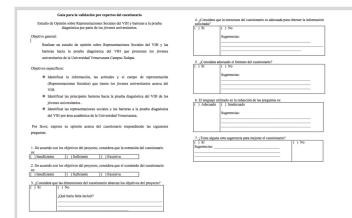


Fig. 3. Guía de validación por expertos de la encuesta

#### Resultados

La encuesta diseñada mide las representaciones sociales con sus tres elementos (información, actitud y campo de representación) y las barreras a la prueba diagnóstica. La encuesta contribuye al objetivo del estudio, la extensión y el contenido fueron calificados como suficientes, la estructura, formato y redacción fueron aprobados por los expertos.

#### Alcances

- Una base para construir y diseñar programas de prevención de VIH para jóvenes universitarios desde la opinión y las necesidades.
- Recolectar datos que permitan el diseño de programas universitarios de VIH especializados por área académica.
- Conocer a través de la opinión de los jóvenes universitarios las Representaciones Sociales hacia el VIH y las barreras hacia la prueba diagnóstica.

#### Rererencias

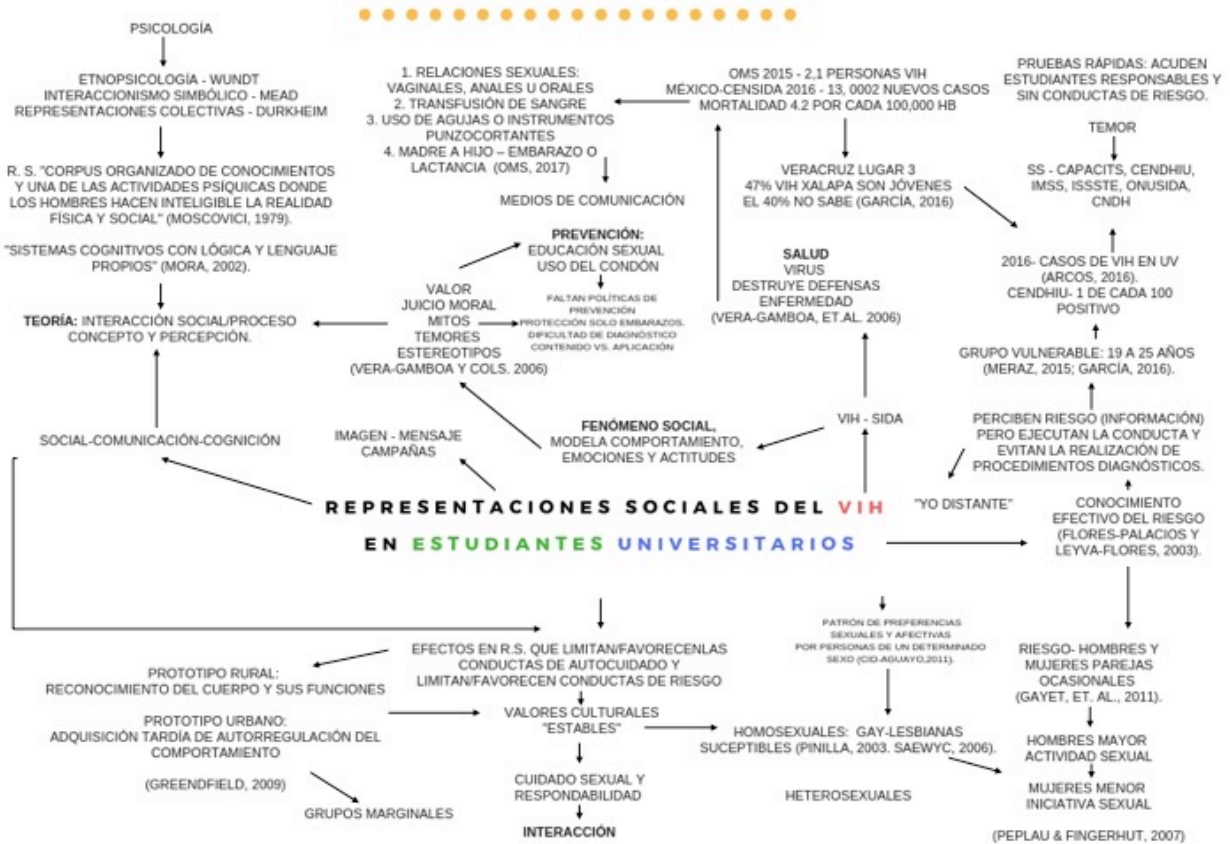
- Araya, A., Bravo, P., Carrasco, P., Urutiu, M., Vega, P., Rubio, M. y Lira, J. (2013). Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomarse el test de ELISA para el diagnóstico del VIH: revisión de la literatura. *Rev Chilena Infectol*, 30 (6), 659-663.
- CEHSIDA (2017). Información de Vigilancia epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México. *Registro Nacional de Casos de SIDA. Actualización al Cierre 2017*, 1-23.
- Flores, F., De Alba, M. (2006). El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental*, 29 (3).
- Flores, F., Leyva, R. (2003). Representación social del SIDA en estudiantes de la Ciudad de México. *Salud Pública de México*, 45 (supl. 5).
- DeBorja, J., de Koker, P., Hamers, F., Fontaine, J., Luchters, S. y Tenmerman, M. (2010). Barriers to HIV testing in Europe: A systematic review. *The European Journal of Public Health*, 20, 422-429.
- Hera, L., Sánchez, F., Cárdena, R. (2006). Conocimientos y percepción de riesgo sobre el SIDA en estudiantes de bachillerato de una universidad pública de Yucatán, México: un abordaje cuantitativo-cualitativo. *Revista Biomédica*, 17, 157-166.



Anexo 8.

Propuesta inicial teórica en esquema de proyecto de investigación

¿CUALES SON LAS REPRESENTACIONES SOCIALES SOBRE EL VIH EN JÓVENES UNIVERSITARIOS QUE FACILITAN LAS PRÁCTICAS SEXUALES DE RIESGO Y LA EVITACIÓN DE EXÁMENES DIAGNÓSTICOS?





Anexo 9.

Matriz de artículos relacionados al tema

Título	Autor(es)	Año	Metodología	Muestra o participantes	Hallazgos
De la representación a la práctica sexual	Triguero, M. Bérgamo, A. Rodrigues, C. Borges, G.	2006	Cualitativa: grupo focal y técnica de asociación libre de palabras	14 estudiantes universitarias entre 19 a 25 años 13 sexoservidor as entre 20 y 31 años	<ul style="list-style-type: none"><li>Las palabras que se asocian a las enfermedades sexualmente transmisibles son: peligro, miedo, irresponsabilidad, dolor, sífilis, sida y descuido.</li><li>Doise (2001) permite situar en dos sistemas esta RS: conductual, como causa directa de contaminación (peligro e irresponsabilidad) y otro como sistema descriptivo en función de tipos específicos de enfermedades o síntomas. Otro elemento diferente indicaría sentimiento negativo.</li><li>Se muestra una actitud positiva hacia el preservativo por parte de las chicas durante las relaciones sexuales.</li></ul>
Impacto del VIH en la Familia: Una aproximación a su Representación Social	Flores, F. Almanza, M. Gómez, A.	2008	Cualitativa: Entrevista semi estructurada	11 personas: 9 mujeres y dos hombres integrantes de familias de 6 personas que viven con VIH	<ul style="list-style-type: none"><li>En el contexto social de las familias aparece la muerte como elemento central de la representación y también el miedo al contagio y la connotación de infección como resultado de una desviación moral</li><li>Las familias viven con sentimiento de vergüenza y miedo al rechazo social y se adaptan a la estigmatización ocultando la enfermedad/manteniendo en silencio</li><li>El proceso protege de prácticas discriminatorias, el</li></ul>



					<p>silencio impide el desarrollo de tensión dialógica en la relación con los grupos sociales, al compartir experiencia con ellos y promover la deconstrucción del conocimiento social que se ha construido</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• En familias: incredulidad, miedo, tristeza, ira, desesperanza</li><li>• No se diferencia VIH y sida, se asocia a la muerte física</li><li>• Intervención psicosocial para la resignificación social</li></ul>
Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España	Morales, A. Espada, J. Orgilés, M	2016	Cuantitativa: Análisis de actitud hacia la prueba y motivos de no haber realizado la prueba	Adolescentes entre 16 y 20 años	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los adolescentes españoles tienen una actitud favorable hacia la prueba</li><li>• Más favorable en mujeres que en hombres</li><li>• Un 5% se mostró en desacuerdo a someterse a la prueba</li><li>• De los sexualmente activos el 11% informaron haberse realizado la prueba de detección de VIH</li><li>• El 27% no había mantenido relaciones sexuales (motivo)</li><li>• Principales motivos fueron: no ser invitado a realizarse la prueba, estar convencido de que no es posible estar infectado y tampoco su pareja, el 25.2% porque usa el preservativo consistentemente en relaciones sexuales</li><li>• un bajo porcentaje de los participantes indicó no haberse sometido a la prueba por tener miedo a un trato diferente en su centro educativo, a perder amigos o familia, por no pagarla, por no esperar a los resultados, para evitar que la opinión de su médico sobre ellos cambie negativamente, y para evitar</li></ul>



					<p>que los sanitarios del centro de salud conozcan su estado serológico</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Diferencias por sexo en los motivos para no hacerse la prueba</li><li>• De acuerdo con la teoría de la acción planeada (Fishbein y Ajzen, 2011), una actitud favorable hacia la prueba es un precursor del comportamiento, que actúa junto a otros factores como el nivel de conocimientos y la percepción del riesgo, además de las barreras específicas asociadas al contexto en el que se realiza la prueba.</li><li>• REVISAR</li></ul>
Barreras percibidas por los usuarios para acceder al test VIH	Vega, P. Araya, A. Urrutia, M. Carrasco, P. Rubio, M.	2015	Cualitativo: Estudio exploratorio descriptivo 30 entrevistas a profundidad a usuarios con serología desconocida (VIH)	30 usuarios	<ul style="list-style-type: none"><li>• 3 dimensiones con sus categorías: Temor por la connotación negativa del examen del VIH, escasa información entregada por el personal de los centros de salud y burocracia en el proceso de toma del examen</li><li>• Barreras determinadas por el temor frente al VIH y lo que se relaciona con este (como el test)</li><li>• Miedo de los participantes a obtener un resultado positivo y falta de información o desconocimiento de los usuarios sobre la disponibilidad de la prueba, la burocracia y la vulnerabilidad frente a la privacidad y confidencialidad de datos</li></ul>
Concepciones culturales del VIH/sida en estudiantes	Lozano, A. Torres, T. Aranda, C.	2008	Cuantitativo		<ul style="list-style-type: none"><li>• En el campo del léxico o sinónimos del concepto VIH/sida fueron: muerte</li><li>• En el apartado de composición el grupo femenino lo relaciona con aspectos biológicos:</li></ul>



<p>adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México</p>					<p>sangre, además destaca el dolor físico y el moral. El grupo masculino refiere palabras como: depresión y dolor</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Otras palabras relacionadas grupo femenino: aspectos biomédicos: sistema inmunológico y de riesgo homosexual, en el grupo masculino: dos grupos en riesgo: promiscuo, trabajadoras sexuales y protección el condón y otra palabra sistema inmunológico</li> <li>• Prácticas grupo femenino: promiscuidad y relaciones sexuales, piercing, tatuaje, transmisión y transfusión de sangre, irresponsabilidad, capacidad de decisión y cuidar la vida</li> <li>• Prácticas grupo hombres: promiscuidad y relaciones sexuales, descuido, no atención, falta de información, contagio, transfusión, irresponsabilidad, engaño, abandono y burlas</li> <li>• Mujeres: arrepentimiento, debilidad, desesperación e impotencia. Antipatía. Hombres: desahuciado, miedo, soledad, suicidio, fin de la vida y terror. Desconfianza, desprecio, discriminación, desamor.</li> <li>• Atributos mujeres: valorar, vida. Incurable, injusticia y sufrimiento. Atributos hombres: feo, infeliz, limitación, mal, mala onda.</li> <li>• Las principales diferencias entre ambos</li> </ul>
--	--	--	--	--	--





					<p>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 hombres que tienen sexo con hombres como un grupo poblacional vulnerable. 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.</p>
<p>Conducta sexual y realización de la prueba del virus de la inmunodeficiencia en jóvenes que están en la universidad en Cuzco (Perú)</p>	<p>Bermúdez, M. Ramiro, M. Teya, I. Ramiro, T. Buela, G.</p>	<p>2017</p>	<p>Cuantitativo: cuestionario conducta sexual</p>	<p>1377 estudiantes</p>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Un mayor porcentaje de varones que de mujeres ha tenido sexo vaginal, anal y oral, un mayor número de parejas sexuales y un inicio a una edad más temprana en el sexo vaginal y oral. Un mayor porcentaje de mujeres que de varones no utilizó el preservativo en la primera relación sexual anal y tenía un mayor índice de riesgo anal. La mayoría de los/las jóvenes no se había realizado nunca la prueba del VIH. El principal motivo para no hacérsela era la seguridad de no estar infectados/as. Parece existir una baja percepción de riesgo frente al VIH en los/las jóvenes a pesar de implicarse en conductas sexuales de riesgo. Es necesaria la realización de</li></ul>



					campañas de prevención dirigidas tanto a la población general como a las poblaciones clave, y considerar especialmente a la juventud.
El sida y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales	Flores, F y De Alba, M.	2006	Mixto	400 estudiantes	<ul style="list-style-type: none"><li>Se encontraron dos ámbitos de interacción en la construcción simbólica del sida: un polo de la representación se encuentra definido por el conocimiento especializado y el otro por un conocimiento de sentido común sobre la enfermedad, particularmente sobre sus formas de contagio y prevención. Existen miedo al contagio, inseguridad, sentimientos de control de la sexualidad y por lo tanto, los jóvenes consideran ciertos componentes de valoración moral particularmente cuando se refieren a observar conductas basadas en relaciones de fidelidad o a la misma abstinencia. Si bien es cierto que los estudiantes consideran que el sida no es una enfermedad exclusiva de hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales continúan pensando que estos son los grupos de mayor riesgo. Por otro lado, los varones entrevistados en esta muestra atribuyen una alta importancia al riesgo de contraer la enfermedad cuando se trata de evaluarla como un problema de salud pública</li></ul>



					<p>que los aqueja. Su segunda preocupación es el consumo de drogas. Para las mujeres la preocupación central está basada en la amenaza de embarazo, lo que demuestra una clara estructura de género referida a su papel como procreadoras de la vida.</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• Se observa que los medios de comunicación, así como las estrategias de información empleadas hasta ahora, han tenido un nivel de influencia aun limitado que no tiene un impacto específico en la representación social de la pandemia que lleve a tomar mayor conciencia respecto a la enfermedad y que induzca comportamientos de protección.</li></ul>
Eventos dispocionales que probabilizan la práctica de conductas de riesgo para el VIH	Piña, J.	2004	Cuantitativo	647 estudiantes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Aquí se hizo evidente que tanto los hombres como las mujeres universitarios siguen practicando diferentes conductas de riesgo para la infección por VIH</li></ul>
Facilitadores y barreras que enfrentan las personas al tomarse el test de ELISA para el diagnóstico del VIH: revisión de	Araya, A. Carrasco, P. Urrutia, M. Vega, P. Rubio, M. Lira, M.	2013	Cualitativo: análisis de contenido	195 articulos	<ul style="list-style-type: none"><li>• De los 195 artículos detectados, 15 cumplieron con los criterios de inclusión y fueron agrupados en dos grandes temas: elementos facilitadores y elementos obstaculizadores de la persona, de los profesionales y de los centros de atención primaria de salud. Percepción de conductas de riesgo, autocuidado,</li></ul>



la literatura					apoyo social, la confianza, confidencialidad del examen, el ofrecimiento del examen y el conocimiento de un tratamiento oportuno han sido reconocidos como uno de los elementos facilitadores para la toma del examen. La falta de información sobre el test y la enfermedad son reconocidas como los principales obstaculizadores para acceder al test.
La oferta de la prueba rápida del VIH en la calle dentro del ámbito universitario o ¿una estrategia prioritaria?	Hoyos, J. et. al.	2011	Cuantitativo	1668 personas	<ul style="list-style-type: none"><li>El 15,7% eran hombres que habían tenido relaciones sexuales con hombres, el 28,6% eran hombres exclusivamente heterosexuales y el 55,7% mujeres. El 73,3% eran menores de 25 años, el 8,5% habían nacido en el extranjero y sólo el 4% no tenía estudios secundarios. En los 12 meses previos, el 51% de los hombres heterosexuales, el 42% de las mujeres y el 6,3% de los hombres que habían tenido sexo con hombres tuvieron una pareja ocasional de distinto sexo sin haber usado siempre el preservativo Un 41,5% de los hombres que habían tenido sexo con hombres refería este tipo de conducta con parejas masculinas. Al 24,7% de los hombres que habían tenido sexo con hombres, al 14,7% de las mujeres y al 5,6% de los hombres heterosexuales les habían diagnosticado alguna ITS.</li></ul>



					<ul style="list-style-type: none"><li>Se encontraron cuatro positivos todos hombres que habían tenido sexo con hombres con prueba en los últimos 2 años, con una prevalencia entre ellos del 1,6% (intervalo de confianza del 95% [IC95%]: 0,43-3,95) y global del 0,2% (IC95%: 0,07-0,62).</li><li>Pese a la alta frecuencia de prácticas de riesgo, la baja prevalencia de la infección y los antecedentes de la prueba hacen pensar que los campus universitarios no son una localización prioritaria para el desarrollo de estos programas, que tendrían un mayor impacto y más eficiencia en otras poblaciones más vulnerables.</li></ul>
Predictores de conductas sexuales de riesgo entre adolescentes	Goncalves, S. Castellá, J. Carlotto, M.	2007	Cuantitativo	389 jóvenes estudiantes	<ul style="list-style-type: none"><li>Se encontró el perfil de los que tienen mayor propensión a la conducta sexual de riesgo: jóvenes varones que tuvieron mayor número de parejas sexuales en el último año, presentaron mayor frecuencia en la consumición de alcohol, menor índice de bienestar psicológico y menor utilización de la estrategia de coping de búsqueda de pertenencia</li></ul>
Prevención de la infección por el virus de la	Mora, R. Alzate, M. Rubiano, Y.	2017			<ul style="list-style-type: none"><li>la prevención del VIH debe avanzar del enfoque asistencialista a políticas que promuevan el</li></ul>



inmunodeficiencia humana (VIH) en Colombia: brechas y realidades					desarrollo humano, social y económico, sin olvidar que la población en general se encuentra en riesgo de adquirir la infección.
Representaciones Sociales del VIH/sida en jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá D.C.: Aportes para la comprensión de sus significados y prácticas	Fonseca, A.	2009	Mixto		<ul style="list-style-type: none"><li>• Los jóvenes tienen un saber científico como único responsable de la lucha contra la epidemia, lo que fomenta una visión pasiva de la comunidad frente a la enfermedad</li><li>• Mantienen escasa claridad sobre su papel como actores en el control de la enfermedad y no logran establecer un empoderamiento claro en su cuidado, reforzado por los significados de juventud como en condición de riesgo</li><li>• Hay un distanciamiento de los jóvenes frente al VIH</li><li>• Hay una relación estrecha de la sexualidad, género y las RS del VIH</li><li>• El estigma como proceso social y su influencia en la subjetividad se vuelve necesario en la atención</li><li>• Escenario escolar en el que se generan los primeros y significativos aprendizajes en torno al VIH (saberes científicos sobre la enfermedad y no sobre el autocuidado y la protección)</li></ul>
Validación de una escala de conocimiento sobre	Espada, J. Guillén, A. Morales, A. Orgilés, M. Sierra, J.	2014	Cuantitativo		<ul style="list-style-type: none"><li>• Cinco factores explicaban el 46% de la varianza total: conocimiento general sobre el VIH, del preservativo como</li></ul>



el VIH y otras infecciones de transmisión sexual en población adolescente					método protector, de las vías de transmisión del VIH, de las medidas de prevención del VIH y sobre otras infecciones de transmisión sexual. La fiabilidad oscila desde 0,66 hasta 0,88. La correlación test-retest fue de 0,59. Existen diferencias de conocimientos en función del sexo.
Concepciones culturales del VIH/sida en jóvenes que son parte de grupos culturales juveniles de Guadalajara, México	Torres, T. Munguía, J.	2012	Antropológico	80 jóvenes	<ul style="list-style-type: none"><li>• Los jóvenes participantes coincidieron en conceptualizar al VIH/sida como una enfermedad producida por un virus, que implica la muerte. Se asoció a la sexualidad, al contacto con grupos de riesgo (hombres que tienen sexo con hombres y trabajadoras sexuales), a la población en general (amigos, pareja, hijos, etc.), al uso de drogas inyectables y al contacto con sangre infectada. La principal forma de protección citada, fue el uso del condón durante las relaciones sexuales.</li><li>• Perciben la muerte por causa de esta enfermedad como algo inevitable. No se consideran parte de los llamados grupos de riesgo: hombres que tienen sexo con hombres, trabajadoras sexuales, consumidores de drogas, etc. Una aparente</li></ul>



					<p>sensación de seguridad ante la enfermedad</p> <ul style="list-style-type: none"><li>• La mayoría tenía tatuajes o perforaciones y la percepción de estas como riesgo fue poco percibido</li><li>• Las mujeres visualizan el contagio por errores u omisiones de su pareja (personas con múltiples parejas, infidelidad, trabajo sexual)</li><li>• Hombres nivel de consenso bajo, pocas dimensiones o agrupamientos de palabras</li><li>• Mujeres destacan aspectos morales (infidelidad, irresponsabilidad, violación). Los hombres: efectos devastadores de la enfermedad.</li></ul>
--	--	--	--	--	---