

REPRESENTACIONES SOCIALES DE LOS ADOLESCENTES ACERCA DEL RIESGO DE CONTRAER VIH

JOSÉ ALONSO ANDRADE SALAZAR¹, CATHERINE ESTRADA SÁNCHEZ²,
ANDRÉS CAMILO PENAGOS MARÍN³

Recibido para publicación: 15-08-2017 - Versión corregida: 05-10-2017 - Aprobado para publicación: 20-10-2017

Resumen

Objetivo: comprender las representaciones sociales del VIH a través de las percepciones, creencias y actitudes de adolescentes escolarizados en los grados 9°, 10° y 11° de bachillerato. **Materiales y métodos:** se aplicó a los participantes una entrevista semi-estructurada, teniendo en cuenta los criterios de objetivación y anclaje, para identificar el proceso de formación de las representaciones sociales, y las dimensiones de información, campo de representación y actitudes, tomando como base teórica lo planteado por Serge Moscovici y Jodelet, y los aportes de Mora al estudio de las representaciones sociales. **Resultados:** percepción de deterioro progresivo (físico, social y familiar), rechazo, discriminación y estigmatización; creencias de disminución de calidad de vida, muerte rápida, mayor en quienes tienen relaciones sexuales de riesgo; actitudes de rechazo hacia los portadores y personas promiscuas. Las representaciones sociales del riesgo de contraer VIH se organizan en torno a conceptos poco fundamentados acerca de la enfermedad, prejuicios relacionados con el rechazo, y la evitación del contacto, e ideas erradas acerca del contagio. **Conclusiones:** la objetivación está relacionada con el contexto social y educativo, así la representación se ve mediada por el conocimiento especializado y sentido común. En el anclaje prevalece la actitud de rechazo ante la transmisión, lo cual restringe la familiarización con la enfermedad, limita el contacto y la aceptación gradual de la persona contagiada. Las creencias-erróneas sobre formas de contagio, producen actitudes de rechazo, porque a los adolescentes se les dificulta hacer habitual lo extraño (anclaje).

Palabras clave: actitud, adolescente, creencia, percepción, representación social, SIDA, VIH.

Andrade-Salazar JA, Estrada-Sánchez C, Penagos-Marín AC. Representaciones sociales de los adolescentes acerca del riesgo de contraer VIH. Arch Med (Manizales) 2017; 17(2):234-50.

Archivos de Medicina (Manizales), Volumen 17 N° 2, Julio-Diciembre 2017, ISSN versión impresa 1657-320X, ISSN versión en línea 2339-3874. Andrade Salazar J.A.; Estrada Sánchez C.; Penagos Marín A.C.

- 1 Psicólogo. Mg. Investigación integrativa. Docente investigador Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. Email: 911psicologia@gmail.com; jose.andrade@usbmed.edu.co
- 2 Estudiante X semestre del programa de psicología de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. Email: kathe24estradas@hotmail.com
- 3 Estudiante X semestre del programa de psicología de la Universidad de San Buenaventura Medellín extensión Armenia. Email: andrespenagos47@gmail.com

Social representations of adolescents about HIV contraction risk

Summary

Objective: *understand the social representations of HIV through the perceptions, beliefs and attitudes of adolescents schooled in grades 9, 10 and 11 of high school.* **Materials and methods:** *participants were applied a semi-structured interview, taking into account criteria of objectification and anchoring, to identify the process of formation of social representations, and the dimensions of information, representation field and attitudes, taking as a theoretical basis Serge Moscovici's and Jodelet's approaches and contributions of Mora to the study of social representations.* **Results:** *perception of progressive deterioration (physical, social and family), rejection, discrimination and stigmatization; beliefs of decreased quality of life, rapid death, higher in those who have risk sexual relations; attitudes of rejection towards the HIV carriers and promiscuous people. Social representations of the risk about contracting HIV are organized around poorly informed concepts about the disease, biases related to rejection and avoidance of contact, and misconceptions about contagion.* **Conclusions:** *objectification is related to the social and educational context, so representation is mediated by specialized knowledge and common sense. In anchorage, attitude of rejection before transmission prevails, which restricts the familiarization with the disease, limits the contact and the gradual acceptance of infected person. Misconceptions about forms of contagion, produce rejection attitudes, because adolescents find it difficult to make habitual strange things (anchoring).*

Keywords: *attitude, adolescent, beliefs, perceptions, social representations, AIDS, HIV.*

Introducción

El fondo de las naciones unidas para la infancia (UNICEF) [1] realizó una estimación según la cual más de 2 millones de personas en Latinoamérica viven con VIH/SIDA. Sumado a esto, se ha detectado que aproximadamente la mitad de esta cifra son jóvenes entre los 15 y los 24 años, lo cual pone un acento importante sobre la problemática, porque constituyen el grupo etario con mayor rango de riesgos vitales, tales como violencia, abusos y contagio de enfermedades graves como el VIH. La entidad indica que un aproximado de 740.000 jóvenes (15-24 años) convive con la enfermedad y que diariamente se producen casi 6.000 infecciones, y para el caso del género existe una vulnerabilidad innegable en la

mujer, ya que a finales de 1999, componían el 35% de personas viviendo con VIH y el 20% en el Caribe 20%, cifra que se incrementó en los años posteriores puesto que en el año 2003 aumentó 35% en América Latina y un 48,8% en el Caribe.

Es por lo anterior, que el Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia (UNICEF), puntualiza que el acceso a la información es una medida esencial para la prevención, disminución e intervención, y señala además, que la información oportuna contribuye a "potenciar las habilidades de los y las adolescentes para enfrentar la vida y proteger su salud y bienestar" [1]. Del mismo modo, el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA ONUSIDA [2] plantea que pese al empeño por

parte de diferentes entes a nivel mundial por brindar una respuesta eficaz de contención de la enfermedad y prevención del elevado contagio, sigue siendo de vital importancia proponer y ejecutar “herramientas críticas de prevención del VIH y su tratamiento” [2], realidad que trae consigo un compromiso social y comunitario, apoyado por las entidades gubernamentales, que invita a la solidaridad y el liderazgo sobre la creación de propuestas y programas de intervención, prevención e investigación. En este sentido conocer lo que opinan los adolescentes sobre la enfermedad y el contagio de la misma, puede brindar luces para que dichos programas sean más efectivos, ya que parten de un conocimiento que se ajusta a su lenguaje y necesidades de conocimiento en dicha temática.

De acuerdo con datos generados por el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA), para el año 2016 a nivel mundial, 1,8 millones de personas se contagiaron de la infección por el VIH, sin embargo desde 2010, las ocurrencias de infecciones por VIH en adultos bajaron cerca de un 11% es decir, de 1.9 a 1,7 millones, mientras en niños y niñas se aminoraron en un 47% o sea, de 300.000 a 160.000. ONUSIDA revela que desde el pico del año 2005 (1,9 millones) y en el 2010 (1,5 millones), las muertes por SIDA se redujeron en un 48%, lo cual expresa que en el 2016 en el mundo murieron 1 millón de personas por efecto de enfermedades relacionadas con el SIDA [2]. Para el caso de Colombia la entidad señala que en el año 2015, el número de personas que viven con el VIH fue de 150.000 mostrando una prevalencia del 0,5% en adultos entre 15-49 años, y 140.000 adolescentes contagiados, de las cuales 40.000 son mujeres. Los niños y niñas de 0 a 14 años de edad que viven con el VIH suman 1400, los fallecimientos por SIDA 2300, y el número de huérfanos de 0 a 17 años de edad por SIDA sumaron 23.000 [2]. Preocupa sobre manera que la prevalencia de la enfermedad en países llamados subdesarrollados y/o en vías

de desarrollo, está asociado en gran medida al consumo de sustancias psicoactivas por vía intravenosa, la falta de medios para emprender una respuesta organizada, políticas preventivas débiles, entre otros [3].

En este tenor a pesar del incremento de contagios tanto ONUSIDA [3] como UNICEF [4] demuestran reducciones del contagio, al respecto UNICEF señala que se han evitado cerca de 1,1 millones de nuevos casos en población menor de 15 años, gracias a los programas de prevención, lo que entre los años 2005-2013 significó una disminución del 50% de la enfermedad, aspecto que a su vez guarda relación con la efectividad de los servicios de prevención en la transmisión perinatal de la enfermedad. A pesar de esto, en dichos países el 33% de las madres embarazadas que portan la enfermedad, no reciben medicinas antirretrovirales, debido a las condiciones desiguales para acceder al tratamiento, lo que ha disminuido la efectividad para prevenir la transmisión del virus. Adicionalmente, UNICEF expone que la muerte en edades entre los 10 y 19 años por esta causa, es una problemática con acento especial puesto que “son el único grupo de edad en el que las muertes relacionadas con el SIDA no están disminuyendo” [4]. En el contexto nacional, la Organización de las Naciones Unidas informa que en Colombia:

Alrededor del 40% de las infecciones por VIH/SIDA se presentan en personas jóvenes (de 14 a 28 años). En los últimos 5 años se han notificado cerca de 15.980 jóvenes con el virus en Colombia. Sólo el 44% de los jóvenes usaron condón en la última relación sexual y únicamente el 27% se ha realizado una prueba para VIH en el último año. En el país, el 10,9% de las jóvenes de 15 a 19 años inicia relaciones antes de los 15 años, y el 48,7% antes de los 18 años. El 44% de los casos notificados en Colombia para el 2012 corresponde a mujeres jóvenes de 15 a 29 años y el 41% corresponde a hombres jóvenes, lo cual puede indicar una mayor detección en mujeres relacionada con

la realización de pruebas de VIH para mujeres gestantes. [5]

Asimismo, se han asociado algunas causas generales para explicar la extensión de la enfermedad, entre las que se destacan: 1) las conductas sexuales de riesgo, que abarcan el escaso uso del preservativo, la cantidad de parejas sexuales, el sexo anal y la frecuencia de los encuentros sexuales [6]; y 2) el desconocimiento alrededor de la temática que según Zambrano, Castro, Lozano, y Rojas [7] está vinculada a ideas relacionadas con prejuicios, mitos e imaginarios –no siempre correctos– acerca de la transmisión y el curso del virus. Por tanto, los conocimientos constituyen un elemento de prevención importante frente al VIH, dado que la desinformación se constituye como un factor de riesgo [8]. La principal consecuencia de la expresión de estas conductas de riesgo, y del desconocimiento referido al VIH parece ser las falencias de las campañas de prevención en cuanto eficacia de los objetivos y metas perseguidas, al igual que bajo el impacto publicitario generado en las poblaciones beneficiarias. Así, tal como lo demuestran Flores y De Alba [9] existe un efecto limitado de los medios masivos de comunicación, en tanto estrategias de difusión de la información preventiva, pues hasta el momento no han generado alcances significativos sobre la representación social del riesgo de contraer la enfermedad, lo que impide que se produzca una concientización mayor sobre la problemática.

Lo anterior explica parcialmente, no solo que la falta de información es causante del contagio, sino que también existe influencia de factores económicos, socioculturales y demás implicados en el incremento continuo de seropositividad en el mundo. Cabe resaltar que a nivel mundial se ha producido una disminución del 35% de las nuevas infecciones por el VIH desde 2000; también se redujeron en un 42% las muertes relacionadas con el sida desde el pico máximo de 2004; también, se produjo una reducción del 58% de nuevas infeccio-

nes por el VIH en niños y niñas desde el año 2000; y un 84% de incremento del acceso al tratamiento antirretrovírico desde el año 2010 [10]. Lo anterior revela que se ha interrumpido y revertido la difusión del VIH, logrando una reducción importante de la epidemia. Asimismo, en este informe se indica que en el 2014, un aproximado de 36,9 millones de personas vivían con el VIH, y que el número de personas que vive con el virus sigue aumentando en gran medida, a razón de que más personas acceden al tratamiento antirretrovírico, lo cual aumenta su esperanza de vida. Al respecto según datos de junio de 2015, en el mundo 15,8 millones de personas se encuentran accediendo a este tipo de tratamiento.

Así pues, la presente investigación se propone comprender las representaciones sociales que tienen los adolescentes sobre el riesgo de contraer VIH, teniendo como soporte teórico los aportes de Serge Moscovici y Jodelet [11], articulados a las dimensiones de información, campo de representación y actitudes propuestos por Mora [12]. Para Durkheim [13] la existencia de representaciones colectivas permitía identificar los contextos en que dichas representaciones coincidían mayoritariamente, y estipula además, que la encargada de estudiar este fenómeno es la psicología social, pues el lazo entre la representación y la cognición sustenta el surgimiento de lo simbólico. Por su parte Piaget [14 – 15] confirma la teoría de representaciones sociales soportado en los aportes de Mead y Blummer sobre interaccionismo simbólico, con los cuales Blumer [16] en tres postulados propone que: a) las personas condicionan su accionar dependiendo del significado particular que tengan sobre las cosas; b) El contenido de la realidad es definido a partir de las interacciones propias del lenguaje entre los sujetos, y c) El contenido está sometido a modificaciones por la traducción y evaluación subjetiva de cada investigador. En este tenor, Michel Foucault [17] al resaltar la particularidad de la experiencia de cada sujeto, adopta una mirada de los hechos a través de la reunión de

esquemas teóricos o representaciones subjetivas alusivas a la realidad, la historia y la cosmología. Cabe anotar que Serge Moscovici [18] hace una mayor exploración en el campo de las representaciones sociales, definiéndolas como una propiedad particular de conocimiento cuyo empleo es la producción de comportamientos y comunicación entre personas, de modo que constituye un *corpus* organizado de saberes además de una actividad psíquica que permite hacer inteligible la realidad social y física.

Moscovici [19] propone posibles fuentes u orígenes de las representaciones sociales, que están determinadas por sus contextos de creación, así como por otras tres condiciones fundamentales: a) la focalización individual y colectiva, en ella se tiene en cuenta que existe diversidad en las opiniones e ideas, dando origen a juicios de valor y una polarización sobre un asunto grupal y/o individual; b) la presión a la inferencia del objeto socialmente inferido, donde se hace referencia al forzamiento de la opinión frente a un hecho social o particular llevando los sujetos a realizar acciones acordes al interés público; finalmente c) la dispersión de la información, donde se percibe que aunque las personas cuentan con mucha información, ésta no es suficiente para responder a los cuestionamientos. Cuando las representaciones sociales logran encontrar una fuente de origen, continúan con su proceso de formación; Moscovici [18] expone ampliamente este proceso mediante dos fases: la objetivación y el anclaje, las cuales son procesos de comunicación mediante el diálogo, la formación ético-moral, y los medios de comunicación que permiten a los fenómenos ser inteligibles y manejables y que determinan las representaciones sociales [20].

La objetivación está relacionada con la apropiación de conceptos y objetos que le eran desconocidos previamente al sujeto, y según Moscovici [21], presenta tres fases: 1) la construcción selectiva en la que de acuerdo con Umaña [22] la persona conserva selectivamente aquello que le interesa para luego

organizarlo, según los factores socioculturales que lo determinan; 2) el esquema figurativo también denominado “esquematización estructurante” que surge una vez se encuentra organizada la información puesto que, se busca estructurar un discurso en un pensamiento concreto y llano, dotado de imágenes estructuradas o “núcleos figurativos” [19] que guardan relación con la experiencia propia. Y 3) la naturalización, la cual según Umaña [22] emerge cuando el concepto se transforma en imagen, misma que adquiere características simbólicas; cabe anotar que dicho simbolismo genera arbitrariedad y le permite convertirse en una realidad con existencia independiente. El anclaje busca transformar lo inusual o desconocido en conocido, es decir, habitar al sujeto a la presencia de ciertos elementos [22]. Dicho de esta manera el anclaje se efectúa de acuerdo a dos particularidades del objeto representado: 1) su inclusión en un contexto comunicacional habitual, cotidiano y precedente; 2) su operatividad y practicidad social (instrumentalización), es decir, su introducción y acople social en el marco de la comunicación y el entendimiento mutuo [22].

Además, toda representación de acuerdo con Mora [12] se conforma de tres condiciones: 1) la información que referencia la amalgama de saberes grupales respecto a un fenómeno; 2) el campo de representación, compuesto por la esquematización de las representaciones a través de la opinión, las creencias, actitudes, imágenes, experiencias, y consideraciones ético-morales; 3) la actitud que se encuentra relacionada con la apertura y posición de cada persona respecto a las representaciones sociales, es decir, a la adjudicación como correcta/incorrecta, agradable/desagradable, apropiada/inapropiada, ajustada/desajustada, etc. Finalmente, Moscovici [21] identifica tres tipos de representaciones sociales: a) Las *hegemónicas*, que cuentan con una gran aceptación social y corresponden a lo que Durkheim nombró como representaciones colectivas y se acercan a lo que Cornelius Castoriadis [23] de-

nomina imaginario radical e imaginario social; b) las *emancipadas*, que son poco comunes, se producen en el seno de subgrupos sociales y producen maneras de pensar novedosas; y c) las *polémicas*, que surgen en situaciones de conflicto y/o controversia entre un grupo, o cuando hay opiniones divididas en relación a un suceso social. Moscovici vincula también, las representaciones a tres elementos: *percepción*, *creencias* y *actitudes*, las cuales cooperan en el proceso de anclaje.

Para Moscovici [21] la *percepción* es la resultante del proceso de incorporación cognitiva de las experiencias, a través de juicios, definiciones y clasificaciones, en ella el objeto se transforma en elemento real de una representación social, al anclarse en un contexto, es decir, en una red de significados, de allí que «ser anclado» represente tener una referencia y recibir un valor semántico definido; de esta forma, sostiene que las *creencias* de las personas se construyen colectiva-socialmente, es decir, a partir de sus ideas, nociones y opiniones, las cuales se encuentran correspondidas con una declaración dada, que resulta común a múltiples integrantes de una comunidad. *Grosso modo*, la representación social establece una especie de *concepto-enlace-puente* entre lo social e individual, que a su vez manifiesta diversas significaciones y sentidos, informaciones, *creencias*, opiniones, estereotipos y actitudes. El autor define las Representaciones Sociales como sistemas cognitivos con un lenguaje y una lógica. Finalmente, interpreta las *actitudes* como el resultado de las representaciones sociales, de modo que se constituyen en estructuras mentales, que configuran y determinan sistemas cognitivos complejos, además del sistema de valores, la afectividad y estilo de vida, lo que quiere decir que son socialmente construidas en la vida cotidiana.

Algunas investigaciones realizadas de las representaciones sociales concernidas con el VIH/SIDA como la de Cardona [24], señalan la importancia que tienen las representaciones

sociales a la hora de evitar y disminuir falsas creencias alrededor del VIH, contribuyendo a minimizar el riesgo de contagio. De igual forma, Tosoli, Machado y de Oliveira [25] enfatizan que las representaciones sociales pueden generar estrategias de prevención más efectivas, ya que brindan un conocimiento más completo de la problemática y hacen parte del campo simbólico, por lo que se aproximan de manera real y directa a la dimensión psíquica del sujeto. Igualmente, Bermúdez [26] señala que algunos estudios sobre las representaciones sociales del VIH no abarcan el concepto de auto-cuidado, lo que puede incrementar el riesgo de contraer el virus. De la misma manera, Flores y De Alba [9] hacen énfasis en la poca efectividad que los medios de comunicación, los planes de intervención y los estudios estadísticos han tenido para lograr cambios significativos en torno a la representación que socialmente se tiene del VIH. En Colombia, Fonseca [27] realizó un estudio en el cual concluyó que las palabras asociadas a la población sin VIH y relacionadas con la *palabra inductora SIDA*, contenían aspectos emocionales, valorativos, sociales y científicos que con mayor frecuencia, se coligaban a las palabras: muerte, enfermedad y sexo. Conviene mencionar que ambos estudios resultan relevantes al momento de comprender las representaciones sociales, a razón de la importancia que tienen las palabras y frases de “anclaje”, que dan forma a la información asociada a la prevención, los saberes en torno al contagio y las interacciones en relación a dichos conocimientos. De suyo, identificar las nociones prevalentes en adolescentes que favorecen el contagio, puede facilitar a la comunidad científica la construcción de intervenciones adecuadas respecto a estas ideas en particular, y puesto que sólo 4 de cada 10 adolescentes y jóvenes consideran estar bien informados sobre el VIH/SIDA, el acceso a la información resulta primordial, aunque no es suficiente para obtener transformaciones en conductas y actitudes de contención y prevención frente al VIH [4].

Materiales y métodos

Diseño

Este es un estudio de tipo cualitativo – exploratorio, que se basó principalmente en el empleo de una entrevista semiestructurada para adolescentes escolarizados, donde a través del diálogo se obtuvo información sobre las ideas vinculadas al riesgo de contagio del VIH desde las representaciones sociales creadas en torno a dicho tema.

Población

La muestra estuvo constituida por 10 adolescentes, hombres y mujeres entre los 16 y 18 años de edad, los cuales se hallaban escolarizados en los grados 9°, 10° y 11° en una institución educativa pública, y cuyos estratos socioeconómicos iban desde 1 a 3 en la ciudad de Circasia (Colombia). La muestra fue no aleatoria y tuvo como base el deseo consentido o intención de participación en el estudio por parte de los entrevistados, a razón del interés generado en torno al tema investigado una vez expuestos los objetivos de la investigación en cada grupo. La muestra se extrajo de un total de 300 estudiantes matriculados en dichos grados.

Técnica e instrumentos

La técnica de recolección de información empleada fue la entrevista semi-estructurada, y un consentimiento informado, firmado por el participante y su representante legal. Adicionalmente, se utilizó una entrevista sociodemográfica con el fin de obtener algunos datos de caracterización. Con la entrevista, se obtuvo un conocimiento acerca de las percepciones y concepciones de los adolescentes con respecto al VIH. La entrevista permitió identificar el discurso de los adolescentes en relación a las representaciones sociales del VIH implícitas en el universo simbólico del lenguaje manifestado por la población. La entrevista semi-estructurada que se utilizó fue revisada por dos expertos en el tema y se componía de

10 preguntas. Con el fin de obtener una información más completa, se plantearon preguntas abiertas que facilitaron la libre expresión de los participantes.

Validación

La validación de la información se realizó a través de tres métodos: 1) la búsqueda de fuentes documentales y el examen continuo y minucioso de la información recaudada; 2) la revisión de la entrevista realizada por personas experimentadas en la temática; y 3) la comparación de los resultados con las fuentes teóricas y documentales ya revisadas previamente.

Procedimiento de recolección

Para llevar a cabo la recolección de la información se solicitó el aval del comité de bioética de la universidad, posteriormente se solicitó el permiso de la institución para realizar la aplicación de la entrevista y finalmente se aplicaron los instrumentos a los estudiantes de dicha institución, explicando previamente a los participantes que la información proporcionada se otorgaría de forma voluntaria, confidencial y totalmente anónima. La entrevista permitió la recolección de forma escrita de las opiniones que los participantes tenían acerca de los riesgos de contraer VIH.

Sistematización e interpretación de la información

La información recolectada, en primer lugar se digitalizó y posteriormente se ingresó en una base de datos en la que se guardó la información con ayuda de una rejilla. Para facilitar el análisis, se utilizó el software de análisis cualitativo Atlas TI 7.0 en el cual se organizaron los cuadros de relaciones entre categorías con la unidad hermenéutica y se sistematizó la información de las entrevistas o documentos primarios. Luego se separaron los textos en citas y se codificaron siguiendo lo planteado por Strauss y Corbin [28], identificando en primer lugar las categorías emergentes, siguiendo con

la clasificación de los tópicos, categorías y preguntas de la entrevista, para posteriormente, realizar una lectura comprensiva. Finalmente, se analizaron las tendencias, teniendo presente las similitudes, relaciones, diferencias, especificidades y particularidades de algunas entrevistas. A la par, se llevó a cabo el análisis de fuentes primarias, secundarias y de las opiniones y percepciones de los investigadores.

Resultados

La aplicación del instrumento permitió conocer que la *percepción* de los adolescentes respecto al VIH/SIDA concuerda con la opinión de que esta se trata de una enfermedad mortal, grave e incurable que afecta el sistema inmune, reduce las defensas, altera la salud mental y deteriora rápidamente a las personas, destacando que el tratamiento puede mejorar la calidad de vida de quienes han contraído la enfermedad, sin embargo no se utilizaron con frecuencia conceptos como *retrovirales* y *antiretrovirales*. Además, los adolescentes perciben que estar contagiado trae consigo rechazo y discriminación, sobre todo en el entorno social y familiar. A la par, se evidencia una tendencia a resaltar las consecuencias biológicas más que las emocionales. A la vez, los adolescentes visualizan el VIH/SIDA como una *enfermedad venérea* que se transmite principalmente por el contacto sexual, señalando que no pueden compartir cierto tipo de actividades con una persona infectada como el sexo sin protección, pues *“uno se contagia si no se protege”*. Igualmente el compartir comida y utensilios de aseo, los besos y otros tipos de contacto oral; pues ven en esto, un inminente riesgo en el intercambio de saliva, así como también en el hecho de donar sangre.

Todas estas observaciones se relacionan también con la percepción que tienen acerca del aumento de los casos atribuido a una vida sexual sin precaución, que implica tener relaciones sexuales con personas desconocidas, al igual que iniciar la vida sexual sin conocimiento

de las implicaciones que puede desencadenar un desconocimiento de las infecciones de transmisión sexual, ignorando lo relativo a las consecuencias de contraer el VIH/SIDA. Cabe resaltar la asociación que establecen los jóvenes encuestados sobre los portadores de la enfermedad con las prostitutas y hombres. Por otra parte, advierten que se deben enseñar los problemas asociados con contraer VIH, educar en el uso de mecanismos de prevención y las formas de transmisión. Es necesario resaltar que los adolescentes ven la prevención a través del uso del condón y/o tener relaciones con personas conocidas. Así mismo, apuntan a que el tener información parece ser un recurso medianamente efectivo. Los adolescentes perciben que la fuente principal de esta información ha sido sobre todo el colegio, y de igual modo, aunque en menor medida, a través de los medios de comunicación y en otros programas preventivos y/o en los hospitales. Se identifica con la investigación una baja percepción en relación al aprendizaje en la comunidad y en la calle en general.

En cuanto a las *creencias*, los adolescentes consideran que *“es una enfermedad que te deja marcado”* es decir, que se nota en la interacción social. También creen que es la enfermedad más peligrosa, que disminuye la calidad de vida y que causa la muerte en pocos días. Por otra parte, los adolescentes creen que tener relaciones íntimas con alguien que ya ha tenido numerosas parejas sexuales es un factor de riesgo para contraer el VIH, independiente de si la persona tiene o no la enfermedad. Del mismo modo, consideran que quienes poseen mayor riesgo son las mujeres que se involucran sexualmente con personas que no conocen. En este nivel, también se encontraron creencias acerca de que el contacto con la saliva o usar ropa interior ajena, puede posibilitar la adquisición del VIH/SIDA. Aquí cabe señalar que identificaron la ropa como portadora de la enfermedad por lo que creen que el virus puede permanecer allí cierto tiempo, y que en consecuencia al usar

la prenda se puede contraer el virus. Además, los adolescentes creen que el conocer la actividad sexual de la pareja o establecer criterios mínimos de protección son formas de prevención, a su vez, hay algunos que consideran que el VIH/SIDA no es una enfermedad que cause grandes daños.

En este tenor, los adolescentes presumen que las personas infectadas con VIH/SIDA se sienten inseguras de sí mismas, son discriminados, tienen que comer retraídamente y no pueden compartir alimentos, incluso señalan que existen dificultades para las personas que han contraído el VIH, a la hora de tener una pareja. Simultáneamente piensan que estas personas escasamente buscan ayuda y que muchas se contagian porque no se dejan educar en esta área. Los adolescentes creen que sobre el VIH/SIDA debería aprenderse primero en la casa, y que el internet fortalece la precaución. Ahora bien, en relación con las *actitudes*, se evidencia rechazo hacia las personas que contraen la enfermedad, al igual que hacia quienes tienen sexo con desconocidos y sin protección, evidenciando una disposición poco favorable hacia las personas que adoptan este tipo de conductas y tienen una sexual “aparentemente sana”, por lo que señalan como acciones protectoras efectivas el hecho de conocer la pareja y verificar mediante pruebas médicas el estado de salud, así como también, la protección a través del condón, de allí que se manifieste la importancia de *“Usar condón, ... mantener yendo al doctor para que te revisen a ti y a tu pareja”*.

Por otra parte, se nota una constante *actitud* de juzgamiento por parte de los participantes hacia las personas que tienen relaciones sexuales con frecuencia, y con personas desconocidas y sin protección, pues lo ideal es *“Siempre saber con quién va a tener sexo y protegerse a la hora de hacerlo”*. Se observó una actitud de señalamiento frente a quienes no se protegen: *“Porque no creen y no se protegen cuando tienen una relación sexual”*.

Sobre este mismo asunto, aparece una posición ambivalente en la que se evita juzgar a quienes portan la enfermedad, sin embargo, simultáneamente señalan que tienen la enfermedad por *confiar demasiado*, de allí que manifiesten cosas como: *“...no la juzgaría porque de pronto esta persona no sabía que con la persona que estuvo estaba contagiada y el terminó con esta enfermedad. Pero si le diría que por qué no se hicieron primero los exámenes”*. Hay que mencionar además, que los adolescentes manifestaron una postura en la que se debe evitar compartir todo lo que implique algún tipo de contacto cercano: *“Pues puedo hablar con él pero no estar muy juntos. No podría compartir de su misma comida ni de los alimentos que el consume”*, asumiendo incluso una actitud de exclusión hacia estas personas, viendo como inconcebibles la práctica de ciertas actividades, lo que implica una transformación en el vínculo pues: *“cambia completamente ya que no podrá estar con otra persona, tendrá que comer retirado, no podrá estar muy junto hacia otras personas tampoco podrá dar de lo que come”*.

Un resultado llamativo y novedoso arrojado por este estudio fue la emergencia de tres nuevas categorías: a) los *prejuicios*, b) la *educación como prevención* y c) la *prevención como evitación*, las cuales surgen a partir del discurso de los participantes. Respecto a los prejuicios estos se evidencian en preguntas referidas a las formas de contagio, en las opiniones acerca de las personas que habían contraído VIH y en la idea acerca del incremento de personas contagiadas, escenario en donde los participantes se expresaron de la siguiente forma: *“Todos ya cambian cierto, y que ya no va a ser lo mismo porque ya no se va a sentir igual, ni seguro con él mismo o ella misma”*, *“Porque en ocasiones hay hombres que están en busca de mujeres que lo hagan relajar o pagan para tener sexo, debido a esto hay mujeres que ya están contagiadas de esta enfermedad y estos hombres quedan ya contagiados”*, *“Cambia bastante, se echan a la pena u otras”*.

De igual forma, la categoría «*educación como prevención*» surgió del discurso de los participantes, referida principalmente a la identificación de factores educativos en temas cruciales como las formas de contagio y de protección, admitiendo que esto podría ser una fuerte herramienta preventiva. En esta categoría se evidenciaron respuestas como: “*Pues que el uso de condón les puede salvar la vida, que no importa que tan activa sea su vida sexual siempre y cuando se protejan*”, de allí que en este sentido, los discursos giraran en torno a: cómo se transmite la enfermedad; cómo se puede prevenir; el uso del condón, y cómo llevar una sexualidad sana. Seguidamente, se manifiesta el surgimiento de la categoría de «*prevención como evitación*» referente a las conductas evitativas frente a algunas personas o situaciones, expresadas por los participantes en preguntas alusivas principalmente a la existencia de grupos de riesgo, y las formas adoptadas con el fin de disminuir la probabilidad de contagio. Esta categoría se demuestra en respuestas como: “*algunos hombres, porque tienen una relación sexual y no se protegen y así pueden contaminar a la mujer*”, “*si va a tener relaciones sexuales con alguien desconocido, siempre se debe utilizar el condón*”.

Otro hallazgo relevante fue la identificación de algunos elementos socioculturales que emergen en las respuestas de los participantes. Por ejemplo, la insinuación de que los hombres son los principales portadores del VIH y de esta forma son ellos quienes contagian a las mujeres: “*Los hombres como las mujeres ya que en ocasiones algunas mujeres que tienen relaciones con hombres que no conocen pueden terminar contagiadas, y así cuando están con alguien más los contagian sin darse cuenta*”, “*Algunos hombres porque tienen una relación sexual y no se protegen y así pueden contaminar a la mujer*”. De igual forma, se evidencia un sesgo cultural hacia los sujetos que visitan o trabajan en prostíbulos como un grupo de alto riesgo para contraer VIH/SIDA, así, al

preguntar por las personas que con mayor probabilidad adquirirían el virus se obtuvieron respuestas como: “*Las mujeres y hombres que trabajan en prostíbulos*” y al indagar por la causa del incremento de personas contagiadas, los participantes refirieron: “*Porque en ocasiones hay hombres que están en busca de mujeres que lo hagan relajar o pagan para tener sexo debido a esto hay mujeres que ya están contagiadas de esta enfermedad y estos hombres quedan ya contagiados*”.

También se evidenció un desconocimiento de las interacciones a efectuar con personas que han contraído el virus, ya que, la mayoría manifestaron que la saliva era una de las actividades que no se pueden compartir con estas personas, generando una conducta social de rechazo por esta idea: “*Pues puedo hablar con él pero no estar muy juntos. No podría compartir de su misma comida ni de los alimentos que el consume*”, adicionalmente, los adolescentes señalaron como una consecuencia de contraer VIH/SIDA, el rechazo o aislamiento social y la obstaculización en algunos proyectos de vida (como el tener hijos): “*Que puede ser rechazado por personas... y también desesperación por ser alguien con el que las personas no quieren estar por miedo al contagio*”. “*No puedes tener hijos y si los tienen nacerán muy enfermos*”. Igualmente, un elemento social marcado en las respuestas de los participantes, fue que la mayoría señaló haber aprendido lo que sabe del VIH en el colegio, lo que puede reflejar la dificultad y precariedad de la enseñanza por parte de los padres u otros integrantes de la familia.

Discusión

Esta investigación se planteó como objetivo contrastar los planteamientos teóricos de Moscovici y Jodelet con los resultados obtenidos en la entrevista a adolescentes escolarizados, con el fin de comprender el contenido de las representaciones sociales respecto al riesgo

de contraer VIH a través de las percepciones, creencias y actitudes. Para alcanzar este objetivo, se abordaron inicialmente los postulados teóricos de Moscovici [19], quien plantea que existen tres elementos que determinan las representaciones sociales: la focalización individual, la presión a la inferencia del objeto socialmente inferido y la dispersión de la información. En la población investigada la *focalización individual* es visible en la idea que indagaba acerca de las opiniones que se tenían de las personas que habían contraído el VIH, donde las respuestas fueron bastante diversas. Lo anterior fue expresado por los adolescentes de la siguiente manera: *“Pues no sé ni que pensar de una persona así porque eso quiere decir que no se ha cuidado y ha estado con el que se le aparece”* *“No pienso nada malo ya que ellos son personas como todas y estas personas luchan contra esta enfermedad venérea”*; este aspecto referencia el uso de juicios de valor y también, en la polarización respecto al tema que hace parte de la focalización individual.

La *presión a la inferencia del objeto socialmente inferido*, es un elemento que no se evidencia en las respuestas de los participantes. Seguidamente, la dispersión de la información, fue evidente en el hecho de que aunque la mayoría de las respuestas fueron generales, la información proporcionada era diversa y a menudo sin una conexión lógica, además de incorrecta o insuficiente en algunos casos, por ejemplo, al indagar por las formas de contagio, algunos de ellos afirmaban que el VIH podía contraerse por medio de la saliva o de compartir alimentos con una persona contagiada siendo este un hallazgo fundamental debido a que evidencia un sesgo en la información. *“Yo creo que a través del sexo, besos, ingerir a nuestro organismo cosas que una persona contagiada haya salivado o algo así”* *“La relación sexual, un beso, la saliva”*. Igualmente, para Moscovici [22], existen tres [3] tipos de representaciones sociales «hegemónicas, emancipadas y polémicas» evidentes en las respuestas de los

adolescentes. Las *hegemónicas*, que surgen por ejemplo en la concepción general que tienen los participantes acerca de lo que es el VIH/SIDA, puesto que, la mayoría coincide en que es una enfermedad de transmisión sexual: *“Para mí es una enfermedad de transmisión sexual...”* *“Son enfermedades transmitidas sexualmente...”*. Las *emancipadas*, se manifiestan en la pregunta dirigida a identificar las consecuencias de contraer VIH en donde, a pesar de que los adolescentes expresan opiniones diversas, las respuestas podrían reunirse en dos grupos:

- 1) Los que enfatizan en el rechazo social o impedimentos en la vida de la persona: *“Que puede ser rechazado por personas que no tienen idea de cómo se transmite el VIH/SIDA y también, desesperación por ser alguien con el que las personas no quieren estar por miedo al contagio”*.
- 2) Los que priorizan las dificultades físicas y la muerte: *“Que si no nos cuidamos, nos puede llevar a la muerte”*.

Por último, se encuentran las *polémicas*, evidenciadas principalmente, en las preguntas acerca de las opiniones de las personas que habían contraído el VIH, en donde se encontraron algunas respuestas contradictorias en las que por ejemplo, se inicia con una aceptación, y se termina con un juicio de rechazo o viceversa: *“Pues pienso que debió haber pensado antes de acostarse con alguien sin protegerse pero todos cometemos errores no pienso nada malo de ellos”*, y aunque esto resulta importante la polarización es visible en el hecho que, mientras unos consideran que el riesgo de contagio es mayor en hombres jóvenes, otros afirman que ese contagio es un riesgo presente en *“todos”*; asimismo, la división es visible respecto al género, cuando señalan que tienen mayor riesgo *“Las mujeres y hombres que trabajan en prostíbulos”*, pero también aquellos que son promiscuos *“Esas personas que están con el uno y con el otro sin cuidarse”*. Por ello mientras algunos indican que los hombres

son principales portadores, para otros son las trabajadoras sexuales.

Por otra parte, Moscovici [18] señala como fundamentales la objetivación y el anclaje para la formación de las representaciones sociales.

La objetivación explicada ampliamente por Umaña [22], hace referencia a la apropiación de conceptos adquiridos de los medios de comunicación y la sociedad, en relación al VIH. Sin embargo, contrario a lo que encontró Fonseca [27], los adolescentes no evidenciaron influencias por parte de los medios masivos de comunicación en sus representaciones sociales, pues no los referencian como fuente de información, aunque, hay una convergencia con dicha investigación, según la cual, la influencia del contexto social y educativo en la construcción al nivel de la representación en torno al VIH, no ha sido considerada como una fuente clara. La mayoría afirma que su principal fuente de información es el colegio y el hogar: *“Hablando con mis padres o en el colegio y con otras personas y amigos”* *“Todo esto lo aprendí en el colegio y también en mi casa ya que esta educación no las dan para evitar esta enfermedad”* así como también, en el medio social, el internet y la TV: *“En el colegio aprendí todo esto y pues en la TV y mucho también se aprende en la calle”* y por ultimo *“En mi casa, colegio, en el hospital y he investigado por internet para tener precauciones”*

Cabe anotar que los adolescentes poseen un alto grado de desinformación con referencia a la diferenciación entre VIH y SIDA, y las divergencias respecto a otras enfermedades, salvo por indicar la irreversibilidad del síndrome, la mortalidad y el índice de peligro frente a las demás, no se hallan diferencias significativas y de gran importancia para la prevención, como el indicar que el VIH es una enfermedad que se puede transferir de madre a hijo, aspecto concordante con la investigación de Bermúdez [26] en la que señala que los jóvenes no refieren el embarazo como una situación de riesgo de contagio del VIH. Igualmente, aparece como un

concepto referido a las características del VIH el entender que afecta especialmente las partes íntimas, produciendo una actitud inadecuada en relación a la muerte por VIH que pareciera apuntar a un sesgo de muerte inmediata que se acentúa debido a la degradación del cuerpo ocasionada por la enfermedad, resultados que son análogos a lo encontrado por Fonseca [27] quien encontró que los adolescentes utilizaron frecuentemente los términos muerte, enfermedad y sexo para referirse al VIH.

Algo similar ocurre con lo relativo al hecho de compartir con las personas que poseen el virus, debido a que los adolescentes suelen generalizar que la transmisión se da por *contacto*, sea oral o sexual, generando en las actitudes una mayor resistencia a integrarse y socializar con las personas que portan el virus; esta resistencia es alimentada por la creencia según la cual, las personas que han contraído VIH son culpables por no conocer a las personas con las que sostienen relaciones sexuales; lo que parece apuntar a que los adolescentes atribuyen que quienes tienen la enfermedad se contagiaron por descuido. Es así que, respecto al estudio de Flores y De Alba [9] se encuentra como convergencia la existencia de un miedo al contagio acompañado por inseguridad y sentimientos de control sobre la sexualidad. Respecto a esto prevalece la exigencia de las pruebas de diagnóstico mencionados por los adolescentes y la hiper-vigilancia de la pareja, desencadenando la actitud crítica respecto de quienes no tienen conocimiento de la vida sexual de su compañero(a). Adicionalmente, parece que la representación se encuentra definida en una parte por el conocimiento especializado y la otra por el sentido común respecto a la enfermedad.

Así mismo, se manifiesta una desinformación con referencia a los grupos de riesgo, sustentado por la consideración acerca de una mayor prevalencia de la enfermedad en hombres y menor en las mujeres, señalando a los hombres como los principales portadores del virus.

Al respecto, Tosoli *et al* [25] hallaron algo similar, afirmando que se mantiene un sesgo frente a los grupos de riesgo y las formas de contraer la enfermedad, a pesar de que estos grupos de riesgo puedan ser distintos dependiendo de las características del contexto. Lo anterior converge, además, con aquello que encontró Cardona [24] sobre la prevalencia de algunos sistemas de representación donde predomina el prejuicio alrededor de los grupos de riesgo. También, se encontró que los adolescentes consideran que solo hay rechazo hacia las personas que han contraído el virus cuando hay un desconocimiento de la enfermedad, y que este desconocimiento también se convierte en un factor de riesgo, enlazando de este modo la desinformación y el desconocimiento como causa del incremento de contagios.

Paralelo a lo expuesto, se puede decir con respecto a la *objetivación*, que los participantes poseen un alto grado de desinformación en lo relativo a las características de la enfermedad, las formas de contagio, y los grupos de riesgo. Estas concepciones producen actitudes que afectan el modo de percibir a las personas que han contraído el VIH, así como la sexualidad y las relaciones de pareja. La evidente carencia de información se ve reflejada en estudios como el de Cardona [24] quien señaló la continua asociación que los adolescentes hacen del VIH con la muerte y que sigue evidenciando una ausencia de información acerca de la problemática, plantea el cuestionamiento frente a la información proporcionada por los medios de comunicación, la cultura, el hogar, y las instituciones educativas; punto abordado también por Fonseca [27], quien señala que los adolescentes no tienen una construcción científica de lo que es el VIH/SIDA. Por otro lado, se encuentra el anclaje, que según lo expuesto por Umaña [22] y por Mora [12] es referido a las actitudes, aspecto evidente en los participantes a través de actitudes de rechazo frente a diversos aspectos como por ejemplo: la adquisición de la enfermedad, tópico notable en

afirmaciones referidas a que es notorio cuando las personas contraen VIH.

Este resultado es divergente con lo hallado por Cardona [24] en donde afirma que quienes son portadores de VIH prefieren ocultar su condición para no sentirse rechazados, lo que demuestra el prejuicio de los adolescentes al señalar la enfermedad como algo que “*no se puede ocultar*” y “*se nota fácilmente*”. Conviene mencionar también, que dichas actitudes pueden estar relacionadas con la forma como los adolescentes interpretan las consecuencias orgánicas de la transmisión. La segunda actitud de rechazo, se manifestó de forma ambivalente hacia personas que habían contraído el VIH, puesto que por una parte, se realiza un juicio de valor a estas personas por estar contagiados y mientras por otra, aparece una simultánea aceptación por su condición de “ser persona”, que además se asocia a una actitud de lucha frente a la enfermedad. No obstante, se señala repetidamente que quienes han contraído VIH son culpables de sostener relaciones sexuales con desconocidos, y puntualizan de forma peyorativa que estos sujetos tienen una enfermedad venérea, que coincide con el señalamiento y la simultánea aceptación mencionada por Cardona [24].

De lo anterior se puede inferir que la actitud de rechazo es también, una forma de familiarización limitada, con aquello que se encuentra vedado a causa del desconocimiento, lo cual no solo busca un acercamiento limitado a dicha realidad, sino también la aceptación gradual de la condición vital del otro. En este punto cabe resaltar, que en los adolescentes no hay evidencia de sentimiento de culpa frente a la realización de conductas de riesgo, hecho difiere con lo encontrado por Tosoli *et al* [25] quienes resaltan que la problemática de las conductas de riesgo trae consigo el problema de la culpa, ya que se tiene el concepto de que la persona adquiere VIH porque llevó a cabo uno de estos comportamientos. Parece ser que las creencias erróneas sobre las formas de contagio, son

generadoras de actitudes de rechazo. Se indicó que el beso puede contagiar la enfermedad, que la comunicación debe ser lejana y que no se puede tocar la sangre de esa persona, por lo que se evita compartir algunas cosas como alimentos y objetos de uso personal, así como actividades que requieran cierto acercamiento, pero sobre todo, aquellas que tienen que ver con lo sexual. Esto diverge en cierta medida con lo encontrado por Tosoli et al [26] donde la transmisión sexual predomina en el discurso y mencionan escasamente aquellas que tienen que ver con otras formas.

Hay que mencionar además que a pesar de que la población es escolarizada, el conocimiento sobre la enfermedad es escaso, por ende también sobre las formas posibles de transmisión que se sustentan en el prejuicio. Igualmente, se evidencia una actitud de rechazo hacia quienes tienen una sexualidad activa con diferentes personas, refiriendo que están: “*con el uno y con el otro*”, marcando el riesgo que implican los prostíbulos. A esta idea, se añade la creencia de que los hombres visitan prostíbulos aumentando la transmisión de la enfermedad, y generando un sesgo frente al género masculino como portador de ésta, y se percibe un rechazo hacia las personas que tienen sexo por deseo o que se encuentran ejerciendo la prostitución, aspecto que los adolescentes identifican como un factor primario de riesgo para contraer VIH. Lo encontrado por Bermúdez [26] coincide en que los adolescentes identifican la libertad sexual como un factor influyente para contraer la enfermedad, esto parece tener relación con la idea de que la amplitud de la sexualidad dificulta la comprensión de su función.

Por lo anterior, se infiere que las actitudes evidenciadas en el anclaje fueron principalmente de *rechazo*, lo que podría estar ocasionado por la desinformación y la concepción de prejuicio social de la temática, y en gran medida a falta de información se ancla en los adolescentes una actitud de rechazo, la cual emerge como efecto de la dificultad de anclaje, es decir a la

dificultad de hacer habitual lo extraño. Este aspecto plantea un reto en el área psicológica en tanto reestructurar idealizaciones y actitudes de rechazo frente al VIH y sus portadores. También, se constató cierta tendencia de los adolescentes a la enajenación de la problemática, lo cual coincide con lo encontrado por Cardona [24] para quien los adolescentes visualizan el VIH como una problemática lejana a ellos. De allí que se les facilitaba hablar del asunto siempre y cuando no estuviesen implicados, por lo que el contenido del discurso cambió ante preguntas relacionadas con el riesgo personal de contagio, lo cual revela que los adolescentes producen variaciones en su campo de representación y en la construcción de la realidad respecto al VIH, hallazgo coincidente a lo encontrado por Fonseca [27].

Para Jodelet [29] existen cuatro elementos indispensables para que las representaciones sociales surjan: la experiencia propia, el auto-concepto, el saber que le ofrece la cultura y el saber académico. Cabe anotar que en los resultados, no se evidenció de forma específica y puntual la influencia de la experiencia propia en las representaciones sociales. Por su parte, el auto-concepto, aunque no se manifiesta de forma explícita, pareciera estar implícito en algunas respuestas, por ejemplo, en las preguntas relacionadas con las formas de evitar contraer el VIH se expresaban algunas nociones asociadas al auto-concepto, mismo que se asocia a otros riesgos vitales [30], y que fue manifiesto por ejemplo, en la idea de *protección*: “*protegerse a la hora de hacerlo (tener relaciones sexuales)*”, y el *tener cuidado* con las parejas sexuales “*No acostarse con cualquier persona*”, “*mirar bien con quién está (sexualmente)*”. En lo referente al *saber cultural*, este se hace notorio en muchas de las respuestas otorgadas por los participantes, principalmente, en lo relativo a los grupos poblacionales con mayor riesgo de contraer el VIH/SIDA, escenario donde se evidencia un sesgo cultural en tres vías: 1) hacia las personas que frecuentan o trabajan en prostí-

bulos: *“Las mujeres y hombres que trabajan en prostíbulos”*; *“... hombres que están en busca de mujeres que lo hagan relajar o pagan para tener sexo ...”*, y 2) hacia los hombres como portadores frecuentes del virus: *“Algunos hombres porque tienen una relación sexual y no se protegen y así se pueden contaminar a la mujer”* y 3) hacia las personas que tienen una vida sexual liberal o que cambian constantemente de pareja sexual: *“Quienes tienen demasiadas relaciones sexuales con las personas que no conocen”* *“Las personas que tienen una vida sexual activa ...”* *“Esas personas que están con el uno y con el otro ...”*. En este tenor, respecto al saber académico se evidencia en la pregunta que apuntaba a identificar en dónde se había aprendido los conocimientos de VIH en donde la totalidad de los participantes señalaron que fue en el colegio.

Como conclusiones de todo lo expuesto y en lo relativo a las percepciones, se evidenció una significativa desinformación, principalmente en relación a las formas de contagio, las características de la enfermedad y los grupos de riesgo. Igualmente algunas de las creencias que poseen los adolescentes son erróneas en lo relativo a las formas de contagio, y a las consecuencias del VIH y hacia quienes han contraído la enfermedad. Esta desinformación evidente en las percepciones y creencias ocasionan principalmente actitudes de rechazo frente a quienes mantienen relaciones sexuales sin protección o con personas que tienen un amplio historial sexual. Igualmente, hay un rechazo hacia quienes han contraído la enfermedad, aspecto evidenciado en la negativa a compartir utensilios, comida y ropa interior. También, se menciona que debe conservarse una distancia con las personas que poseen el virus al realizar actividades cotidianas como hablar. Otra de las actitudes de rechazo se manifestó hacia los hombres como principales portadores del virus y hacia quienes visitan o trabajan en prostíbulos. Estas actitudes parecen generar una consecuencia de resistencia, desconfianza e hipervigilancia respecto a las

parejas sexuales, exigiendo incluso pruebas médicas que demuestren que no se posee VIH.

De la misma forma, con respecto a los planteamientos de Mora [12] relativos a las dimensiones de las representaciones sociales, se encontró que al nivel de la información se encuentra que la cantidad de conocimiento es somera dirigida sobre todo al espectro biológico de la afección y abarca creencias populares que los adolescentes referencian, además, se evidencia desconocimiento de las consecuencias de contraer la enfermedad; y la calidad de la información es baja, pues está sustentada en gran medida sobre prejuicios, creencias populares erróneas y generalidades. Respecto al campo de la representación, se encuentra que la forma como los adolescentes han configurado los elementos constitutivos de la representación social del VIH /SIDA, ha sido sobre todo con base en creencias y opiniones, atribuyendo peso y significación sobre ciertos elementos de la problemática como la protección. Asimismo, sobre las actitudes se evidencia una orientación aparentemente desfavorable frente al VIH, marcando de forma particular el comportamiento de los adolescentes donde se halla que hay una actitud general de rechazo frente a quienes están infectados, los hombres como transmisores de la enfermedad y las personas que ejercen la prostitución. Las representaciones sociales del riesgo de contraer VIH en adolescentes evidencian que están constituidos por tres aspectos fundamentales: los *conceptos*, los *prejuicios* y las *ideas erradas*, generadas por la desinformación. Estos tres elementos no tienen una causalidad lineal porque están en interrelación e interdependencia constante.

Los conceptos, evidencian que el origen de los conocimientos en torno a la enfermedad generan elementos de prevención en dos vías: una vía educativa relacionada a la segunda, la vía evitativa. Por su parte, las ideas que se manifiestan como erradas, se componen de contenidos evitativos lo que parecen generar conductas de rechazo. Ejemplo de esto, son

las ideas en torno a los cambios vitales, que parecen modificar las percepciones, limitando o impactando la interacción que las personas puedan tener con los portadores del VIH/SIDA, lo que ha generado un imaginario de rechazo en los adolescentes. Estas ideas erradas parecen asociarse a las formas y consecuencias del contagio, generando una triangulación entre el riesgo de contraer VIH, las formas de contagio y las consecuencias de la enfermedad, lo que ocasiona una pobre identificación y delimitación de las características de cada uno de los elementos. Del mismo modo, se encontró una relación estrecha entre los prejuicios y las ideas erradas, ocasionada por la desinformación, en cuanto a las causas del VIH. Se evidenció que estas causas pertenecen al bagaje de información relativa a las formas de contagio de los adolescentes, por lo tanto, en pocos casos se diferencian las causas del VIH de los factores de riesgo, tratándose ambos conceptos de forma análoga.

Se obtuvieron algunos hallazgos novedosos como el surgimiento de algunas categorías emergentes: la prevención como evitación, la educación como prevención y el prejuicio. En este tenor, se evidenciaron aspectos culturales en el discurso de los adolescentes con referencia a las representaciones sociales y que generaban un sesgo frente al tema. En conclusión, se recomienda con base en la información, que se implementen en las instituciones educativas acciones preventivas de impacto, para lograrlo es fundamental la inclusión de una cátedra o

de una educación continua acerca del VIH y la sexualidad en general, ya que como se hace notorio no basta con orientaciones o charlas poco frecuentes, como las que recibe la población en cuestión, sino que se requiere brindar una información duradera que posibilite la transformación de algunas ideas erradas y de algunos prejuicios relativos al tema.

De igual forma, es pertinente que la familia tome parte activa en la educación sobre las principales causas de contagio del VIH, puesto que ninguno de los participantes mencionó su núcleo familiar como el escenario principal de instrucción en este tema. De esta forma se puede lograr una educación integral e integrada que trascienda la esfera escolar y que facilite un conocimiento eficiente y certero en torno al VIH. Se sugiere, como reto de la psicología y las disciplinas afines, trabajar en aras de generar transformaciones culturales en torno al VIH, que como fue evidente, tienen una gran influencia en los adolescentes, generando estigmas y sesgos en torno a ciertos grupos poblacionales y a quienes terminan contrayendo la enfermedad. Facilitando la inclusión de las personas con VIH a la sociedad y sirviendo como una poderosa herramienta contra la discriminación y el rechazo, tan evidentes en este estudio.

Conflictos de interés: los autores declaran que no existen conflictos de intereses

Fuentes de financiación: este estudio no contó con recursos de financiación externa.

Literatura citada

1. United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF. **VIH/SIDA en América Latina y el Caribe una epidemia joven**. New York: United Nations International Children's Emergency Fund – UNICEF; 2005.
2. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida –ONUSIDA. **Hoja informativa — últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA**. New York: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida –ONUSIDA ; 2017.
3. Organización de las Naciones Unidas – ONU. **10 facts on HIV/AIDS**. New York: Organización de las Naciones Unidas – ONU; 2014.
4. United Nations International Children's Emergency Fund - UNICEF. **Desde 2005 se han evitado 1,1 millones de infecciones de VIH/SIDA en niños** [Internet]. 2014. Recuperado de <http://www.unicef.org/uruguay/spanish/UNICEF-Dia-Mundial-del-SIDA.pdf>. 2014

5. Organización de las Naciones Unidas – ONU. **Más de 40 jóvenes líderes realizan primer encuentro nacional de jóvenes positivos (+)**. [Internet]. octubre 8 de 2015. Recuperado de <http://naciones-unidas.org.co/blog/2015/10/08/mas-de-40-jovenes-lideres-realizan-primer-encuentro-nacional-de-jovenes-positivos/>
6. Uribe AF. **Evaluación de factores de riesgo para la infección por el VIH / SIDA en adolescentes colombianos**. Granada: Universidad de Granada; 2005.
7. Zambrano R, Castro D, Lozano M, Rojas C. **Conocimientos sobre VIH y comportamientos en Salud Sexual y Reproductiva en una comunidad indígena de Antioquia**. *Rev Investigaciones Andina* 2013; 15(26):640–652.
8. Uribe AF, Orcasita LT, Vergara T. **Factores de riesgo para la infección por VIH/SIDA en adolescentes y jóvenes colombianos**. *Acta Colomb Psicol* 2010; 13(1):11-14.
9. Flores F, De Alba M. **El sida y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales**. *Salud Mental* 2006; 29: 51-59.
10. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida – ONUSIDA. **El sida en cifras**. Nueva York: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/sida – ONUSIDA; 2015.
11. Jodelet D. **La representación social: fenómenos, conceptos y teoría**. En: Moscovici S. *Psicología social II. Pensamiento y vida social*. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós; 1984.
12. Mora M. **La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici**. *Athenea Digital* 2002 ; 2:1–25.
13. Durkheim E. **Représentations individuelles et représentations collectives [archive]**. *Revue de métaphysique et de morale* 1898; 6:273-302.
14. Piaget J. **Introduction à l'épistémologie génétique**. Paris: PUF; 1950.
15. Piaget J. **Le rôle de l'imitation dans la formation de la représentation**. *Évolution psychiatrique* 1962. 72(4):625-631.
16. Blumer H. **Symbolic Interaction: Perspective and Method**. Englewood Cliffs N.J: Prentice Hall; 1969.
17. Foucault M. **La arqueología del saber**. Paris: Éditions Gallimard; 1969.
18. Moscovici S. **La psychanalyse, son image et son public**. París: Presses Universitaires de France; 1961
19. Moscovici S. **El psicoanálisis, su imagen y su público**. Buenos Aires: Huemul S.A; 1979.
20. Pérez M. **A propósito de las representaciones sociales: apuntes teóricos, trayectoria y actualidad**. La Habana : CD Caudales. CIPS; 2003.
21. Moscovici S. **The phenomenon of social representations**. En : Moscovici S. *Social representations*. Cambridge: Polity Press; 2000.
22. Umaña SA. **Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión**. Cuaderno de Ciencias Sociales. San José: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales (FLACSO) ; 2002.
23. Castoriadis C. **La editoreinstitución imaginaria de la sociedad**. Montevideo: Tusquets Editores; 1993.
24. Cardona J. **Representaciones sociales de calidad de vida relacionada con la salud en personas con VIH/SIDA de Medellín, Colombia**. *Rev Salud pública* 2010. 12(5):765-776.
25. Tosoli AM, Machado E, y Oliveira DC. **Representaciones sociales del SIDA para personas que viven con HIV y sus interfaces cotidianas**. *Revista Enfermagem* 2011; 19(3):1-8.
26. Bermúdez LE. **Representaciones sociales del VIH/SIDA y auto-cuidado como base para una propuesta de intervención en promoción y prevención con jóvenes y enfoque de género**. Tesis de Maestría. Manizales: CINDE-Universidad de Manizales; 2004.
27. Fonseca AP. **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 práctica**. Bogotá D.C: Universidad Nacional de Colombia; 2009.
28. Strauss A, Corbin J. **Bases de la Investigación Cualitativa. Técnicas y procedimientos para desarrollar la Teoría Fundamentada**. Medellín: Universidad de Antioquia. 2002.
29. Jodelet D. **La representación social: fenómenos, concepto y teoría**. En: Serge Moscovici, *Psicología Social. II: Pensamiento y vida social*. Psicología social y problemas sociales. Barcelona: Paidós; 1986.
30. Andrade, J. **Aspectos psicosociales del comportamiento suicida en adolescentes**. *Revista Electrónica de Psicología Iztacala* 2012. 15(2):688–721.

