

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA**



TESIS

**REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL VIH-SIDA EN HOMBRES JÓVENES QUE
TIENEN SEXO CON HOMBRES.**

PRESENTA

PEDRO ALEJANDRO LUÉVANO FLORES

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

SEPTIEMBRE, 2017

**UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO**



**TESIS
REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL VIH-SIDA EN HOMBRES JÓVENES QUE
TIENEN SEXO CON HOMBRES.**

**PRESENTA
PEDRO ALEJANDRO LUÉVANO FLORES**

**COMO REQUISITO PARCIAL PARA OBTENER EL GRADO DE MAESTRÍA
EN CIENCIAS CON ORIENTACIÓN EN PSICOLOGÍA DE LA SALUD**

**DIRECTOR DE TESIS
DR. JOSÉ MORAL DE LA RUBIA**

MONTERREY, NUEVO LEÓN, MÉXICO,

SEPTIEMBRE DE 2017

UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE NUEVO LEÓN
FACULTAD DE PSICOLOGÍA
SUBDIRECCIÓN DE POSGRADO

Maestría en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud

La presente tesis titulada “Representación Social del VIH-Sida en Hombres Jóvenes que tienen Sexo con Hombres” presentada por Pedro Alejandro Luévano Flores ha sido aprobada por el comité de tesis.

Dr. José Moral de la Rubia

Director de tesis

Dr. Javier Álvarez Bermúdez

Revisor de tesis

Dra. Mónica Teresa González Ramírez

Revisor de tesis

Monterrey, Nuevo León, México,

a 29 de septiembre de 2017

DEDICATORIA

A mis padres, Adriana y Alejandro, por su apoyo incondicional.

A mis hermanos, Marcela y Omar por estar ahí siempre. A mis sobrinos Marcelo y Ariel, por alegrar mi vida con su inocencia.

A mi abuela Ernestina, por su amor.

A la memoria de mi abuela Margarita.

A Esteban, Janet, Mauricio y Rolando por su paciencia y ayuda.

A mis amigos, que por motivos de espacio y para no dejar afuera a alguno no enlistaré, por motivarme y estar presentes en las buenas y en las malas durante esta aventura.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco a CONACYT por el apoyo económico brindado sin el cual no hubiera sido posible la realización de mis estudios de posgrado.

Agradezco al Dr. José Moral de la Rubia por su apoyo en la realización de mi proyecto, compartiendo su conocimiento para enriquecerlo.

Un especial agradecimiento a Rubén Maza, de la asociación COMAC, por las facilidades para la recolección de los datos a los usuarios de su centro.

Agradezco a los revisores de mi trabajo: Dra. Mónica González y Dr. Javier Álvarez por el tiempo dedicado a la revisión y enriquecimiento del mismo.

Así mismo agradezco al cuerpo docente de la Maestría en Ciencias con Orientación en Psicología de la Salud, por los aprendizajes dejados en mí durante el tiempo que estuve en sus aulas.

Y finalmente agradezco a la Facultad de Psicología, al área de Posgrado y a todas aquellas personas que trabajan en él y contribuyeron de alguna manera en mi formación (secretarías, prefectura, sistemas, becas, etc.).

RESUMEN

La representación social (RS) son los significados y creencias construidas en los procesos de comunicación social de un objeto significativo en la vida colectiva del grupo. La RS influye en el comportamiento de los miembros del grupo, por lo que conocer la representación social de la infección por VIH en hombres jóvenes que tienen sexo con hombres (HSH) permitiría planear acciones para su prevención. Una entrevista libre y un cuestionario abierto de ocho reactivos se empleó para recabar la información en una muestra incidental de 25 HSH que vivían en el área metropolitana de Monterrey al momento de la entrevista, contactados a través de las redes sociales y de asociaciones civiles. La metodología fue cualitativa con un diseño no experimental de tipo descriptivo donde se empleó el análisis de contenido temático, tablas de frecuencias y porcentajes, el análisis de núcleo central y las tres periferias con base en las medias de frecuencia y representatividad. El núcleo de la representación del sida está constituido por los significados de enfermedad, muerte y consecuencias sociales negativas. Además, se observa que el uso del preservativo está presente en el imaginario de evitar la infección, junto con disminuir la actividad sexual, la abstinencia sexual y evitar relaciones sexuales con personas que parecieran enfermas de sida., Se concluye que la representación social que se tiene del VIH-Sida es el de una enfermedad mortal, causada por un virus (VIH) que se contagia durante el sexo (relaciones sexuales), y que está fuertemente cargada de imágenes y creencias negativas o en relación al miedo al contagio y al rechazo social.

Palabras Claves: Representación Social; Hombres jóvenes que tienen sexo con hombres, VIH-Sida; Conductas sexuales de riesgo, creencias.

ABSTRACT

Social representation (SR) are the meanings and the beliefs created on the social communication processes of a significant object in the collective group life. Social representation affects in the group members behavior, thus to know the HIV infection SR in men who have sex with men (MSM) would permit a plan action for prevention. A free interview and an open questionnaire with eight items was utilized for recollect the information on a 25 young MSM incidental sample who were living in Monterrey's metropolitan area on the interview's moment, data were collected through social network and social associations. A thematic content analysis, percentages and frequencies table, and an analysis of the central core with its three peripheral systems with base in the mean of frequencies and representativeness. The core of the representation of HIV-AIDS is constituted by the meanings of disease, death and negative social consequences. In addition, it is observed that condom use is present in the imaginary of avoiding infection, along with decreasing sexual activity, sexual abstinence and avoiding sexual relations with people who appear to be AIDS patients. It is concluded that social representation concerning HIV-AIDS is about a sexual activity contagious illness and that is strongly burdened with negative image and beliefs or relate with fear of getting infected or to be socially condemned.

Keywords: Social representation, Young men who have sex with men, HIV-AIDS, Sexual risk behaviors, Beliefs.

INDICE

Dedicatoria.....	iv
Agradecimientos.....	v
Resumen.....	vi
Abstract.....	vii
CAPÍTULO I.....	10
INTRODUCCIÓN.....	10
Definición del Problema	13
Justificación de la Investigación	13
Objetivo General	16
Objetivos específicos:.....	16
Hipótesis o Preguntas de investigación	17
Limitaciones y Delimitaciones	17
CAPÍTULO II.....	18
MARCO TEÓRICO.....	18
ANTECEDENTES.....	18
VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA:	19
REPRESENTACIONES SOCIALES:.....	23
Dimensiones de las representaciones sociales: Actitud, la Información y el Campo de la representación	27
Estructura de las representaciones sociales: Núcleo central, Sistemas periféricos y Zona muda.....	28

CAPÍTULO III.....	34
METODO.....	34
PARTICIPANTES	34
APARATOS E INSTRUMENTOS	34
PROCEDIMIENTO.....	35
Diseño utilizado:	35
Recolección de Datos:	35
Análisis de Datos:	36
CAPÍTULO IV	38
RESULTADOS	38
CAPÍTULO V	49
DISCUSION Y CONCLUSIONES.....	49
RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS.....	53
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	54
ANEXOS.....	63
ANEXO 1	64
Tabla 1 Clasificación de los retrovirus	20
Figura 1 Historia Natural de la Enfermedad del VIH	22

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

La pandemia de VIH/SIDA ha estado plagada de estigma y discriminación desde el conocimiento de ésta en las sociedades occidentales en la década de 1980. En el imaginario social pronto fue asociada a homosexualidad y usuarios de drogas, lo que ocasionó una gran presión para estos grupos (Camargo, Bousfield y Wachelke, 2011; Torres López, Reynaldos, Lozano y Munguía, 2010; Moral y Segovia, 2014; Liamputtong, 2015).

Sin embargo, a pesar que ahora se conoce más sobre ella y que los tratamientos farmacológicos la han hecho pasar de una enfermedad mortal a una enfermedad crónica; la infección por VIH/SIDA sigue siendo un problema de salud pública, debido a que las tasas de infección continúan siendo altas, sobre todo en la población joven, ello según datos de la Organización Mundial de la Salud (OMS) en sus informe anual de 2011 y que se mantiene en el informe técnico de 2015.

Tampoco ha sido posible erradicar los imaginarios sociales adversos a ésta (Camargo et al, 2011), a pesar de los avances científicos y las estrategias educativas encaminados a su desestigmatización, aunado a que se han hecho pocos estudios desde una base social que permitan conocer mejor estos

fenómenos (Belton, 2011). De tal manera que en la evolución de la pandemia surgieron diferentes significaciones sociales sobre ella como: muerte; horror; castigo; y vergüenza (Costa T., Oliveira D.C., Formozo G.A. y Gomes A.M.T., 2012).

Aunque en los años 90 del siglo XX hubo una disminución en la tasa de infección de los hombres que tienen sexo con hombres (HSH), en la mayoría de los países occidentales ha habido un repunte en los casos nuevos en este grupo, puesto que entre muchos otros factores, se presenta con frecuencia el sexo desprotegido (sin condón) a pesar de las campañas que lo promueven (Fernández, 2007; Shukla, Agarwal, Singh, Tripathi, Srivastava y Singh, 2016). Según datos de la Organización Panamericana de la Salud (2010) los HSH tienen un 33% mayores probabilidades de infectarse de VIH que la población general. Según el informe técnico de la OMS del 2015 “los HSH jóvenes son más frecuentemente vulnerables que otros HSH a los efectos de la homobia – manifestada en discriminación, acoso escolar, acoso, desaprobación familiar, aislamiento social y violencia- tanto como a criminalización y autoestigmatización”; “lo que lo eleva la posibilidad de que vean involucrados, de manera voluntaria o involuntaria, en comportamientos de riesgo al VIH” (OMS, 2015).

Por lo que los jóvenes HSH siguen siendo el grupo poblacional con mayores casos nuevos (Beyrer, 2011; OMS, 2015), existe una cada vez menor diferencia entre la infección por relaciones homosexuales o bisexuales con

respecto a la infección por relaciones heterosexuales, según datos de la OMS (2011).

El mismo fenómeno es observado en México al observar los datos de CENSIDA (2014). Como los señalan los indicadores oficiales, que muestran que son los HSH la población con mayor prevalencia y riesgo de nuevas infecciones, además que son los jóvenes el grupo que muestra un aumento sostenido de nuevos casos (CENSIDA, 2014).

Esto también es observado en Nuevo León ya que los hombres suman 106 nuevos casos en 2011 contra 23 nuevos casos en mujeres durante ese mismo periodo (CENSIDA, 2011).

Las campañas hacia el VIH/SIDA hacen énfasis en la prevención primaria (informar a la población sobre el síndrome, sus formas de contagio y la práctica de sexo seguro y protegido como medidas de prevención) (Estrada en Fonseca, 2009). La educación entonces debería de redefinir sus objetivos, estrategias y metas, asumiendo el papel preponderante que tiene en los cambios sociales con respecto a la detención de la epidemia (Araújo y Menicucci, 2008).

Sin embargo, el mantenimiento de la población HSH, tanto si se denominan a sí mismos como homosexuales, bisexuales o no, como el grupo más afectado por esta infección indica que las medidas adoptadas hasta la fecha no han sido suficientes y sugieren que deben incluirse otras variables en los estudios para obtener evidencia sobre como intervienen para que en sus

prácticas sexuales habituales no empleen medidas de prevención (sexo seguro y/o protegido)(CDC, 2010); además del inicio temprano de la vida sexual tanto en la población general como en los HSH y la mayor cantidad de parejas por año (PROFAMILIA en Fonseca, 2009).

Definición del Problema

Para Apostolidis y Dany (2012) “La observación de las representaciones sociales aplicadas a la construcción social del riesgo invita a tomar en consideración la doble naturaleza de la cognición (producto/procesos)” entonces si partimos que “se considera el VIH/SIDA como una condición médica, pero también como un fenómeno social que se encuentra caracterizado por diversos comportamientos, creencias y sentimientos influidos en gran medida por el entorno cultural” (Cantú-Guzmán , Álvarez, Torres-López y Martínez-Sulvarán (2012), podemos plantear:

¿Qué representación social de la infección por VIH tienen los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres?

Justificación de la Investigación

La epidemia del VIH en nuestro país y en el mundo es un problema que rebasa el ámbito de la salud pública al converger con factores psicológicos,

sociales, éticos, económicos, políticos; y de derechos humanos, entre otros. (CENSIDA, 2012) por lo que el abordaje del VIH/SIDA desde la investigación cualitativa pudiera aparecer como ventajosa para entender el conocimiento compartido que los individuos hacen acerca de esta enfermedad, esto es, estudiarla desde la realidad del sujeto, no del investigador (Saavedra y Castro, 2007), argumentar el abordaje de paradigmas científicos en RS (quien ha estudiado el tema, como, desde que elemento teórico dentro RS desde que metodología) utilizando la teoría de las representaciones sociales mediante metodología del análisis del discurso, aplicando entrevistas a profundidad para acceder a las representaciones de las personas (Alfonso, 2007) al igual que se puede acceder a la subjetividad y de cierta manera objetivarla para su estudio (González Rey, 2008).

Se han realizado investigaciones para identificar diferentes elementos relacionados con las dimensiones del VIH/SIDA y como diversos grupos sociales lidian con ello (Oliveira y da Costa, 2007). Algunas de ellas es con la teoría de las representaciones sociales, ya que en ésta se puede analizar cuales factores sociales tienen impacto en los procesos de elaboración juicios así como para el objeto de la representación (Jodelet, 2011). Esto hace que pueda operacionalizarse puesto que permite entender la realidad, a través de la representación que se hace de ésta por los grupos y la cultura establecida, aislando los productos generados por ellos de la influencia externa (Camargo et al, 2011).

La teoría de las representaciones sociales ha sido aplicada en importantes aproximaciones teórico-prácticas de la psicología de la salud (Wallig y Souza, 2007) ya que en la teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici, se pueden trabajar aspectos cognitivos y emocionales desde la investigación cualitativa, para abordar el estudio del VIH/SIDA en psicología de la salud; a través de las entrevistas a profundidad se puede acceder al conocimiento de cómo los sujetos interiorizan la información recibida por el ambiente social y por los programas preventivos, como son construidas sus representaciones mentales acerca de la enfermedad (Chávez y Álvarez, 2012). Esta teoría reconoce la interacción dinámica entre el individuo y las fuerzas sociales que actúan constantemente para la integración de conocimientos nuevos o controversiales, por lo que es ideal para el trabajo con el VIH/SIDA y el impacto social que tiene sobre las comunidades y su salud (Belton, 2011)

Las acciones de prevención deben ser enfocadas al grupo poblacional al que va dirigido, además de tomar en cuenta las características socioculturales y económicas y educativas de éstos, por lo que la generalización de los programas puede resultar poco efectivo (García González, 2008). Asimismo puesto que el imaginario social en México sigue asociando esta infección a promiscuidad y homosexualidad (Torres López et al, 2011), las campañas podría enfocarse a disminuir la asociación entre ellas y el VIH/SIDA.

Esta panorámica nos indica que debe hacerse más investigación sobre ello puesto que a pesar que las políticas de salud con respecto al VIH/SIDA han

sido enfocados al sexo masculino, éste sigue presentando una incidencia alta de nuevos casos.

La representación social, a decir de Mora (2002) “esboza un planteamiento metodológico interesante y renovador dentro del análisis del sentido común y de lo cotidiano, podrá valorarse como una explicación útil en el estudio de la construcción social de la realidad”.

Objetivo General

Conocer la representación social de la infección de VIH entre hombres jóvenes que tienen sexo con hombres.

Objetivos específicos:

1. Conocer las imágenes y creencias sobre la enfermedad y curso de la infección por VIH.
2. Conocer las imágenes y creencias sobre los factores de riesgo de infección de VIH.
3. Conocer las imágenes y creencias sobre los factores de protección contra la infección de VIH.

Pregunta de investigación

¿Qué representación social de la infección por VIH tienen los hombres jóvenes que tienen sexo con hombres?

Limitaciones y Delimitaciones

Limitaciones.

Al emplearse una muestra no probabilística los resultados de esta investigación deben manejarse como hipótesis aplicables a la población de hombres jóvenes que tienen sexo con hombres que viven en Monterrey.

Los resultados proceden de una metodología cualitativa que explora la subjetividad, así que puede diferir de otros obtenidos por medio de escalas autoaplicadas o escalas observacionales centradas en la conducta públicamente observable.

Los datos son obtenidos por un encuestador de sexo masculino. Se desconoce el efecto de género en las respuestas dadas.

Delimitaciones:

Por las implicaciones a nivel de discriminación y estigmatización del tema abordado y la población objeto de estudio se dificulta el acceso a la misma y que den respuesta a las preguntas formuladas.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

ANTECEDENTES

El VIH/SIDA es una problemática del tipo social dada su naturaleza y dimensión, que modelan el imaginario social y originan cambios en la representación que de ella se ha hecho y en el comportamiento social (Flores Palacios y Leyva Flores, 2003). Realizar estudios a partir de la representación de un objeto social permite reconocer las formas y los procesos de cómo se constituye el pensamiento social, por conducto del cual las personas erigen y son construidas por la realidad social (Araya, 2002).

Mientras que la historia de la epidemia por VIH/SIDA en México se remonta al primer caso diagnosticado en el año de 1983, a partir de ahí los casos registrados oficialmente sitúan a nuestro país como el segundo lugar en América Latina por número de personas que viven con la infección. Aunque el grupo de edad más afectado sigue siendo el adulto entre 25 y 44 años, ha habido una disminución en la tasa de infección en este grupo, y el grupo de edad entre 15 y 24 años ha tenido un aumento sostenido en el número de nuevos casos (CENSIDA, 2010). Esto significa que los jóvenes son el grupo más vulnerable actualmente. Y dentro de este grupo, los HSH son donde la epidemia se encuentra concentrada.

Definiendo el término de Hombres que tienen sexo con hombres (HSH) se utiliza para indicar a aquellos hombres que mantienen contacto sexual con personas de su mismo sexo independientemente de la identidad sexual asumida. (ICASO, 2007).

Por lo que definir el significado de juventud es básico para proseguir, utilizaremos la que el diccionario de la Real Academia de la Lengua Española (RAE, 2001) establece: “edad que se sitúa entre la infancia y la edad adulta”; para ser más precisos utilizaremos rangos de edad por lo que referiremos al Instituto Mexicano de la Juventud (SEP e IMJUVE, 2008) que sitúa a la juventud en los rangos de edad entre 12 y 29 años, mientras que para las Naciones Unidas la juventud comprende entre los 15 y 29 años (Mauras, 2008). Dado que los rangos de edad son muy similares se utilizará el dato de la ONU en el presente trabajo.

VIRUS DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA:

Definiendo al virus de inmunodeficiencia humana (VIH) como un retrovirus que ataca al sistema inmunitario, y que es causante del síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), cuando las células CD4 se encuentran significativamente reducidas y entonces el organismo se vuelve propenso a adquirir las llamadas infecciones oportunistas y algunos tipos específicos de cáncer (Departamento de Salud del Gobierno de Puerto Rico, 2007, Levy, 2008, ONUSIDA, 2008).

Clasificación y composición molecular.

La familia Retroviridae posee una enzima llamada transcriptasa reversa, e incluye 7 géneros identificados, en 2 subfamilias: Orthoretrovirinae y Spumaretrovirinae. Hasta el momento hay dos de los géneros que están asociadas a enfermedad en el humano: Lentivirus y Retrovirus BLV-HTLV. (Vázquez, 2013) (Tabla 1)

FAMILIA	GÉNERO	VIRUS
Retroviridae	Lentivirus	VIH-1, VIH-2
	Retrovirus BLV-HTLV	HTLV-1, HTLV-2

Tabla 1 Clasificación de los retrovirus

Mecanismos de transmisión

El VIH se puede transmitir por tres vías (Vázquez, 2013):

- 1) Transmisión sexual: Exposición directa a secreciones (semen, líquido preseminal, secreciones vaginales) de personas infectadas.
- 2) Transmisión sanguínea: Exposición a sangre o sus derivados (transfusiones, trasplantes o parenteral) de personas infectadas.

3) Transmisión perinatal: transmisión vertical durante el embarazo, durante el parto o durante la lactancia.

Historia Natural de la Enfermedad

Una vez que la persona ha estado expuesta al virus la infección primaria puede tardar hasta 12 semanas en aparecer algunos síntomas inespecíficos parecidos al resfriado común (fiebre, fatiga, dolor de cabeza, crecimiento de nodos linfáticos, etc.), llamados síndrome retroviral agudo. Sin embargo, no todos las personas presentan esta sintomatología; y estos duran solo unos cuantos días. Pasando esto, el organismo entra en un segundo periodo llamado infección crónica, en la cual el organismo poco a poco se va debilitando. Este periodo puede durar entre 5 y 15 años. En estos dos primeros momentos hablamos de una infección asintomática, fase de latencia o subclínica.

Cuando el sistema inmune de la persona infectada ha sido debilitado de tal manera importante, entonces empiezan a presentarse los primeros síntomas de enfermedades oportunistas; con ello se dice que se encuentra en la fase clínica (SIDA). (Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA/ITS, 2010; Secretaría Seccional de Salud y Protección Social). (Figura 1)

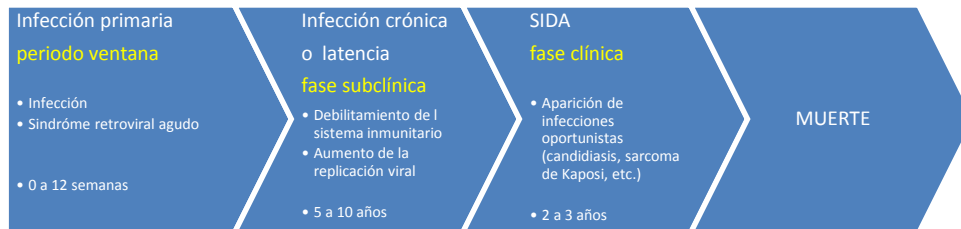


Figura 1 Historia Natural de la Enfermedad del VIH

Diagnóstico

El diagnóstico de la infección por VIH puede realizarse mediante dos pruebas clínicas, (Vázquez, 2013; Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA/ITS, 2010; Secretaría Seccional de Salud y Protección Social):

- 1) Pruebas de tamizaje: Son pruebas que presentan alta sensibilidad y buena especificidad, son la primera opción en individuos con sospecha de infección. Algunos ejemplos son: ELISA y las pruebas rápidas.
- 2) Pruebas confirmatorias: Son pruebas que se realizan una vez que se ha tenido un resultado afirmativo en las pruebas de tamizaje. Tienen buena sensibilidad y excelente especificidad. La prueba más utilizada de este grupo es la llamada Western Blot.

3) Pruebas complementarias: Una vez que existe un resultado confirmatorio se realizan pruebas que permiten predecir la progresión en la enfermedad (carga viral) y valorar el sistema inmunitario (cuenta de linfocitos CD4).

REPRESENTACIONES SOCIALES:

La teoría de las Representaciones sociales fue propuesta por Serge Moscovici en la década de 1960 (Araya, 2002); retomando los trabajos de Durkheim que señalaban la diferencia entre representaciones individuales y representaciones colectivas. Donde las representaciones colectivas no podían ser reducidas a lo individual, ya que la conciencia colectiva puede ser visualizada en los mitos, religión, creencias y demás productos colectivos, trascendiendo lo individual (Mora, 2002; Torres-López, Munguía-Cortés, Aranda-Beltrán y Salazar-Estrada, 2015). Moscovici no habla de mente colectiva, sino de procesos de comunicación social verticales (gobierno, medios de comunicación. escuela, iglesia) y horizontales (entre ciudadanos) (Sammut, Andreouli, Gaskell y Valsiner, 2015).

Moscovici propone las representaciones sociales como una alternativa de la psicología social a las propuestas teóricas de la psicología cognitiva, dominante en esa época, para traer de vuelta a la psicología social al campo psicológico del que se había alejado (García González, 2008).

Moscovici (en García González, 2008) describe así a la representación social:

La representación social es una modalidad particular del conocimiento, cuya función es la elaboración de los comportamientos y la comunicación entre los individuos. La representación es un corpus organizado de conocimientos y una de las actividades psíquicas gracias a las cuales los hombres hacen intelegible la realidad física y social, se integran en un grupo o en una relación cotidiana de intercambios, liberan los poderes de su imaginación (197-198).

La representación está constituida por conocimientos, creencias, opiniones y actitudes dadas a un objeto (Abric en Lahlous y Abric, 2011) entonces las representaciones social pretenden entender la interacción del individuo con su grupo y como interioriza esto. Esta idea parte entonces que el pensamiento no es producto de un individuo aislado, sino que se construye a partir de los otros y el contexto en el que se desenvuelve, tomando como referencias las normas y valores culturalmente establecidos (Fieulaine, 2003).

Para Piña (2004) citado en Piñero (2018) la representación social constituye una forma de pensamiento social, pero diferente de otras estructuras sociales tales como la ciencias, el mito o la ideología, aunque mencionando que puede existir una relación entre la representación social y éstas.

La comprensión de las representaciones sociales podría resultar importante para lograr la modificación de prácticas sociales lo cual podría

repercutir en la forma en cómo se visualiza el VIH/SIDA (Cardona-Arias, 2010; Bran-Piedrahita, Palacios-Moya, Posada-Zapata y Bermúdez-Román, 2017) y las medidas de prevención que los sujetos puedan realizar, ya que permite conocer más a fondo el fenómeno de estudio (Camargo y Bousfield, 2009; Robles-Aguirre, 2016).

Así, se presenta al sujeto como un ser a la vez individual y social, que convergen precisamente en las representaciones (Jodelet, 2008). Moral y Ortega (2009) indican que el estudio de las representaciones sociales distingue los siguientes aspectos como son los semántico-informativo, valorativo-actitudinal y normativo; ya que “en el proceso de representar, se construyen categorías por medio de las cuales se clasifican los objetos y organizan los elementos de su comprensión, así como creencias y expectativas que los preceden o anticipan” (Rangel, 2009).

Un elemento importante de la comunicación en los grupos ya que son estas creencias las que permiten una clasificación, explicación y evaluación del objeto social por parte de la RS, a partir de un discurso y creencias de sentido común, compartido por la colectividad, que sustentará la realidad social del sujeto (Vázquez-Mejía, 2013).

Las representaciones sociales al SIDA hacen referencia a los conocimientos originados socialmente, además que es compartido y utilizado por los miembros de esta sociedad, sirven como patrones de las expresiones

sociales que esta enfermedad suscita como fenómeno (Cantú- Guzmán et al., 2012).

Partiendo de que se considera a la patología como confluencia discursiva sobre la cual se configura lo llamado normal sobre lo patológico o enfermo, de lo permitido y de lo sancionado; y por ello mismo, la enfermedad es cargada de significados que atan la percepción, el actuar y la intervención sobre ella (Passerino, 2012).

Las representaciones sociales entonces sirven como organizadores cognitivos que permiten procesar la información del exterior y sirven como guía de las conductas del sujeto (Madariaga, 1996).

La aparición de una representación social está determinada por los momentos de crisis y conflictos, y para Moscovici (citado en Roca, 2007) hay tres condiciones que permitirán su formación: a) la dispersión de la información, b) la focalización del sujeto individual y colectivo y c) la presión a la inferencia del objeto social definido:

- a) Roca (2007) y Saquilán (2005) indican que Moscovici (1979) describe a la dispersión de la información como: “Los datos de que disponen la mayor parte de las personas para responder a una pregunta, para formar una idea a propósito de un objeto preciso, son generalmente, a la vez, insuficientes y superabundantes”.

b) La focalización hace referencia a “al grado de implicación o de interés que tiene un objeto dentro de cada grupo social. Mientras mayor relevancia tenga un objeto, mayor será la presión, la inferencia” (Saquilán, 2005)

c) Mientras que la presión de la inferencia se refiere a que tanto el sujeto individual como el grupo social se ven presionados a tomar puntos de vista, posicionamientos u opiniones definidas, si quieren formar parte de conversaciones sobre eventos u objetos que en ese momento se está focalizando (Roca, 2007; Saquilán, 2005).

Dimensiones de las representaciones sociales: Actitud, la Información y el Campo de la representación

Las representaciones sociales pueden ser analizadas con base en dimensiones, esto con la finalidad de una mejor comprensión: la actitud, la información y el campo de la representación (Mora, 2002):

a) La actitud, como una dimensión de la representación, a decir de Rangel (2009) se refiere a las sujeciones que se crean en torno al objeto, convirtiendo las elecciones, experiencias y valores que le son socialmente atribuidos. Entonces, “la actitud constituye la dimensión evaluativa en que se formulan juicio de valor sobre el objeto” (ídem).

b) La dimensión de la información señala Roca (2007) se refiere a la disposición de los conocimientos tenidos por un grupo sobre cierto objeto social o fenómeno.

c) Mientras que en la dimensión llamada campo de la representación, Mora (2002) indica que “expresa la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior del mismo grupo”.

Estructura de las representaciones sociales: Núcleo central, Sistemas periféricos y Zona muda.

La representación social desde una perspectiva estructural establece que éstas están compuestas por un núcleo central que asume la organización de los elementos normativos de la representación y un sistema periférico que se encarga de adaptar a ésta al contexto particular que se le presente al sujeto (Parales y Vizcaíno, 2007; Vergara, 2009; . Vidarte y Kelly, 2017).

En palabras de Abric (2001) mencionado por Salamanca, Vander y Frenay (2012):

La teoría del núcleo central considera una representación social como un conjunto de información organizado y estructurado que constituye un sistema socio-cognitivo particular compuesto por

dos subsistemas en interacción: un sistema central y otro periférico.

Es el núcleo central quién dará consistencia, permanencia y el significado a la representación, por lo que su modificación provocará una transformación total de la representación. Lo esencial del núcleo central de la representación es que está constituido por los valores asociados al objeto representado. (Antunes, 2012). El elemento central permite a los individuos delimitar el objeto de la representación partiendo de los términos comunes, que aunque con la apariencia de consenso, susceptible de poder ser interpretado de maneras diversas según los contextos y experiencias individuales (Rodríguez Salazar, 2007).

De acuerdo con Moliner (1994) mencionado por Wachelke (2010) los núcleos o elementos centrales poseen dos propiedades bien diferenciadas entre sí: el valor simbólico del objeto social, indispensable para mantener la identidad del objeto. Mientras que la segunda propiedad corresponde al poder asociativo del elemento central, esto es cómo puede ser asociado con otros elementos estructurales (elementos periféricos). Mientras que los elementos periféricos permitirán la diferenciación e individualización de la representación (Antunes, 2012)

Por medio de las representaciones sociales se observó un nuevo fenómeno llamado “zona muda” que se aplica en fenómenos sensibles, fuertemente marcado por valores y normas sociales, como el VIH/SIDA (Oliveira

y Costa, 2007). Esta “zona muda” no es sino elementos de la representación que son contra-normativos y que deben ser ocultados, que no pueden ser expresados públicamente. (Antunes, 2012).

Al respecto Abric (2003) mencionado por Antunez (2012) dice que “la zona muda está determinada por la importancia de las características de una determinada situación, y cuanto más fuerte sean las normas sociales de esta situación, mayor es el riesgo de existir una zona muda”.

Tanto la zona muda como el núcleo central y los elementos periféricos pueden ser explicados mediante esta teoría propuesta por Abric, ya que se enfoca en el proceso de objetivación que se pone en evidencia por los contenidos de mayor frecuencia, pero también considerando como fueron jerarquizados por los sujetos para poder plantear los organizadores de sentido (Carletti, 2011).

Para poder identificar al núcleo central y los elementos periféricos se utilizan técnicas cualitativas y cuantitativas, que permiten explicar un fenómeno tan complejo que combina datos de manera colectiva con aspectos individualizados (Carletti, 2011).

Puesto que “las representaciones sociales no sólo orientan la acción, sino que también sirven para justificarla” a decir de Valencia y Elejabarrieta (1994) citados por Rodríguez-Salazar (2011), también comenta que “constituyen articulaciones de sentido relacionadas a los demás” y son también “representaciones dramáticas” que buscarán crear una imagen positiva del sí mismo en el grupo social del contexto específico que sirve de referente. Esto

ya mencionado por Strauss en el 2002 y retomado por Martínez-González (2011) donde se indica que es necesario un trabajo exhaustivo para poder determinar porqué algunas ideologías, discursos y símbolos dominantes se vuelven referentes obligados en los actores sociales, mientras que otros sólo son apariencias, lo que se muestra, pues son ignoradas en sus universos privadas.

La imagen que se formará del objeto, dentro de la representación social, en el núcleo central estará plagada de “visiones estereotípicas acerca de dichos objetos” (Buel dos santos, Scarparo, Calvo-Hernández, Sebastián-Herranz & Blanco, 2013), puesto que la RS se formará a partir de significados comunes, históricos, tradiciones, realidades compartidas por los grupos de referencia (Buel dos santos et al., 2013).

Así mismo, la imagen suele utilizarse como sinónimo de representación social, sin embargo, como bien lo explica Vázquez-Mejía (2013):

La representación no es un mero reflejo del mundo exterior, una huella impresa, estática y anclada en la mente; no es una reproducción pasiva del exterior en el interior. Las representaciones condensan imágenes con un sinnúmero de significados; sistemas interpretativos que dan sentido a lo inesperado; categorías para clasificar circunstancias, fenómenos e individuos; teorías que explican la realidad cotidiana. Conocimiento de sentido común, que se construye a

partir de experiencias, informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento recibidos y transmitidos a través de la tradición, la educación y la comunicación social, entre otros (párrafo 9).

Entonces la imagen, no es sinónimo de RS sino la concreción que de un concepto (abstracto), el sujeto hace de éste, esto es la construcción de una nueva representación social del objeto.

Pero la representación social se construye a partir de dos procesos, uno de ellos llamado objetivación, que es “aquel proceso a través del cual llevamos imágenes concretas que nos permiten comprender mejor lo que se quiere decir, aquellos conceptos que aparecen de manera abstracta” (Alvarado, Hernández y Muñoz, 2011), relativo a la imagen, a los símbolos, aquí es donde se construye el núcleo central o figurativo de la representación (Viveros, 1993); y otro llamado anclaje, el cual “es el proceso que busca insertar las nuevas nociones en la red de conceptos previos, lo que determina, en última instancia el sentido del objeto de representación” (González-Pérez, s/f), esto es, apoyándose de lo que el sujeto ya posee, ideologías, creencias, imágenes, etc.

A través de la diada Salud-Enfermedad se puede acceder a la imagen que de sí misma tiene la sociedad, puesto que se puede observar cómo se conciben muchos procesos implicados, por ejemplo, los conceptos médicos de ambas y la forma en que a través de la objetivación y del anclaje, se construye la representación social, que no

explica los nociones desde lo individual, sino desde lo colectivo (Viveros, 1993; Betancur, Restrepo-Ochoa, Henao, Arboleda y Rodríguez, 2014).

Esto se puede explicar a través del modelo sociodinámico de la RS, pues asigna una doble función a la representación una que permite al individuo posicionarse dentro de un marco de referencia común, sin embargo, el sujeto puede a su vez mostrar discrepancias con la colectividad debido a las relaciones entre los miembros de esta, mientras que los puntos de convergencias entre los individuos de este mismo grupo se pueden situar a nivel del proceso de anclaje (Rateau y Monaco, 2013) esto es a través del sistema de creencias, de las ideologías, socialmente compartidas.

CAPÍTULO III

METODO

PARTICIPANTES

Se empleó una muestra no probabilística por conveniencia que consta de 25 participantes hombres que tienen sexo con hombres, en un rango de edad de 18 a 29 años que vivían en el área metropolitana de la ciudad de Monterrey al momento de la aplicación.

APARATOS E INSTRUMENTOS

El instrumento incluye una ficha de identificación, un test de asociación libre (consta de 3 reactivos: ¿Qué palabras se te vienen a la mente al escuchar la palabra SIDA?, ordénalas según la importancia que tengan para ti en relación al SIDA y Señala la palabra opuesta según las ordenaste antes y define cada una de ellas) y un cuestionario abierto con 8 preguntas: ¿Cómo supiste de la existencia del SIDA?, ¿Es lo mismo VIH que SIDA?, ¿Qué significaría para ti ser VIH positivo?, ¿Cómo se contagia la gente de VIH?, ¿Cuál es tu mayor temor en caso que fueras VIH positivo?, ¿Afecta tu vida sexual la existencia del VIH/SIDA?, ¿Qué estás haciendo para evitar contagiarte por VIH) y ¿Cómo te

imaginas que viven las personas infectadas con VIH?) que será contestado a mano o de manera electrónica, en esta opción puede ser cara a cara o enviándola vía correo electrónico.

PROCEDIMIENTO

Diseño utilizado:

Estudio cualitativo con un diseño no experimental transversal descriptivo.

Recolección de Datos:

Se reclutó una muestra de conveniencia de 25 participantes a través de redes sociales (Facebook y Grindr) y de una organización no gubernamentales (Comunidad Metropolitana, A.C. [COMAC]), entre enero y julio de 2013.

Los participantes contestaron a mano o de manera electrónica un cuestionario que fue enviado por vía de correo electrónico (para los participantes reclutados a través de Facebook y Grindr) o entregado y recogido en mano (para los recabados a través de COMAC).

Se solicitó el consentimiento informado (sin firma), garantizándose la confidencialidad de la información, el anonimato y la disposición a resolver cualquier duda. Para tal fin se proporcionó la adscripción institucional y correo electrónico de los responsables del estudio. No se solicitó datos personales de identificación ni información sobre el estatus serológico al VIH.

Análisis de Datos:

A las entrevistas se les realizó:

- Análisis de contenido temático.
- Tabla de frecuencias y porcentajes.
- Análisis de núcleo central y de las 3 periferias con base en las

medidas de frecuencia y representatividad: Se puede determinar desde la prueba de asociación libre (por ejemplo con un máximo de diez palabras asociadas). A las palabras asociadas a la palabra estímulo se las denomina palabras definidoras. Para cada palabra definidora se calcula su frecuencia (número de veces que aparece en la muestra) y su orden de representatividad medio. A cada palabra definidora se le otorga un valor ordinal de 10 (número máximo de palabras asociadas a la palabra estímulo) cuando dicha palabra definidora fue ordenada por el participante en primer lugar de representatividad, 9 en segundo lugar, 8 en tercer lugar, 7 en cuarto lugar, 6 en quinto lugar, 5 en sexto, 4 en séptimo, 3 en octavo, 2 en noveno y 1 en décimo. Al sumar estos valores en la muestra y dividir la suma por el número de número sumados, se obtiene el orden de representatividad medio de cada palabra definidora (Moral & Ortega, 2010). Esta media varía de 10 (alta representatividad) a 1 (baja representatividad). De este modo, se sigue la recomendación de Abric (2003) de analizar las palabras por el orden de representatividad asignada en vez de orden de asociación libre.

A continuación se obtienen la media aritmética de las frecuencias de las palabras definidoras y de los órdenes de representatividad medios para definir las palabras definidoras de baja frecuencia u orden de representatividad (\leq media aritmética) y de alta frecuencia u orden de representatividad ($>$ media aritmética).

El núcleo central de la representación viene definido por las palabras definidoras de frecuencia alta ($>$ media aritmética de las frecuencias de las categorías definidoras) y orden de representatividad alto ($>$ media aritmética de los órdenes de representatividad medios de las categorías definidoras). La primera periferia está formada por las palabras definidoras de frecuencia alta y orden de representatividad bajo (\leq media aritmética de los órdenes de representatividad medios). La segunda periferia por las palabras definidoras de frecuencia baja (\leq media aritmética de las frecuencias) y orden de representatividad alto. Finalmente, la tercera por las palabras definidoras de frecuencia y orden de representatividad bajos (Abric, 1993; Vergès, 1994). Los procedimientos estadísticos se llevaron al cabo con el programa Microsoft Excel 2013

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Entre los 25 HSH que integraron la muestra, el rango de edad varió de 18 a 29 años con una media de 22.12 y una desviación estándar de 2.89. El rango de años de escolaridad varió de 10 a 16, con una media de 12.75 años y una desviación estándar de 2.13.

El núcleo central y las tres periferias de la presentación del SIDA se determinaron desde las medias de frecuencia y representatividad de las palabras asociadas (palabras definidoras) a la palabra estímulo (SIDA). Para cada palabra definidora se calculó su frecuencia de asociación (FA) y su orden de representatividad medio (ORM). A cada palabra definidora se le otorgó un valor ordinal de 10 (número máximo de palabras asociadas a la palabra estímulo) cuando dicha palabra definidora fue ordenada por el participante en primer lugar de representatividad, 9 en segundo lugar, 8 en tercer lugar, 7 en cuarto lugar, 6 en quinto lugar, 5 en sexto, 4 en séptimo, 3 en octavo, 2 en noveno y 1 en décimo. Al sumar estos valores en la muestra y dividir la suma por el número de valores sumados, se obtuvo el ORM de cada palabra definidora. De este modo, el ORM varió de 10 (la representatividad más alta) a 1 (la representatividad más baja).

La media aritmética de FA de las 68 palabras definidoras en las 140 asociaciones fue 2.059 y la del ORM fue 7.117. El núcleo central de la representación se definió por las palabras definidoras con FA alta (> 2) y ORM alto (> 7.11). La primera periferia estuvo formada por las palabras definidoras de FA alta (> 2) y ORM bajo (≤ 2). La segunda periferia por las palabras definidoras de FA baja (≤ 7.11) y ORM alto (> 7.11). Finalmente, la tercera por las palabras definidoras de FA y ORM bajos. En la Tabla 1, se muestra el núcleo central y las tres periferias.

TABLA 1. Representación del SIDA desde la prueba de asociación libre

F	Palabra definidora	FA (%)	OR M	Palabra definidora	FA (%)	OR M
A	RM > 7.11			RM ≤ 7.11		
	Núcleo central			Primera periferia		
	<i>Enfermedad</i>	17(12.1)	8.47	<i>Muerte</i>	19(13.6)	6.68
	<i>Virus</i>	10(7.1)	7.8	<i>Tristeza</i>	3(2.1)	6.67
	<i>Infección</i>	6(4.3)	8.5	<i>Tratamiento</i>	3(2.1)	6.67
>	<i>Sexo</i>	6(4.3)	7.33			
2	<i>Contagio</i>	3(2.1)	9.33			
	<i>Discriminación</i>	3(2.1)	8.33			
	<i>Problemas</i>	3(2.1)	8.33			
	<i>Familia</i>	3(2.1)	7.33			
	Segunda periferia			Tercera periferia		
	<i>Condón</i>	2(1.4)	9	<i>Sexualidad</i>	2(1.4)	7
	<i>Sexual</i>	2(1.4)	8	<i>VIH</i>	2(1.4)	6
	<i>Protección</i>	2(1.4)	8	<i>Baja autoestima</i>	1(0.7)	6
	<i>Prevención</i>	2(1.4)	8	<i>Complicaciones</i>	1(0.7)	7
	<i>Enfermedad terminal</i>	1(0.7)	10	<i>Sexo sin protección</i>	1(0.7)	7
	<i>Soledad</i>	1(0.7)	10	<i>Dolor</i>	1(0.7)	7
	<i>Desprecio</i>	1(0.7)	10	<i>Cuidados</i>	1(0.7)	7
	<i>Protección</i>	1(0.7)	10	<i>Antihigiénico</i>	1(0.7)	7
	<i>Cura</i>	1(0.7)	10	<i>Jóvenes</i>	1(0.7)	7
	<i>Relación sin protección</i>	1(0.7)	10	<i>Ignorancia</i>	1(0.7)	7
	<i>Deficiencia</i>	1(0.7)	10	<i>Irresponsabilidad</i>	1(0.7)	7
	<i>Relaciones sexuales</i>	1(0.7)	9	<i>Desamparo</i>	1(0.7)	6
≤	<i>Inseguridad</i>	1(0.7)	9	<i>Descuido</i>	1(0.7)	6
2	<i>Represión</i>	1(0.7)	9	<i>Atención Médica</i>	1(0.7)	6
	<i>Violación</i>	1(0.7)	9	<i>Prevención</i>	1(0.7)	6
	<i>Incurable</i>	1(0.7)	9	<i>Prueba</i>	1(0.7)	6
	<i>Enfermedad Incurable</i>	1(0.7)	9	<i>Aceptación</i>	1(0.7)	5
	<i>Antirretrovirales</i>	1(0.7)	9	<i>Amigos</i>	1(0.7)	5
	<i>Hospital</i>	1(0.7)	8	<i>Desesperanza</i>	1(0.7)	5
	<i>Cuidados especiales</i>	1(0.7)	8	<i>Inmunosupresión</i>	1(0.7)	5
	<i>Destrucción</i>	1(0.7)	8	<i>Hombre gay</i>	1(0.7)	5
	<i>Estigma</i>	1(0.7)	8	<i>Negligencia Médica</i>	1(0.7)	5
	<i>Tragedia</i>	1(0.7)	8	<i>Problemas en crecimiento</i>	1(0.7)	5
	<i>Poca vida</i>	1(0.7)	8	<i>Racismo</i>	1(0.7)	4

<i>Vida</i>	1(0.7)	8	<i>Inmunodeficiencia</i>	1(0.7)	4
			<i>Vida corta</i>	1(0.7)	4
			<i>Drogadictos</i>	1(0.7)	4
			<i>Apoyo</i>	1(0.7)	4
			<i>Traumas</i>	1(0.7)	3
			<i>Síndrome</i>	1(0.7)	3
			<i>Molestia</i>	1(0.7)	3

Fuente: elaborada por los autores. *Notas:* FA = frecuencia de asociación, ORM = orden de representatividad medio. % = porcentaje en relación al total de 140 asociaciones.

A partir de las definiciones dadas a las 68 palabras asociadas (palabras definidoras) a la palabra estímulo SIDA, se elaboraron 11 categorías temáticas: enfermedad (a esta categoría correspondieron palabras, como enfermedad, virus, infección, hospital), forma de adquisición (transmisión sexual, contagio, infección, transmisión sexual, sexo, contagio, relaciones sin protección, contagios, infección por transmisión sexual, sexo, sexo sin protección, sexualidad, relaciones sexuales, negligencia médica), muerte (muerte), consecuencias personales (desamparo, desesperanza, tristeza, frustración, aislamiento, tragedia, soledad, problemas personales, baja autoestima, traumas, represión, cuidados especiales, atención médica), consecuencias sociales (discriminación, amigos, estigma, apoyo, racismo, destrucción, desprecio, ignorancia, descuido, irresponsabilidad), consecuencias familiares (problemas familiares), prevención o protección (listón rojo, cuidado, condón, prevención, prueba, protección, condón y prevención), consecuencias físicas o síntomas (llagas en la piel, deficiencias, complicaciones, molestia), población (hombres gay, drogadictos, jóvenes) y tratamiento (antiretrovirales, cura) y contenido moral (formas de adquisición con juicio o condena moral). En la tabla 2, se puede observar que enfermedad representa el 29.9% de los contenidos presentes en

las asociaciones. Éste fue seguido por formas de adquisición, muerte, consecuencias personales y sociales. Estas cuatro contenidos temáticos representaron el 70.9% de las asociaciones.

TABLA 2. Frecuencias de las categorías para las respuestas a la pregunta de la prueba de asociación libre: ¿qué se te viene a la mente al escuchar la palabra SIDA?

Categoría temática	n	%	%
Enfermedad	40	29.9	
Formas de adquisición	21	15.7	
Muerte	18	13.4	
Consecuencias personales	16	11.9	
Consecuencias sociales	12	9	
Prevención/protección	8	6	
Consecuencias físicas y síntomas	6	4.5	
Tratamiento	5	3.7	
Población	4	3	
Consecuencias familiares	2	1.5	
Contenido moral	2	1.5	
Palabras definidas	134	100	95.7
Palabras no definidas	6		4.3
Total de palabras asociadas	140		100

Fuente: elaborada por los autores.

Notas: n = frecuencia absoluta simple y % = porcentaje.

Se crearon nueve categorías temáticas para las respuestas a la pregunta sobre la fuente original por la que el participante supo de la existencia del SIDA. La categoría medios de comunicación representó el 32% de las 47 fuentes mencionadas y escuela el 30% (tabla 3).

TABLA 3. Frecuencias de las categorías creadas para las respuestas a la pregunta: ¿cómo supiste de la existencia del SIDA?

Categoría temática	N	%
Medios de comunicación	15	32
Escuela	14	30
Amigos	3	6
Familia	3	6
Información especializada	3	6
Organización no gubernamental (ONG)	2	4
Comentarios discriminatorios	2	4
Muerte de alguien por la infección	2	4
Otros	3	6
Σ	47	100

Fuente: elaborada por los autores.

Notas: n = frecuencia absoluta simple, % = porcentaje y Σ = suma por columna.

Ante la pregunta sobre si el VIH era lo mismo que el SIDA, el 56% contestó que no, 40% que sí y 2% se reservó su respuesta. A los 14 participantes que respondieron que no se les preguntó cómo lo había averiguado y se elaboraron cinco categorías temáticas para sus respuestas. La categoría de escuela representó el 36% de las fuentes de esta información (tabla 4). También se les preguntó si conocían cuál era la diferencia entre VIH y SIDA, y, en general, los participantes indicaron que la diferencia radica en que el VIH es un virus que al infectar al cuerpo y puede ocasionar que se desarrolle SIDA, al cual consideran la enfermedad. Por citar algunas respuestas representativas, un participante respondió: "el VIH es la presencia del virus de inmunodeficiencia humana en el organismo. El SIDA es un síndrome de inmunodeficiencia adquirida y como tal involucra una serie de padecimientos, síntomas y signos, se le llega a considerar una etapa "final" de la infección". Otro señaló: "el VIH es un virus con el que puedes vivir sin que él se desarrolle y el SIDA es una enfermedad que ya tienes que tratar para evitar que llegue a aumentar las consecuencias". Otra respuesta fue "el VIH es la existencia del virus de inmunodeficiencia humana en el organismo, el SIDA son los síntomas que se presentan cuando los niveles de VIH empiezan a alterar el funcionamiento del mismo".

TABLA 4. Frecuencias de las categorías creadas para las respuestas a la pregunta: ¿cómo lo averiguaste (que el VIH y el SIDA no son lo mismo)?

Categoría temática	n	%
Escuela	5	36
ONG	3	21
Investigando por Internet	2	14
Literatura	2	14
Charlas informales	1	7
No contestó	1	7
Σ	14	100

Fuente: elaborada por los autores.

Notas: n = frecuencia absoluta simple, % = porcentaje y Σ = suma por columna.

A continuación se preguntó “qué significaría para ti ser VIH positivo”. El contenido de las respuestas fue sobre cuestiones relacionadas con salud y cambios en los estilos de vida, muerte y rechazo por parte de familiares y amigos. Por ejemplo un participante dijo: “significaría tener el virus del VIH, llevar un tratamiento, un estilo de vida distinto. Es alguien que en un futuro desarrollará la enfermedad del SIDA”. Otra persona contestó: “de entrada una gran angustia por el qué dirán, cómo hablaré con mis padres, amigos, si esto afectará mi carrera. Lo que me tranquiliza es saber que detectado hay una terapia que dará una calidad de vida y prolongará por años la muerte”. Otra respuesta fue “un cambio de vida total, ya que si lo controlas y puedes vivir con él, pero siempre te tienes que estar cuidando para no desarrollarlo”.

Para las respuestas a la pregunta “¿cómo la gente contrae VIH?”, se crearon diez categorías temáticas. Las categorías contacto sexual, vía sanguínea y compartir agujas/jeringas representaron el 71% de la 475 medios de infección mencionados (tabla 5).

TABLA 5. Frecuencias de las categorías creadas para las respuestas a las preguntas a la pregunta: ¿cómo la gente contrae VIH?

Categoría temática	n	%
Contacto sexual	22	38
Vía sanguínea	12	21
Compartir agujas/jeringas	7	12
Vía madre-hijo (parto, lactancia)	6	10
Transfusión sanguínea	4	7
Fluidos corporales	3	5
Tatuajes	1	2
Perforaciones corporales	1	2
Saliva	1	2
Trasplante de órganos	1	2
Σ	475	100

Fuente: elaborada por los autores.

Notas: n = frecuencia absoluta simple, % = porcentaje y Σ = suma por columna.

Para la pregunta ¿cuál es tu mayor temor en caso de que fueras VIH positivo? se crearon nueve categorías temáticas. Las categorías discriminación y rechazo social (incluyendo familiar). transmitir el virus a otros (incluyendo pareja), morir y deterioro físico y vulnerabilidad representaron el 78% de las 27 temores mencionados (tabla 6).

TABLA 6. Frecuencias de las categorías creadas para las respuestas a la pregunta: ¿Cuál es tu mayor temor en caso de que fueras VIH positivo?

Categoría temática	n	%
Discriminación y rechazo social (incluyendo familiar)	8	29.63
Transmitir el virus a otros (incluyendo pareja)	5	18.52
Morir	5	18.52
Deterioro físico y vulnerabilidad	3	11.11
Morir pronto (o a temprana edad)	2	7.41
No tener relaciones sexuales	1	3.70
Desempleo	1	3.70
Cuidado personal para no infectarse	1	3.70
Baja autoestima	1	3.70
Σ	27	100

Fuente: elaborada por los autores.

Notas: n = frecuencia absoluta simple, % = porcentaje y Σ = suma por columna.

Al preguntar si la existencia del VIH/SIDA les afecta a su vida sexual, el 48% contestó que sí, 44% que no, 4% sí y no y 4% eludió la respuesta. A los 12 participantes que contestaron sí, se les preguntó cómo les afecta, y se elaboraron seis categorías para sus respuestas. El 58% indicó tener miedo a infectar o infectarse. También se elaboraron categorías temáticas para los argumentos dados por los otros 13 participantes. De los que contestaron que no, el 64% señaló practicar sexo protegido (uso de condón) y sin penetración, 27% abstenerse mantener relaciones sexuales y 9% no importarle. La persona que eludió la respuesta señaló informarse, y la que contestó que sí y no dijo practicar sexo protegido y sin penetración (tabla 7).

TABLA 7. Frecuencias de las categorías creadas para las respuestas a la pregunta: ¿cómo te afecta la existencia del VIH/SIDA?

Te afecta	n	%	Cómo o por qué	N	%
Sí	12	48			
			Miedo (a infectarse o infectar a alguien más)	7	58.33
			Rechazo	1	8.33
			Sexo protegido y sin penetración	1	8.33
			Cuidado durante el sexo	1	8.33
			Exclusividad sexual	1	8.33
			Miedo a ruptura de condón	1	8.33
			Σ	12	100
No	11	44			
			Sexo protegido y sin penetración	8	64
			Abstinencia	3	27
			No me importa	1	9
			Σ	11	100
Sí y no	1	4			
			Sexo protegido y sin penetración	1	100
No contesta	1	4			
			Informarme	1	100
Σ	25	100			

Para las respuestas a la pregunta ¿qué estás haciendo para evitar contraer VIH?, se elaboraron cuatro categorías temáticas. El 68% contestó usar el condón (preservativo), 12% evitar la penetración, 12% abstinencia sexual y 8% dio otras respuestas. Entre estas últimas uno de los encuestados contestó “no relacionarme sexualmente con personas en las cuales sea evidente que puedan contener esta enfermedad...”, lo que se sale de lo que la mayoría respondió.

La última pregunta del cuestionario fue: ¿cómo te imaginas que viven las personas con VIH? Tristeza, rechazo y discriminación representaron el 88% de los contenidos de respuesta. Entre las respuestas características a esta pregunta se tiene: “con mucha tristeza y desolación”; “con miedo a morir y tristes”, “pues muy mal, tienen que cuidarse a cada rato, los demás les hacen el fuchi”.

CAPÍTULO V

DISCUSIÓN Y CONCLUSIONES

Desde los datos de la prueba de asociación libre se observa que el núcleo central de la representación social del Sida entre los jóvenes HSH que participaron en el estudio está conformado por las palabras enfermedad, virus, infección, sexo, contagio, discriminación, problemas y familia, ya que son las palabras con mayor número de frecuencias y con alta representatividad. Desde este núcleo representacional se observa que el Sida se ve como una enfermedad infecciosa que conlleva discriminación, muy diversos problemas y vergüenza ante la familia. Justamente, al momento de imaginarse a una persona que vive con VIH, se evidencia la fuerte carga de emociones negativas de tristeza, rechazo y discriminación, que acompaña al significado de enfermedad infecciosa. Esta imagen coincide con otros estudios en los que se indica que la enfermedad, la muerte, la discriminación y el sexo se manifiestan como contenidos centrales en la representación social del Sida (Robles-Aguirre, 2016; Passerino, 2013; Costa, Oliveira, Formozo y Gomes, 2012; Flores-Palacios y De-Alba, 2006). En este estudio, las asociaciones con el sexo se encuentran dentro de la primera periferia (palabras poco frecuentes, pero a las que se otorga mucha importancia), pero la familia sobresale en el núcleo central.

Lo destacado de la familia en esta representación y el vivir con VIH ha sido resaltado por otros estudios realizados en México, y se atribuye a la centralidad que posee la familia en mundo socioemocional del Mexicano (Flores-Palacios, Almanza-Avendaño y Gómez-San Luis, 2008; Moral y Segovia, 2015).

Entre estos HSH jóvenes, el ser gay y la homosexualidad forman parte de la tercera periferia de la representación del Sida, es decir, significados poco asociados a los que se les da escasa importancia. Incluso no se hace ninguna mención al respecto a la hora de hablar de cómo evitar infectarse de VIH y cómo les afecta la existencia del HIV a sus vidas sexuales. Al mencionar cuál es el mayor temor en caso de ser seropositivo al VIH, en primer lugar aparece la discriminación y el rechazo debido el hecho de ser portador de un virus transmisible, no siendo atribuidos a la exposición pública de su preferencia sexual. No obstante, el contenido del estigma sexual sí está implícito en la vergüenza ante la familia. También, en estudios con mujeres que viven con VIH, emerge el temor al rechazo y discriminación por ser consideradas infieles o promiscuas (Moral y Segovia, 2015; Conley, Ziegler y Moors, 2013). Ambos temores están relacionados con el control social de la sexualidad en México, donde la orientación homosexual está estigmatizada en el hombre y la promiscuidad e infidelidad en la mujer (Moral y Segovia, 2015).

Cabe destacar que la muerte es un significado asociado frecuentemente, aunque se le da un peso menor, formando parte de la segunda periferia tanto en este estudio como en otras investigaciones (Passerino, 2013; Costa,

Oliveira, Formozo y Gomes, 2012), lo que se podría atribuir a la evitación cognitiva de contenidos muy atemorizadores (Bran-Piedrahita, Palacios-Moya, Posada-Zapata, Bermúdez-Román, 2017). Se habla del tratamiento como necesario y con efectos secundarios, aunque algunos mencionan que incluso da calidad de vida.

Las conductas que se mencionan para evitar la infección por VIH y como les afecta a su vida sexual la existencia del VIH claramente reflejan el impacto de las campañas de prevención que tienen un foco específico hacia HSH (Organización Panamericana de la Salud, 2010). Así, desde los datos de las preguntas abiertas, se puede deducir que esta representación procede tanto de fuentes formales, como la escuela y campañas de prevención en diferentes medios, como de fuentes informales, como la familia, los amigos y las actitudes sociales implícitas. Aunque algunas investigaciones que mencionan que se observa que la información especializada no es la fuente privilegiada de construcción de las representaciones del Sida de los jóvenes universitarios (Flores-Palacio y De Alba, 2006). En el presente estudio con HSH sí tienen gran peso las fuentes formales, incluso en la forma de evitar la infección y cómo les afecta a su sexualidad.

Se concluye que, entre los 25 HSH jóvenes participantes en el estudio, la representación social del VIH/Sida es la de una enfermedad mortal, causada por un virus (VIH) que se contagia durante el sexo (relaciones sexuales), y que está fuertemente cargada de imágenes y creencias negativas o en relación al miedo al contagio y al rechazo social. Esta representación procede de fuentes

formales, como la escuela y pláticas dadas por ONG, así como de la experiencia con cercanos que viven con VIH e información y creencias que se transmiten en las conversaciones cotidianas. A la mitad de ellos les afecta en sus relaciones sexuales, motiva que la mayoría practican el uso protegido y genera una actitud positiva hacia el tratamiento antirretroviral que es visto como medio para prolongar y dar calidad de vida.

RECOMENDACIONES PARA FUTUROS ESTUDIOS

Como limitaciones del estudio debe señalarse el uso de un muestreo no probabilístico y un número relativamente reducido de participantes, por lo que los resultados no admiten una inferencia en términos de probabilidad hacia la población, tan sólo pueden usarse como datos de comparación o fuentes de hipótesis. Ambas limitantes fueron consecuencia de lo reacio que los jóvenes HSH de Monterrey a participar en este tipo de estudio. Se desconoce el estado serológico al VIH de los participantes, al no preguntarse por el mismo para evitar complicaciones éticas en el estudio y facilitar la participación. Por las propiedades de sencillez, exhaustividad, exclusividad y número reducido de las categorías temáticas elaboradas se asumió una alta confiabilidad inter juez, pero resta estimar la misma. Las preguntas del instrumento fueron elaboradas por los autores tras la revisión crítica de estudios sin procederse a establecer su validez de contenido con un juicio de expertos.

Retomando el presente estudio como una primera fase cualitativa, se sugiere usar su información para elaborar un instrumento con un diferencial semántico para los significados del Sida y preguntas cerradas sobre el VIH/Sida. Se recomienda someter al nuevo instrumento a un juicio de expertos y determinar sus propiedades de confiabilidad y validez. Con este nuevo instrumento y empleando una muestra más amplia, se podría ahondar más con la representación del VIH/SIDA en la población objeto de estudio.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abric, J. C. (1993). Central system, peripheral system: Their functions and roles in the dynamics of social representations. *Papers on social representation*, 2, 267-275.
- Abric, J. C. (2003). La recherche du noyau central et de la zone muette des représentations sociales. En J.C. Abric (Ed.), *Méthodes d'étude des représentations sociales* (pp. 59-80). Ramonville Saint Agne, Francia: Editions érès.
- Alfonso, I. (2007). La Teoría de las Representaciones Sociales. *Psicología on line*. Recuperado de http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml
- Alvarado, C., Hernández, V. y Muñoz Y. (2011). *Estudio Exploratorio Descriptivo de las Representaciones Sociales de la Dirección del Trabajo de la Décima Región de los Lagos según sus Usuarios*. (Tesis de licenciatura). Universidad Austral de Chile. Puerto Montt, Chile. Recuperado de <http://cybertesis.uach.cl/tesis/uach/2011/bpma472e/doc/bpma472e.pdf>
- Antunes, L. (2012). *O Papel dos Estereótipos nas Representações Sociais Compartilhadas por Adolescentes sobre as Pessoas que Vivem com HIV/AIDS*. (disertación. Universidade Federal de Santa Catarina). Florianópolis, Brasil. Recuperado de <http://repositorio.ufsc.br/xmlui/bitstream/handle/123456789/99372/304797.pdf?sequence=1>
- Apostolidis T. y Dany L. (2012). Représentations Sociales et Risques Sanitaires: Perspectives Sociocognitives. R. Tempus – *Actas de Saúde Coletiva*. 6(3). 35-50. Recuperado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/es_11.pdf
- Araújo, E.C. y Menicucci, E. O. (2008). Grado de Entendimiento sobre VIH y el SIDA entre Jóvenes de Sexo Masculino basado en la Teoría de las Representaciones Sociales. *Enfermería Global*. 7(1). 1-14. Recuperado de <http://revistas.um.es/eglobal/article/view/1071>
- Araya, S. (2002). Las Representaciones Sociales: Ejes Teóricos para su Representación. *Cuaderno de Ciencias Sociales 127*. Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales. Recuperado de <http://www.flacso.or.cr/fileadmin/documentos/FLACSO/Cuaderno127.pdf>
- Belton, S. (2011). Putting the “Human” back into Human Immunodeficiency Virus Research: A commentary on Helene Joffe’s (1996) article, “AIDS research and prevention: A social representation approach”. *Paper of social representations*. 20. 31.1- 31.14. Recuperado de http://www.psych.lse.ac.uk/psr/psr2011/20_32.pdf

- Betancur, C. Restrepo-Ochoa, D., Henao, Y., Arboledas, C. y Rodríguez, C. (2014). Representaciones sociales sobre salud mental en un grupo de profesionales en la ciudad de Medellín: análisis prototípico y categorial. *CES Psicología*, 7(2). 96-107.
- Beyrer, C. et al. (2011). The Global HIV Epidemics among Men Who Have Sex with Men. *The World Bank*. Washington, E.U.A. Recuperado de <http://siteresources.worldbank.org/INTHIVAIDS/Resources/375798-1103037153392/MSMReport.pdf>
- Bran-Piedrahita, L., Palacios-Moya, L., Posada-Zapata I. y Bermúdez-Román V. (2017). Concepto sociocultural del VIH y su impacto en la recepción de campañas de promoción de la salud en Medellín. *Revista Ciencia y Salud Virtual*, 15(1). 59-70.
- Bruel dos santos, T., Scarparo, H., Calvo-Hernández, A., Sebastián-Herranz, J. & Blanco, A. (2013). Estudio Psicosocial sobre las Representaciones Sociales de Género. *Diversitas: Perspectivas en Psicología*. 9(2). 243-255. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1794-99982013000200002
- Carletti, G. M. (2011). Las representaciones sociales sobre la participación en las escuelas centenarias de la ciudad de San Luis. *Fundamentos en Humanidades*, XII() 125-149. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=18426920005>
- Camargo, B. y Bousfield, A. (2009). Social Representations, Risk Behaviors and AIDS. *The Spanish Journal of Psychology*. 12(2). 565-575. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/172/17213008016.pdf>
- Camargo, B., Bousfield, A. y Wachelke, J. (2011). Social Representations and Applied Sciences: the Case of HIV Prevention. *Temas em psicologia*, 19(1), 27-41. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S1413-389X2011000100004&script=sci_abstract&tlng=en
- Cantú- Guzmán, R., Álvarez, J., Torres- López, E. y Martínez- Sulvarán, O. (2012). Impacto Psicosocial en Personas que Viven con VIH-SIDA en Monterrey, México. *Psicología y Salud*, 22(2), 163-172. Recuperado de http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-2/22-2/Rodrigo%20Cant%FA%20Guzm%E1n_2.pdf
- Cardona-Arias, 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. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/rsap/v12n5/v12n5a07.pdf>
- Centers for Disease Control and Prevention (CDC). (2010). *El VIH en hombres homosexuales (gay), bisexuales y otros hombres que tienen relaciones*

- sexuales con hombres (HSH)*. Estados Unidos. Recuperado de http://www.cdc.gov/hiv/spanish/msm/PDF/MSM_factsheet_esp.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2014). *Informe nacional de avances en la respuesta al VIH y el SIDA: México, 2014*. México, D.F. Recuperado de http://hivhealthclearinghouse.unesco.org/sites/default/files/resources/informe_nacional_de_avances_en_la_respuesta_al_el_vih_sida_2014.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2011). *Vigilancia Epidemiológica de casos de VIH/SIDA en México* Registro Nacional de Casos de SIDA. México, D.F. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2011/vih_sidapub31dic2011.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2012). *El VIH/SIDA en México 2009*. México, D.F. Recuperado de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/VIHSIDA_MEX2012.pdf
- Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA (CENSIDA). (2010). *El VIH/SIDA en México 2010*. México, D.F. Recuperado de <http://www.censida.salud.gob.mx/interior/librosdigitales.html>
- Chávez, M y Álvarez, J. (2012). Aspectos psicosociales asociados al comportamiento sexual en jóvenes. *Psicología y Salud*. 12(1), 89-98. Recuperado de <http://www.uv.mx/psicysalud/psicysalud-22-1/22-1/Mayra%20Ch%E1vez.pdf1/Mayra%20Ch%E1vez.pdf>
- Conley, T., Ziegler, A. y Moors A. (2013). Backlash from the bedroom: Stigma mediates gender differences in acceptance of casual sex offers. *Psychology of Women Quarterly*, 37(3). 392-407.
- Costa, T., Oliveira, D., Formozo, G. y Gomes, A. (2012). Personas con VIH/SIDA en las Representaciones Sociales de Enfermeros: Análisis de los Elementos Centrales, Contranormativos y Actitudinales. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. 20(6) Pantalla 1-10. Tomado de http://www.scielo.br/pdf/rlae/v20n6/es_11.pdf
- Departamento de Salud de Puerto Rico. (2007). *Definición del VIH/SIDA*. Puerto Rico. Recuperado de <http://www.salud.gov.pr/Programas/DivisiondePrevencionETSVIH/Pages/DefiniciondelVIHSIDA.aspx>
- Fernández, P. (2007). "Amigos con derecho a roce": Una oportunidad para contraer la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana en hombres homo/bisexuales con prácticas sexuales de alto riesgo. *Gaceta sanitaria*, 21(6). 471-478. Recuperado de <http://www.scielosp.org/pdf/gsv21n6/originales5.pdf>
- Fioulaine, N. (2003). Une Approche Psychosociale du Rapport au Risque: Les Représentations Sociales. *Bulletin du Mouvement Français pour le*

- Planning Familiar*, 82, 11-15. Recuperado de http://halshs.archives-ouvertes.fr/halshs-00494496_v1/
- Flores-Palacios, F., Almanza-Avendaño, M. y Gómez-San Luis, A. (2008). Análisis del impacto del VIH/SIDA en la familia: una aproximación a su representación social. *Psicología Iberoamericana*, 16(2). 6-13.
- Flores Palacios, F. y De Alba, M. (2006). El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. *Salud Mental*, 29(3), 51-59. Recuperado de http://www.revistasaludmental.mx/index.php/salud_mental/article/view/1110/1108
- Flores Palacios, F. y Leyva Flores, R. (2003). Representación Social del SIDA en Estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*. 45(5), 624-631. Recuperado de http://www.scielo.org.mx/scielo.php?pid=S0036-36342003001100007&script=sci_arttext
- Fonseca Ávila, A. (2009). Representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes con y sin VIH en la ciudad de Bogotá D.C.: aporte para la comprensión de sus significados y prácticas. (Tesis de maestría, Universidad Nacional de Colombia). Recuperado de http://www.bdigital.unal.edu.co/1646/1/Tesis_Ana_Paola_Fonseca.pdf.
- García González, J. (2008). *Comunicación, interacción y representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes: Estudio de Caso. Puebla, México*. (Tesis doctoral. Universidad Veracruzana). Recuperado de http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/6107/2/Tesis_Doctorado_Garcia_Gonzalez.pdf
- González-Pérez, M. (s/f). *La Teoría de las Representaciones Sociales Medio Siglo después*. Recuperado de https://www.academia.edu/11943805/La_teor%C3%ADa_de_las_Representaciones_Sociales_medio_siglo_despu%C3%A9s
- González-Rey, F. (2008). Subjetividad Social, Sujeto y Representaciones Sociales. *Diversitas: Perspectivas en psicología*, 2(4). 225-243. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=67940201>
- Internacional Council of AIDS Service Organizations (ICASO). (2007). *El Género, la Sexualidad, los Derechos y el VIH: Una Perspectiva General para las Organizaciones del Sector Comunitario*. Recuperado de <http://www.cndh.org.mx/sites/all/fuentes/documentos/Programas/VIH/Otras%20Publicaciones%20de%20interés%20relacionados%20con%20el%20VIH/Otros%20documentos%20relevantes/El%20Genero,%20la%20Sexualidad%20y%20el%20VIH.pdf>
- Jacques-Aviñó, C., García de Olalla, P., Díez, E., Martín, S., y Caylà, J. (2015). Explicaciones de las prácticas sexuales de riesgo en hombres que tienen sexo con hombres. *Gaceta Sanitaria*, 29(4), 252-257. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2015.03.002>

- Jodelet, D. (2008). El Movimiento de retorno al Sujeto y el enfoque de las Representaciones Sociales. *Cultura y representaciones sociales: un espacio para el diálogo interdisciplinario*, 3(5). 32-63. Recuperado de <http://www.ojs.unam.mx/index.php/crs/article/view/16356>
- Jodelet, D. (2011). Returning to Past Features of Serge Moscovici's Theory to feed to future. *Paper of social representations*. 20.19.1-19.11. Recuperado de http://www.psych.lse.ac.uk/psr/PSR2011/20_19.pdf
- Lahlou, S. y Abric, J.C.(2011). What are the "Elements" of a Representation?. *Papers on Social Representations*. 20. 20.1-20.10. Recuperado de http://www.psych.lse.ac.uk/psr/psr2011/20_20.pdf
- Liamputtong P. (2015). Stigma, discrimination and living with HIV/AIDS. *Springer*,
- Madariaga, J. (1996). El Núcleo Central de la Representación Social del Euskera. *Revista de Psicodidáctica*. 1. 93-102. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/175/17517758006.pdf>
- Martínez-González, L. (2011). *Teoría de las Representaciones Sociales: Aportes Metodológicos a la investigación sobre homoerotismo*. Armenia, Colombia. Recuperado de <http://bibliotecadigital.univalle.edu.co/bitstream/10893/6321/1/7-%20Teor%C3%ADa%20de%20las%20Representaciones%20Sociales.%20Aportes%20metodol%C3%B3gicos%20a%20la%20investigaci%C3%B3n%20sobre%20el%20homoerotismo.pdf>
- Mauras, M. (2008). La Adolescencia y la Juventud en las Políticas Públicas de Iberoamérica. *Red latinoamericana y caribeña por la defensa de los derechos de los niños, niñas y adolescentes*. Recuperado de <http://www.redlamyc.info/publicaciones-y-boletines/96-la-adolescencia-y-la-juventud-marta-mauras-abril-2008.html>
- Mora, M. (2002). La Teoría de las Representaciones Sociales de Serge Moscovici. *Athenea Digital*. 2. 1-25. Recuperado de <http://blues.uab.es/athenea/num2/Mora.pdf>
- Moral, J. y Ortega, M.E. (2009). Representación Social de la Sexualidad y Actitudes en Estudiantes Universitarios Mexicanos. *Revista de Psicología Social*. 24(19). 65-79. ISSN: 0213-4748
- Moral, J., y Ortega, M. E. (2010). Representación social de la sexualidad y actitudes en estudiantes universitarios mexicanos. *Revista de Psicología Social*, 24(1), 65-79. doi:10.1174/021347409786922998
- Moral, J. y Segovia, P. (2015). Discriminación en el trabajo y el vecindario hacia las mujeres que viven con VIH y su relación con la ira y la depresión. *Ciencia Ergo Sum*, 22(3):204-14.
- Oliveira, D. y Costa, T. (2007). A zona muda das representações sociais sobre o portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do

- pensamento social. *Psicologia: teoria e prática [online]*, 9(2), 73-91. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872007000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2015). *A technical brief HIV and Young men who have sex with men*. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/179867/1/WHO_HIV_2015.8_eng.pdf?ua=1
- Organización Mundial de la Salud (OMS) (2011). *Global HIV/AIDS Response Epidemic update and Health Sector. Progress towards Universal Access. Progress Report*. Recuperado de http://www.who.int/hiv/pub/progress_report2011/hiv_full_report_2011.pdf
- Organización Panamericana de la Salud (2010). Proyecto para la Provisión de Atención Integral a los Hombres Gay y otros Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH) en América Latina y el Caribe. Recuperado de <http://www1.paho.org/hq/dmdocuments/2010/Blueprint%20MSM%20Final%20SPANISH.pdf>
- Parales, C y Vizcaíno, M. (2007). Las Relaciones entre Actitudes y Representaciones Sociales: Elementos para una integración conceptual. *Revista latinoamericana de Psicología*. 39(2). 351-361. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/redalyc/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=80539210>
- Passerino L. (2013). Imaginarios, biomedicina y normatividad: una respuesta a los procesos de estigmatización y discriminación por VIH. *Revista Ciencia y Salud*, 11(2). 217-33. Recuperado de <https://revistas.urosario.edu.co/index.php/revsalud/article/download/2685/223>
- Passerino, L. (2012). Normatividad y VIH/SIDA: Alcances y Consecuencias en la Relación Social Imaginaria. *Revista Eletrônica de Comunicação, Informação & Inovação em Saúde*. 6(4). DOI: 10.3395. Recuperado de <http://www.reciis.icict.fiocruz.br/index.php/reciis/article/view/665/1470>
- Piñero, S (2008).). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de Pierre Bourdieu: Una articulación conceptual. *Revista de Investigación Educativa* 7. Julio-diciembre. Xalapa, México. Recuperado de https://www.uv.mx/cpue/num7/inves/completos/pinero_representaciones_bourdieu.pdf
- Piñero, S. (2008). La teoría de las representaciones sociales y la perspectiva de portador de HIV/AIDS: elementos normativos e contranormativos do pensamento social. *Psicologia: teoria e prática. [online]*, 9(2), 73-91. Recuperado de

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1516-36872007000200005&lng=pt&nrm=iso&tlng=pt.

- Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA). (2008). *Información Básica sobre el VIH*. Ginebra, Suiza. Recuperado de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/dataimport/pub/factsheet/2008/20080519_fastfacts_hiv_es.pdf
- Programa Nacional de Prevención y Control de VIH/SIDA/ITS (2010). *Guía de Atención Integral en VIH/Sida 2010*. Ecuador. Recuperado de http://www.who.int/hiv/pub/guidelines/ecuador_art.pdf
- Rangel, M. (2009). Teoría de la Representación Social: Revisión de Enfoques Significativos para la Investigación. *Revista Xihmai*. 4(7), 3-46. ISSN: 870-6703. Recuperado de <http://www.lasallep.edu.mx/xihmai/index.php/xihmai/article/view/125/103>
- Rateau, P. y Lo Monaco, G. (2013). La Teoría de las Representaciones Sociales: Orientaciones Conceptuales, Campos de Aplicaciones y Métodos. *Revista CES Psicología*. 6(1). 22-42). Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cesp/v6n1/v6n1a03.pdf>
- Real Academia de la Lengua Española. (2001). *Diccionario de la Lengua Española*. 22ª edición. Madrid, España. Recuperado de http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=Juventud
- Robles-Aguirre, B. (2016). The social construction and social representation of HIV: An anthropological study. *Medicina Social*, 11(1). 18-22.
- Roca, A. (2007). *Representaciones Sociales sobre el Fenómeno Delictual en Menores de Edad de la Comuna de la Granja*. (Memoria para obtención de grado de licenciatura, Universidad de Chile). Santiago, Chile. Recuperado de http://www.tesis.uchile.cl/tesis/uchile/2007/roca_a/sources/roca_a.pdf
- Rodríguez Salazar. T. (2007). Del Carácter Contextual de las Representaciones Sociales. *V Jornada Internacional e III Conferencias Brasileira sobre Representacoes Sociais*. 31 de junio a 03 de agosto de 2007. Brasilia, Brasil. Recuperado de <http://taniars.files.wordpress.com/2007/06/sobre-el-caracter-contextual-de-las-representaciones-sociales.pdf>
- Rodríguez-Salazar, T. (2011). Discusiones Teórico-Metodológicas sobre el Carácter Contextual de las Representaciones Sociales. *Sinética*, 36. Recuperado de http://www.sinectica.iteso.mx/?seccion=articulo&lang=es&id=510_discusiones_teorico-metodologicas_sobre_el_caracter_contextual_de_las_representaciones_sociales
- Saavedra, E y Castro, A. (2007). La Investigación Cualitativa, una discusión presente. *Liberabit*. 13. 63-69. Recuperado de <http://redalyc.uaemex.mx/src/inicio/ArtPdfRed.jsp?iCve=68601308>

- Salamanca, M.; Vander, C. y Frenay, M. (2012). Análisis del Contenido y de la Estructura de las Representaciones a partir de Mapas Conceptuales. *Fifth Int. Conference on Concept Mapping*. Valleta, Malta. Recuperado de <http://cmc.ihmc.us/cmc2012papers/cmc2012-p57.pdf>
- Sammur, G., Andreouli, E., Gaskell, G. y Valsiner, J. (2015). *The Cambridge handbook of social representations*. Cambridge University Press.
- Saquilán, V. (2005). *Estudio acerca de las Representaciones Sociales del Rol del Bibliotecario, en Usuarios de la Biblioteca (Tesis, Universidad Nacional Central de la Universidad Nacional de Mar del Plata) Mar de Plata, Argentina*. Recuperado de <http://eprints.rclis.org/6748/1/TESISVERONICASAQUILAN.pdf>
- Secretaría de Educación Pública e Instituto Mexicano de la Juventud. (2008). *Perspectiva de la Juventud en México*. Cd. de México, México. Recuperado de <http://cendoc.imjuventud.gob.mx/investigacion/docs/Perspectiva%20de%20la%20juventud%20en%20M%C3%A9xico.pdf>
- Secretaría Seccional de Salud y Protección Social (sf). *Historia Natural de la Infección por VIH y TB: Cómo se desarrollan ambas enfermedades*. Antioquía, Colombia. Recuperado de <http://www.dssa.gov.co/media/dssa/dssa.gov.co/documentos/2-historia-natural-del-VIH-y-la-TB.pdf>
- Shukla, M.; Agarwal, M.; Singh, J.V.; Tripathi, A.K.; Srivastava, A.K. y Singh V.K. (2016). High-risk sexual behavior among people living with HIV/AIDS attending tertiary care hospitals in district of Northern India. *Indian Journal of Sexually Transmitted Diseases and AIDS*. 37(1):46-51.
- Torres-López, T., Munguía-Cortés, J., Aranda-Beltrán, C. y Salazar-Estrada, J. (2015). Representaciones sociales de la salud mental y enfermedad mental de población adulta de Guadalajara, México. *CES Psicología*, 8(1):63-76.
- Torres-López, T., Reynaldos, C., Lozano, A., Munguía, J. (2010). Cultural Conceptions of HIV/AIDS among Teenagers in Bolivia, Chile and Mexico. *Revista de Saúde Pública*, 44(5), 820-829. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102010000500007&lng=en&tlng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89102010000500007>
- Vázquez, R. (2013). *Virus de la Inmunodeficiencia Humana*. Departamento de Microbiología y Parasitología. UNAM. Recursos en Virología. México. Recuperado de <http://www.facmed.unam.mx/deptos/microbiologia/virologia/sida-vih.html>
- Vázquez-Mejía, O. (2013). Las Representaciones Sociales, los Imaginarios Sociales y Urbanos: Ventanas Conceptuales para el Abordaje de lo

- Urbano. *Revista Académica de Investigación Tlatemoani*. (14). Recuperado de <http://www.eumed.net/rev/tlatemoani/14/imaginarios-sociales-urbanos.html>
- Vergara, M.C. (2009). Representaciones Sociales sobre Salud, de algunos grupos de jóvenes de Manizales, Colombia. *Revista latinoamericana de ciencias sociales, niñez y juventud*. 7(1). 105-103. Recuperado de <http://revistaumanizales.cinde.org.co/index.php/Revista-Latinoamericana/article/view/220/105>
- Vergès, P. (1994). Approche du noyau central: propriétés quantitatives et structurales. En Ch. Guimelli (Ed.), *Structures et transformations des représentations sociales* (pp. 233-253). Ginebra, Suiza: Délacheux et Niestlé.
- Vidarte, J. y Kelly, B. (2017). Representaciones sociales sobre la discapacidad de profesionales de la salud de Cartagena. *Intersticios: Revista Sociológica de Pensamiento Crítico*; 11(1). 5-18.
- Viveros, M. (1993). La Problemática de la Representación Social y su utilidad para los Estudios de Salud y Enfermedad. *Boletín Socioeconómico No. 26*. 121-140 Universidad del Valle. Colombia. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10893/5102>
- Wachelke, J. (2012). Social Representations: A Review of Theory and Research from the Sctructural Approach. *Universitas Psychologica*, 11(3), 729-741. Tomado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1657-92672012000300004&script=sci_arttext&tlng=en
- Wallig, J.y Souza, E. de. (2007). A Psicologia Hospitalar Segundos Médicos e Psicólogos: Um Estudo Psicossocial. *Cadernos de Psicologia Social do Trabalho*, 10(2), 47-62. Recuperado de <http://www.revistasusp.sibi.usp.br/pdf/cpst/v10n2/v10n2a05.pdf>

ANEXOS

ANEXO 1

CLAVE: _____ (Sólo para el aplicador)

FECHA DE APLICACIÓN: ____/____/____

INICIALES: _____ **FECHA DE NACIMIENTO:** ____/____/____

LUGAR DE NACIMIENTO: _____

(MUNICIPIO Y ESTADO)

LUGAR DE RESIDENCIA: _____

(COLONIA Y MUNICIPIO)

TIEMPO DE RADICAR EN LA CIUDAD: _____ (AÑOS)

MOTIVO DE RADICACIÓN (BREVEAMENTE (EN CASO DE SER FORANEO):

ESCOLARIDAD: _____ (EN AÑOS) (A PARTIR DE LA

PRIMARIA Y TERMINADOS)

ORIENTACIÓN SEXUAL PREFERENTE (AL MOMENTO DE LA APLICACIÓN)

INSTRUCCIONES:

CONTESTA LO MÁS AMPLIAMENTE POSIBLE LO QUE SE PREGUNTA.

I. RESPONDE LOS SIGUIENTE:

1.- ¿Qué palabras te vienen a la mente al escuchar la palabra SIDA?

2.- Ordénalas según la importancia que tengan para ti en relación al SIDA.

- | | |
|----------|-----------|
| 1. _____ | 6. _____ |
| 2. _____ | 7. _____ |
| 3. _____ | 8. _____ |
| 4. _____ | 9. _____ |
| 5. _____ | 10. _____ |

3.- Señala la palabra opuesta según las ordenaste antes y define cada una de ellas.

1. _____
2. _____
3. _____
4. _____
5. _____
6. _____
7. _____
8. _____
9. _____
10. _____

II. CONSTESTA LAS SIGUIENTES PREGUNTAS.

1.- ¿Cómo supiste de la existencia del SIDA?

2.- ¿Es lo mismo VIH que SIDA?

Si la respuesta es **SI**, dirígete directamente a la **pregunta 3**.

Si la respuesta es **NO**,

- a) ¿Cómo fue lo que lo averiguaste?
- b) Explica brevemente en qué consiste esa diferencia.

3.- ¿Qué significaría para ti ser VIH positivo?

4.- ¿Cómo se contagia la gente de VIH?

5.- ¿Cuál es tu mayor temor en caso de que fueras VIH positivo?

6.- ¿Afecta a tu vida sexual la existencia del VIH/SIDA?

Si tu respuesta es **Sí**, ¿Cómo la afecta?

Si tu respuesta es **No**, ¿Por qué?

7.- ¿Qué estás haciendo para evitar contagiarte del VIH?

8.- ¿Cómo te imaginas que viven las personas infectadas con VIH?