



Acta universitaria

ISSN: 0188-6266

ISSN: 2007-9621

Universidad de Guanajuato, Dirección de Investigación y Posgrado

Herrera-Herrera, Miguel Ángel; Figueroa-Varela, Ma. del Rocío
Representaciones sociales de la salud sexual: encuentros y desencuentros al realizarse la prueba de VIH
Acta universitaria, vol. 32, e3408, 2022
Universidad de Guanajuato, Dirección de Investigación y Posgrado

DOI: <https://doi.org/10.15174/au.2022.3408>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=41674605044>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UJEM
redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

Representaciones sociales de la salud sexual: encuentros y desencuentros al realizarse la prueba de VIH

Social representations of sexual health: encounters and disencounters in HIV testing

Miguel Ángel Herrera-Herrera¹, *Ma. del Rocío Figueroa-Varela²

Universidad Autónoma de Nayarit. Colonia Centro, Tepic, Nayarit.

¹Tel. (311) 211 8800, ext. 8906. miguel_hra@hotmail.com, <https://orcid.org/0000-0001-7337-4837>

² Tel. (311) 211 8800, ext. 8906. rocio.figueroa@uan.edu.mx, <http://orcid.org/0000-0003-0858-383X>

*Autor de correspondencia.

Resumen

El estudio tuvo como objetivo analizar las diferencias de contenido y estructura de representaciones sociales de salud sexual entre mujeres y hombres según si se habían realizado o no pruebas de detección de VIH. A través de un muestreo aleatorio intencional, se aplicó la técnica de evocación jerárquica a 204 jóvenes de entre 18 y 29 años de edad en Tepic, Nayarit, México. Se realizó un análisis de importancia y frecuencia de términos asociados para identificar la estructura de la representación y una categorización por áreas teóricas para clasificar su contenido. Para los jóvenes que no se habían realizado la prueba de VIH, la salud sexual fue entendida desde referencias biomédicas con hincapié en la responsabilidad, mientras que aquellos que sí se habían realizado el diagnóstico añadieron a su comprensión significados relacionados con afectos y autocuidado. Los resultados son discutidos a partir de su articulación con los sistemas socioculturales de género, sexualidad y salud.

Palabras clave: Comportamiento sexual; género; psicología social; representaciones sociales; salud sexual.

Abstract

The purpose of the study was to analyze differences of content and structure in social representations of sexual health among young men and women who had already applied (or not) HIV tests. Through an intentional random sampling, the technique of hierarchical evocation was applied to 204 young people between the ages of 18 and 29, in the city of Tepic, Nayarit, México. An analysis of importance and frequency was done to identify the structure of the representation, as well as a categorization for theoretical areas to classify its content. For young people who had not applied HIV tests, sexual health was understood through biomedical references with a focus on responsibility, whereas those who had applied the diagnosis test added meanings related to affect and self-care. The results are discussed in terms of their articulation with the socio-cultural system of gender, sexuality, and health.

Keywords: Sexual behavior; gender; social psychology; social representations; sexual health.

Recibido: 04 de diciembre de 2021

Aceptado: 30 de mayo de 2022

Publicado: 17 de agosto de 2022

Cómo citar: Herrera-Herrera, M. A., & Figueroa-Varela, M. R. (2022). Representaciones sociales de la salud sexual: encuentros y desencuentros al realizarse la prueba de VIH. *Acta Universitaria* 32, e3408. doi: <http://doi.org/10.15174/au.2022.3408>

Introducción

En México, las personas de entre 15 a 29 años representan el 25.7% del total de la población nacional (Instituto Nacional de Estadística y Geografía [INEGI], 2018). Las decisiones en salud en las juventudes tienen implicaciones para la salud pública, pues afectan de manera directa sus posibilidades de llevar vidas con autonomía, bienestar y desarrollo. El atender sus conductas de riesgo, en específico las relacionadas a la salud sexual, es una prioridad social, ya que en los últimos cinco años se han incrementado en un 30% los nuevos diagnósticos del virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y del síndrome de la inmunodeficiencia adquirida (sida), concentrándose los casos en el grupo etario de entre 20 y 29 años (Secretaría de Salud [Salud], 2020). Estos datos reflejan problemáticas importantes para las y los jóvenes del país, pero además revelan que las estrategias implementadas para mitigarlo no han tenido los efectos esperados.

La educación sexual integral ha sido cuestionada por acercarse a la salud sexual desde un enfoque principalmente biologicista (Rosales-Mendoza & Salina-Quiroz, 2017), en donde se reproducen esquemas o modos legitimados de pensar y actuar que acompañan al orden económico, político y social donde se generan, sostienen y reproducen; y así la sexualidad se liga o asocia a prácticas de riesgo, alejando a la población juvenil de la capacidad de agencia de su propio cuerpo que les lleva a situaciones de vulnerabilidad ante diversos riesgos (Ojeda, 2021). Uno de esos riesgos son las enfermedades de transmisión sexual, las cuales se detectan a través del examen de VIH incluyendo el posible riesgo de desarrollar el sida (Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida [Censida], 2018). De hecho, se recomienda la prueba diagnóstica como parte de los exámenes rutinarios de salud para todas las personas de entre los 13 y 64 años o para aquellas expuestas a riesgos de adquirir la condición (National Institutes of Health [NIH], 2021). En México, la principal vía de transmisión del VIH se da a través del contacto sexual, seguida de la vía perinatal, por medio de drogas inyectables y la vía sanguínea (Censida, 2020). Se estima que del total de personas que viven con VIH en México solamente el 63% conoce su diagnóstico (Xantomila, 2019), y de quienes están en terapia antirretroviral, el 49% la iniciaron de manera tardía (Magis-Rodríguez *et al.*, 2015) para asegurarse vidas saludables y evitar la propagación del virus.

El estado de Nayarit registra, en cuanto a la edad de inicio de la vida sexual de las mujeres, un promedio de 17.2 años. Respecto al primer uso de anticonceptivos, la edad promedio es a los 21.6 años, presentando entre este periodo etario de los 17 a los 21 años sucesos importantes de vida como la primera unión con la pareja y el nacimiento del primer hijo (Consejo Nacional de Población [Conapo], 2017). Nayarit ocupa el tercer lugar nacional en el porcentaje de nacimientos registrados de madres adolescentes (Conapo, 2019). En el tema de VIH y sida, Nayarit tiene la novena posición respecto a la tasa de incidencia de nuevos diagnósticos de sida en el país, no así de VIH (Censida, 2019). Esta información es relevante porque sugiere un contexto que no favorece que las personas lleven a cabo prácticas sexuales seguras, como el conocer su estado serológico.

Las investigaciones e intervenciones sociales para paliar las problemáticas sobre salud sexual en la juventud han sido tradicionalmente diseñadas a partir de la idea de que la falta de información es la causante de las conductas de riesgo. No obstante, se reconoce que los conocimientos sobre salud y sexualidad en los jóvenes no garantizan que realicen prácticas sexuales seguras (Baiz *et al.*, 2016; Ojeda, 2021), sino que en ellas intervienen los significados, los afectos y las subjetividades, que son producto de las relaciones sociales donde se llevan a cabo. Los aparatos discursivos del poder mediados por instancias como el Estado, la medicina, la educación o la familia, en su conjunto producen un poder-saber que ha legitimado una sexualidad centrada en la reproducción y no en el placer (Serrato & Balbuena, 2015), así las intervenciones implementadas desde estos discursos están enfocadas al desarrollo de recursos cognitivos desde una mirada individualista; se componen de tentativas de higiene y abstinencia que asumen a las y los jóvenes no como sujetos de derechos sino se perfilan en la sanción y el control del ejercicio de su sexualidad (Chávez *et al.*, 2016).

Así pues, la sexualidad requiere problematizarse no como una entidad fija, sino como un constructo social en donde la actual complejidad sociocultural influye en esta dimensión de la vida del ser humano en donde se vive el cuerpo (deseos, placeres, relaciones y fantasías) y se co-construyen las prácticas sexuales bajo los marcos culturales específicos matizados por contextos de diferencia y desigualdad que buscan reglamentar a través de tradiciones, valores, identidades y relaciones de poder (Hernández, 2018; Ramírez & López, 2013).

Las representaciones sociales es una teoría que coloca la mirada en entender la construcción del sentido común de grupos y conglomerados humanos, es decir, aquellas formas cotidianas con las que las personas interpretan su realidad y dotan de significado y sentido a sus prácticas sociales (Urbina & Ovalles, 2018). Estas interpretaciones colectivas se coordinan con la acción individual y social, por lo que dedicarse a su estudio permite identificar cómo un determinado grupo social significa un ámbito específico de su vida social. Desde el enfoque estructural de las representaciones sociales, un paso significativo para la transformación cultural y de las prácticas sociales será atender de manera prioritaria su núcleo central (Banchs & Lozada, 2000, en Urbina & Ovalles, 2018), es decir, aquellos elementos consensuados e históricos que agrupan y organizan a la representación y que se diferencian del sistema periférico, donde los elementos van adaptándose a cambios del contexto (Cejudo-Cortés *et al.*, 2018).

Se requiere entonces identificar cuáles de sus elementos contenidos son centrales y cuáles son periféricos. Siguiendo esta lógica práctica, se tendrían herramientas para implementar estrategias de acción eficaces y culturalmente relevantes para las mujeres y hombres jóvenes de Tepic en su cotidianidad, abonando por añadidura a la construcción de políticas y programas públicos enfocados a su salud y desarrollo integral.

Es así que el estudiar el contenido de las representaciones de salud sexual permite acercarse a los significados y discursos contruidos culturalmente en torno a la salud, las prácticas sexuales y las dinámicas relacionales entre sujetos sociales específicos. Tomando en consideración la relación dialógica entre representación y comportamiento, surgió el interés por conocer aquellos elementos de las representaciones sociales que facilitan a los sujetos el llevar a cabo prácticas de salud sexual, como lo es la realización de la prueba de VIH.

Contrario a lo que se pudiese suponer, el hecho de que las y los jóvenes se realicen el examen para detectar VIH no se relaciona con tener mayores conductas de riesgo, sino con un menor estigma sobre el VIH, mejores conocimientos sobre el diagnóstico y tratamiento, una mayor percepción de vulnerabilidad frente a la infección y una mayor accesibilidad a la prueba (Morales *et al.*, 2016; Sanabria-Mazo *et al.*, 2020). Esto hace suponer que quienes se han realizado el diagnóstico cuentan con mayores recursos para reducir riesgos y hacer frente a la adversidad en lo que a cuidado sexual se refiere, lo cual no sucede en aquellas juventudes donde el temor al VIH evita que se realicen el test y les pone en mayor riesgo de un diagnóstico tardío (Morales *et al.*, 2016).

En el presente estudio, entonces, se planteó el objetivo de analizar las diferencias de contenido y estructura de las representaciones sociales de salud sexual entre mujeres y hombres en la ciudad de Tepic, Nayarit, México, según si se habían realizado o no la prueba de detección de VIH.

Materiales y métodos

El enfoque de la investigación fue de carácter cualitativo con alcance descriptivo y diseño transversal. Para obtener la información, se realizó un muestreo aleatorio intencionado en espacios públicos de la ciudad de Tepic, Nayarit. Con la intención de acceder a una mayor diversidad de sujetos sociales, la información se recolectó en plazas, parques y calles principales donde se reúnen las y los jóvenes de dicha ciudad, invitándolos directamente para apoyar en la investigación; quienes aceptaron a participar en la investigación firmaron una carta de consentimiento informado.

Contexto del estudio

Nayarit, estado localizado en la zona centro-occidente de la República Mexicana, tiene una actividad económica enfocada en el sector terciario; es la economía con menos peso en el PIB nacional, con índices de pobreza de 40.5%. Tepic, por su parte, es la capital del estado con una población en 2014 de 413 608 habitantes (Centros de Integración Juvenil [CIJ], 2018) y es donde se concentra el mayor número de adolescentes y jóvenes entre los 15 y 29 años de edad. La escolaridad que aparece con mayor frecuencia es la básica con un 42%, el 25% de la ciudadanía cuenta con educación media superior y el 30% tiene educación superior. El 75% de la población dice practicar la religión católica (INEGI, 2016).

Características de los participantes

Para el análisis se integraron 204 personas que cumplieron con los criterios de a) haber iniciado su vida sexual y b) haber informado sobre la realización o no de la prueba de VIH en el último año¹. La muestra tuvo un mínimo de edad de 18 años y un máximo de 29, con una media de edad de 22.1 años ($\sigma = 2.853$). Respecto al género, 98 participantes (49%) fueron varones y 106 (52%) fueron mujeres. El 36.8% ($n = 75$) de la muestra se había realizado un diagnóstico para conocer su estado serológico.

¹ Este trabajo se deriva de una tesis de grado que abordó la sexualidad desde temáticas silenciadas como el placer y los afectos sexuales. Se decidió delimitar los resultados de esta publicación a la representación de salud sexual de los participantes.

Para los análisis comparativos se construyeron cuatro grupos: (1) hombres que se habían realizado la prueba de VIH (20.6%, $n = 42$), (2) hombres que no se habían realizado la prueba de VIH (27.5%, $n = 56$), (3) mujeres que se realizaron la prueba de VIH (16.2%, $n = 33$) y (4) mujeres que no se habían realizado la prueba de VIH (35.8%, $n = 73$). Sus principales características sociodemográficas se presentan en la Tabla 1, donde se observa una representación relativamente homogénea de las condiciones socioculturales entre grupos.

Tabla 1. Características sociodemográficas de las/los participantes según el género y la aplicación de prueba de detección de VIH.

	Hombres con prueba de VIH		Hombres sin prueba de VIH		Mujeres con prueba de VIH		Mujeres sin prueba de VIH		Total	
	f	%	f	%	f	%	f	%	f	%
Estado Civil										
Soltería	39	92.9	50	89.30	28	84.8	66	90.4	183	89.7
Matrimonio	1	2.4	2	3.6	4	12.1	2	2.70	9	4.4
Unión libre	2	4.8	3	5.40	1	3	5	6.8	11	5.4
Grado de Estudios										
Secundaria	3	7.1	2	6.6	2	6.1	3	4.10	10	4.9
Preparatoria	9	21.4	19	33.9	8	24.2	16	21.9	52	25.5
Carrera Técnica	4	9.5	2	3.6	1	3	2	2.7	9	4.4
Licenciatura	26	61.9	33	58.9	21	63.6	50	68.5	130	63.7
Posgrado					1	3	2	2.7	3	1
Nivel Socioeconómico										
Bajo	10	23.8	9	16.1	5	15.2	15	20.5	39	19.1
Medio	23	54.8	37	66.1	20	60.6	43	58.9	123	63
Alto	9	21.4	10	17.9	8	24.2	15	20.5	42	20.6
Religión										
Prácticas religiosas	11	26.2	25	44.6	14	42.4	34	46.6	84	41.2
Orientación Sexual										
Heterosexual	19	44	43	76.8	28	84.8	55	83.3	145	73.6
Homosexual	15	34.9	11	19.6	3	9	4	6	33	16.7
Bisexual	8	18.6	2	3.6	2	6	7	10.6	19	57.6

Nota. $n = 204$, hay casos perdidos porque hubo quienes no desearon contestar alguna pregunta.
Fuente: Elaboración propia a partir de la información recolectada.

Técnica de investigación

Como instrumento de recogida de información se utilizó la técnica evocación jerárquica (Abric, 2001). Esta es una variación a la técnica de asociación libre, la cual permite acercarse a la comprensión del punto de vista subjetivo de los sujetos sociales y con ello al universo semántico de una representación social (Dany et al., 2015; Lo Monaco et al., 2017). Se trata de una técnica que consiste, en primer lugar, en pedir a participantes que enlisten de manera libre los términos, expresiones o adjetivos que vengan a su mente a partir de un término inductor que se les presenta –que en este caso fue *salud sexual*–; en segundo lugar, deben jerarquizarlos a partir de la importancia que le otorgan a cada uno para definir la representación estudiada.

Para la investigación se diseñó un instrumento *ad hoc* que contenía el consentimiento informado, las instrucciones, la palabra estímulo y un cuestionario sociodemográfico con preguntas sobre: género, edad, estado civil, ocupación, nivel socioeconómico, si profesa alguna religión, tipo de unión afectiva, orientación sexual, el uso del preservativo en la última relación sexual y si se habían realizado la prueba de detección de VIH en los últimos 12 meses. El instrumento se piloteó en una primera fase para revisar la idoneidad de la técnica.

Con la intención de acceder a una mayor diversidad de sujetos sociales, y con ello enriquecer el estudio, las aplicaciones se realizaron en espacios públicos como plazas, parques y calles principales de la ciudad de Tepic. El procedimiento consistió en acercarse a las y los participantes en su cotidianidad, invitarles a participar en el estudio, obtener el consentimiento informado, explicar las tareas a realizar y proceder a que cada uno respondiera el instrumento de manera individual.

Para establecer las palabras con las que las y los participantes construyen cada representación social, se estableció como punto de corte aquellas palabras definidoras cuyo porcentaje de frecuencia de aparición en el grupo fuese mayor al 10%, esto con la finalidad de asegurarse de que se trata de elementos consensuados y representativos del grupo (Hinojosa, 2008). Para el análisis de la estructura, se identificaron las palabras que alcanzaron el punto de corte en cada representación social, clasificadas a partir de su rango de importancia y frecuencia para determinar las hipótesis estructurales de las representaciones (Dany et al., 2015). Los elementos más salientes, es decir, con una frecuencia e importancia alta, se consideraron parte del núcleo central de cada representación social. Para el análisis del contenido, se examinaron las cualidades semánticas de las palabras contenidas en la representación a través de una categorización por áreas teóricas iniciales (Domínguez et al., 2003, como se citó en Trejo & Díaz, 2017), la cual se puede ver en la Tabla 2, que también incluye una categoría que emergió al momento de hacer el análisis.

Tabla 2. Categorización por áreas teóricas de las representaciones sociales de salud sexual.

	Descripción Teórica	Definidoras contenidas
Riesgos y planeación familiar	Se refiere a prácticas relacionadas con el uso del condón, la planificación familiar y prevención de infecciones de transmisión sexual, desde un enfoque biomédico (Rangel, 2018).	Análisis, Anticonceptivos, Condón, Enfermedades, Higiene, Pastillas, Prevención, Protección, Salud, Seguridad, Sida
Autonomía y responsabilidad individual	Se refiere a advertencias específicas al cuidado del propio cuerpo, desde un enfoque de responsabilidad individual (categoría emergente).	Amor propio, Abstinencia, Autoconocimiento, Chequeo, Cuidado, Conciencia, Cuidarse, Fidelidad, Monogamia, Responsabilidad
Bienestar	Se refiere a elementos de bienestar físico, mental y social en relación con la sexualidad, desde un enfoque positivo (Rojas et al., 2017).	Amor, Bienestar, Comunicación, Confianza, Necesidad, Pareja, Placer, Respeto, Sexo
Información sobre sexualidad	Se refiere a ideas sobre la producción, difusión y uso de la información, es a la vez un conocimiento que se adquiere desde la educación (Collazos, 2012; Rangel, 2018).	Conocimiento, Educación, Información

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recolectada.

Resultados

De la información recolectada se desprende que la orientación sexual más reportada entre las y los participantes fue la heterosexual. Del grupo de hombres que se hicieron un diagnóstico de VIH, los varones homo/bisexuales fueron mayoría, no así las mujeres lésbicas o bisexuales. La Figura 1 señala que el uso del preservativo en la última relación sexual es mayormente reportado por los varones. Las mujeres y quienes no se han practicado en el último año la prueba serológica indicaron en mayor medida estar en una relación de pareja.

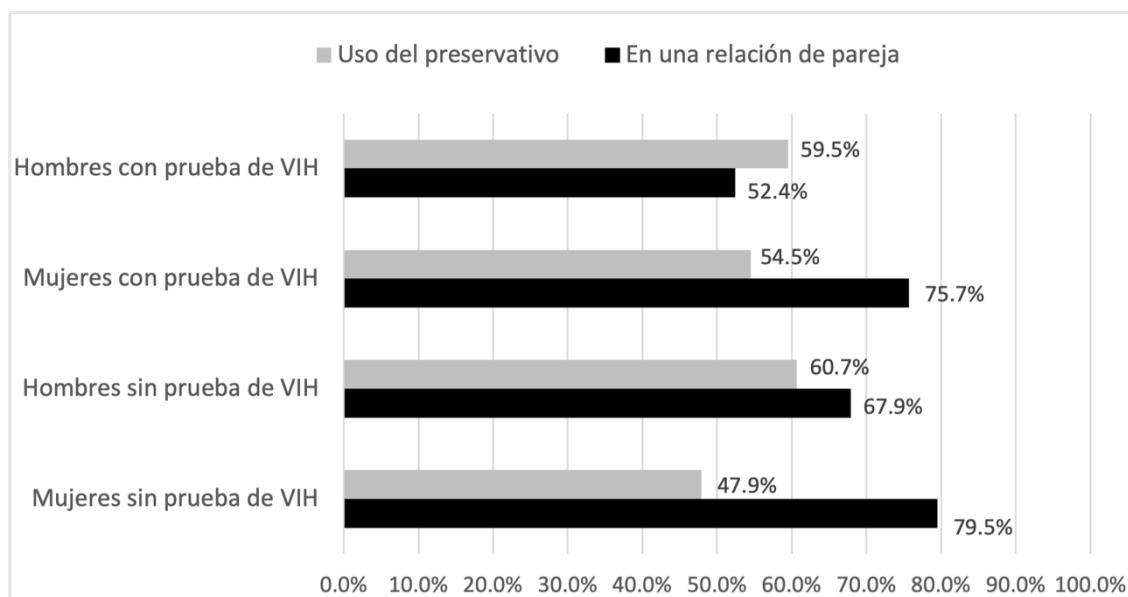


Figura 1. Uso del preservativo y tipo de unión afectiva según el género y la aplicación de prueba de detección de VIH.
Fuente: Elaboración propia a partir de la información recolectada.

El análisis estructural de las palabras con las que hombres y mujeres dan sentido a la salud sexual se muestra en las Tablas 3 y 4. Para los varones con test de VIH, el campo representacional estuvo compuesto por un total de 20 elementos, y para los que no se habían realizado el diagnóstico fueron 19 elementos. Desde un criterio cuantitativo, los elementos representacionales fueron compartidos por el 35.62% del grupo de hombres con prueba de VIH y por el 38.80% en los hombres sin la prueba de VIH. Los hombres que desconocen su estado serológico mostraron un mayor consenso en sus significados, contrastando con quienes sí se habían realizado el diagnóstico, al construir representaciones más heterogéneas e individualizadas.

El elemento saliente o prominente en su expresión fue *condón* para ambos grupos de varones, este fue el mencionado con mayor frecuencia por los participantes. Sobre la definidora de mayor valor simbólico, o sea la más importante para el grupo, fue la *protección* en los hombres con prueba de VIH y la *responsabilidad* en aquellos sin la prueba.

En la Tabla 3 se identifica la zona a la que las definidoras pertenecen en cada representación social. Para ambos grupos de varones, el núcleo central, o aquellos elementos que dan coherencia y significación al contenido global de la representación, estaría compuesto de seis elementos. Al no tratarse de los mismos significados, se puede decir que son dos representaciones cualitativamente distintas.

Tabla 3. Estructura de las representaciones de salud sexual en hombres que se han realizado la prueba de VIH y aquellos que no se han practicado la prueba.

	Hombres con prueba de VIH				Hombres sin prueba de VIH			
	Palabra	f	R	%	Palabra	f	R	%
Núcleo Central	Condón	24	3.25	57.14	Condón	36	4.44	64.29
	Higiene	21	3.24	50.00	Higiene	31	3.68	55.36
	Protección	13	3	30.95	Protección	20	3.5	35.71
	Chequeo	11	4.64	26.19	Información	16	4	28.57
	Información	10	4.7	23.81	Responsabilidad	15	3	26.79
Zona de contraste	Cuidado	10	5	23.81	Cuidado	18	5.28	32.14
					Anticonceptivos	16	5.25	28.57
Primera periferia	Confianza	6	3.5	14.29	Enfermedades	13	4.46	23.21
	Conocimiento	6	3.83	14.29	Salud	11	4.09	19.64
					Seguridad	11	4	19.64
					Conciencia*	7	4	12.50
					Doctor	6	4.83	10.71
					Sida*	6	4.4	10.71
Segunda periferia	Anticonceptivos	8	6	19.05	Confianza	12	6.5	21.43
	Amor Propio*	7	5.14	16.67	Pastillas*	11	6.09	19.64
	Enfermedades	7	6.57	16.67	Respeto	11	5.55	19.64
	Análisis*	6	5.67	14.29	Conocimiento	8	5.75	14.29
	Monogamia	6	5.33	14.29	Sexo*	8	6.63	14.29
	Placer	6	6.83	14.29	Chequeo	6	6.33	10.71
	Abstinencia*	5	7	11.90				
	Educación	5	5.8	11.90				
	Pareja	5	5	11.90				
	Respeto	5	6.6	11.90				
	Comunicación	5	7.5	11.90				
	Fidelidad*	5	6.5	11.90				

Nota. * definidoras propias de cada grupo; f = frecuencia; R = rango de importancia.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recolectada.

En los participantes que se habían realizado la prueba de VIH, *condón*, *higiene* y *protección* expresan la salud sexual como algo preventivo; *chequeo* hace referencia a prácticas de autocuidado; e *información* señala la relevancia de los conocimientos. Para el grupo que no se había realizado un diagnóstico, *higiene*, *protección*, *condón* y *anticonceptivos* se relacionan a discursos de prevención y planeación; *información* expresa la importancia de conocimientos organizados; y *responsabilidad* enfatiza una cuestión de deber individual.

Tabla 4. Estructura de las representaciones de salud sexual en mujeres que se han realizado la prueba de VIH y aquellas que no se han practicado la prueba.

	Mujeres con prueba de VIH				Mujeres sin prueba de VIH			
	Palabra	f	R	%	Palabra	f	R	%
Núcleo Central	Higiene	18	3	54.54	Higiene	36	3.19	49.31
	Condón	16	3.38	48.48	Protección	33	3.42	45.20
	Anticonceptivos	10	2.6	30.30	Condón	29	4.28	39.72
	Información	8	2.75	24.24	Anticonceptivos	24	3.75	32.87
	Protección	8	3.63	24.24	Información	24	3.33	32.87
Zona de contraste					Responsabilidad	17	3.71	23.28
	Chequeo	10	5	30.30	Cuidado	28	5.43	38.35
	Cuidado	9	5.11	27.27	Enfermedades	20	5.75	27.39
Primera periferia					Conocimiento	17	5.94	23.28
	Conocimiento	7	3.43	21.21	Prevención*	14	4.57	19.17
	Responsabilidad	7	4	21.21	Confianza	12	3.92	16.43
	Bienestar	5	2.8	15.15	Chequeo	11	4.55	15.06
	Cuidarse*	4	2.5	12.12	Bienestar	9	2.56	12.32
	Salud	4	4.5	12.12	Salud	9	3.78	12.32
Segunda periferia	Autoconocimiento*	4	2.67	12.12	Seguridad	9	3.22	12.32
	Amor	7	7.71	21.21	Pareja	11	6.27	15.06
	Enfermedades	7	6.43	21.21	Doctor	9	5.56	12.32
	Respeto	6	6	18.18	Amor	8	5.25	10.95
	Comunicación	5	5.2	15.15	Educación	8	5.88	10.95
	Seguridad	5	5.4	15.15	Necesidad*	8	6	10.95
	Monogamia	4	5.75	12.12	Respeto	8	6.5	10.95
	Placer	4	6	12.12	Embarazo*	8	7.57	10.95

Nota. * definidoras propias de cada grupo; f = frecuencia; R = rango de importancia.

Fuente: Elaboración propia a partir de la información recolectada.

La Tabla 4 presenta las definidoras producidas por las mujeres. Para las que conocían su estado serológico, la representación estuvo integrada por 20 palabras, mientras que para las que lo desconocían fueron 22. Cada grupo obtuvo un consenso intragrupal de 41.11% y 44.44%, respectivamente. Por lo tanto, las participantes que no se habían realizado análisis de VIH fueron quienes mostraron una mayor coincidencia grupal al delimitar su representación de salud sexual.

Para las mujeres que se habían realizado un examen de detección de VIH, *anticonceptivos* fue la palabra de mayor importancia subjetiva e *higiene* la más mencionada. Para el grupo de mujeres que no se realizaron el test, *higiene* fue el elemento más saliente, tanto en expresión como en su valor simbólico.

Sobre los núcleos centrales, las mujeres con examen de VIH lo acotaron desde *higiene*, *condón*, *anticonceptivos*, *protección* (palabras asociadas a una prevención de riesgos) e *información* (que indica la importancia de saberes en torno a la temática). Aunque con variaciones en sus valores, las mujeres sin el test elaboraron las mismas definidoras para su núcleo, agregando la responsabilidad como compromiso individual.

Agrupando los consensos de las palabras a partir de la categorización por áreas teóricas que se presentaron en la Tabla 2, se pueden comparar la concentración de significados entre grupos y categorías semánticas presentadas en la Figura 2, la cual muestra que para las y los participantes del estudio predomina una interpretación de la salud sexual desde un modelo preventivo de riesgos. Dicha interpretación parece más sólida entre quienes no se habían realizado un examen diagnóstico de VIH.

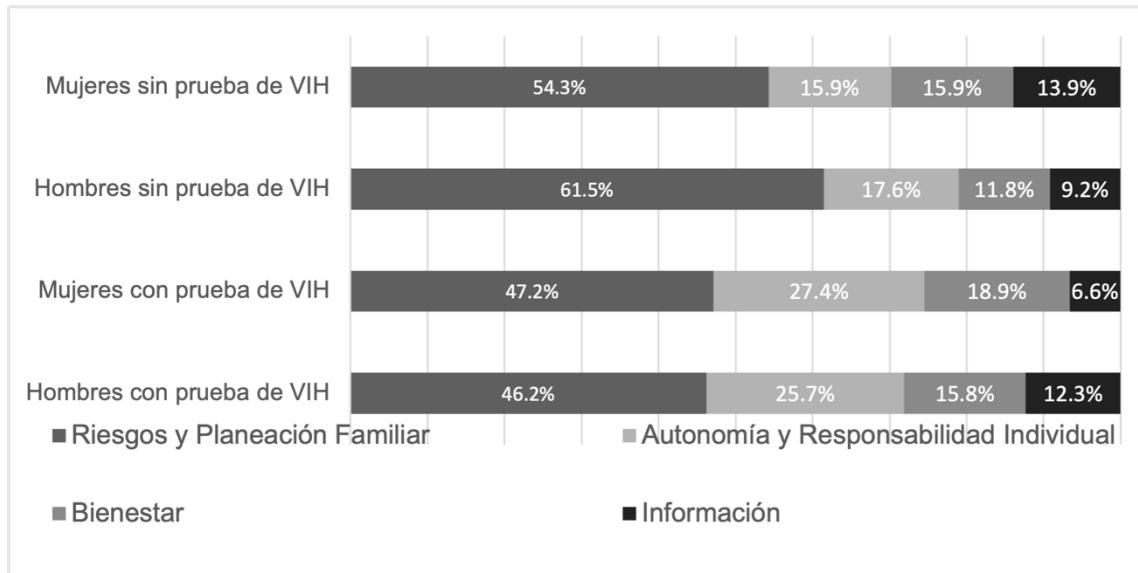


Figura 2. Consensos de las categorías semánticas según el género y la aplicación de la prueba de VIH.
Fuente: Elaboración propia a partir de la información recolectada.

Discusión

Hubo puntos de encuentro y desencuentro entre las interpretaciones de salud sexual de los jóvenes encuestados. En este estudio se encontró que el 36.8% de participantes se había realizado un diagnóstico para conocer su estado serológico, cifra superior a lo reportado en otras investigaciones (Morales *et al.*, 2016; Sanabria-Mazo *et al.*, 2020). Un dato interesante es que parece existir una relación entre practicar una religión y no realizarse el test diagnóstico, como se ha encontrado en otros estudios (Sanabria-Mazo *et al.*, 2020).

Se coincide con lo reportado por Sanabria-Mazo *et al.* (2020), en el sentido de que los hombres homo/bisexuales se realizan con más frecuencia análisis para detectar VIH; y entre quienes no se realizaron la prueba de VIH durante el último año, hay mayor concentración de participantes que señalan estar en una relación de pareja. Según los discursos sociales que históricamente han atribuido el VIH como exclusivo de identidades no heterosexuales (Baiz *et al.*, 2016), pudiera significar que los participantes heterosexuales, al igual que las mujeres con sexualidades disidentes, no se perciben en riesgo y que además demuestren un exceso de confianza en su relación de pareja; por esta razón, puede ser que no consideren oportuno conocer su estado serológico, motivo de alarma dado el incremento de casos de VIH en México.

De manera general, los núcleos centrales de los grupos partieron de un entendimiento de la salud sexual como prevención de riesgos. Los hombres que conocían su estado serológico agregaron el chequeo como elemento central. Esto sugiere una transición de sus esquemas culturales de género, abriéndose en sus significados a prácticas específicas de autocuidado, algo inexistente en la socialización tradicional de los varones. Para las mujeres que se habían y no realizado el diagnóstico, anticonceptivos fue un elemento característico. En un sentido práctico, referiría a su utilización directa, pero también expresa aquellos discursos culturales que reconocen de manera desigual a las mujeres como responsables y protagonistas únicas de su propia salud y la de la pareja, incluida la sexual y reproductiva (Olavarria, 2017; Salcedo, 2017), de acuerdo con los roles y estereotipos de género (Hernández, 2019).

La responsabilidad fue un término producido por los hombres y mujeres que no se habían realizado el diagnóstico, pudiendo expresar que la salud sexual involucra el cuidado de sí mismo, o bien, de la pareja. No obstante, es necesario advertir lo incompatible de la apropiación del discurso con el hecho de que se trató de jóvenes que no se habían realizado un test de VIH. Se requiere reflexionar entonces si la palabra no necesariamente cumple un sentido práctico en su entendimiento de la salud sexual o se le utiliza en un sentido evaluativo, dado que las representaciones se construyen siempre sobre trasfondos ideológicos (Urbina & Ovalles, 2018).

La responsabilidad, por lo tanto, surgiría desde discursos axiológicos y morales de la sexualidad en los que la responsabilidad individual actúa como un valor regulador de conductas sexuales, sobre todo de la juventud (Rangel, 2018). De esta forma, para estos sujetos, situaciones como los embarazos, las infecciones de transmisión sexual e incluso la violencia sexual serían el inevitable desenlace de faltas internas de las personas (Janos & Espinosa, 2015), quienes serían sancionadas socialmente "por no ser responsables al cuidarse". Sobre el VIH en su dimensión social, las y los adolescentes producen discursos de juicio y señalamiento, donde la transmisión de VIH sería algo que traería rechazo, discriminación y estigmatización por considerarlo el resultado de personas irresponsables que tienen relaciones sexuales con frecuencia, con personas desconocidas o sin protección (Andrade-Salazar *et al.*, 2017), reproduciendo así biopolíticas individualistas y moralistas que atribuyen las causas de las enfermedades como un castigo por no tener estilos de vida y comportamientos saludables, o bien, de acuerdo con la heteronormatividad hegemónica (González-Guzmán, 2021).

Sobre el contenido de las periferias, la confianza en la pareja es un elemento que se ha asociado al rechazo del uso del preservativo y a otras prácticas de cuidado sexual por percibirlos como incompatibles con la fidelidad (Saura *et al.*, 2017). Es también la excesiva confianza en la pareja sexual uno de los principales factores de riesgo para la transmisión del VIH en la población joven (Sanabria-Mazo *et al.*, 2020). Este elemento fue nombrado por todos los grupos a excepción de aquellas participantes que se habían realizado la prueba de VIH, sugiriéndolas como mujeres que se oponen a las prescripciones culturales que emparejan la sexualidad femenina con el amor romántico, monogámico y heterosexual (Cerón, 2016).

Estas resistencias en las mujeres que se habían realizado el diagnóstico de VIH se expresarían también en las palabras idiosincráticas con las que definieron la salud sexual: autoconocimiento y cuidarse. A través de estos elementos se estarían posicionando con autonomía sobre su salud e incluso sobre su sexualidad. El amor fue un elemento presente en mujeres con y sin análisis de detección de VIH. Siendo que tanto el sistema de género como una representación social opone resistencias al cambio, los elementos periféricos se desempeñarían naturalizando e internalizando la cultura para dificultar su transformación. Para las mujeres que se realizaron la prueba, el amor fue considerado el elemento de menor importancia de toda la representación, lo cual apunta a cambios socioculturales efectivos.

Para las y los jóvenes que se habían realizado la prueba de VIH, la monogamia fue un elemento compartido, planteando que estos jóvenes tienen una sugerencia práctica para llevar su cuidado sexual, pero que, a la vez, se entiende como un significado no incompatible con formas alternas de cuidado, como el realizarse exámenes para detectar VIH. De manera similar, para los varones que se habían realizado la prueba, refirieron como prácticas propias de su grupo la abstinencia, la fidelidad y el amor propio.

Otros elementos en común entre quienes se realizaron el análisis diagnóstico fueron el placer y la comunicación, resaltando la importancia de hablar asertivamente con la pareja como medio para facilitar acuerdos tales como el uso del preservativo o la búsqueda de la satisfacción mutua. Siendo que los sujetos sociales reconstruyen de manera activa las representaciones a partir de su actividad individual y colectiva (Wagner, 2015), al realizarse análisis de detección de VIH en conjunto con otras prácticas cotidianas, estos terminarían empujando nuevos significados a sus interpretaciones de la salud sexual. De esta manera, para los hombres y mujeres que han tenido acceso a la prueba de VIH, la salud sexual no se limita al cuidado biomédico, sino que también incluye afectos y una relación erótica y positiva con la sexualidad.

Los participantes que no conocían su estado serológico construyeron su representación de salud sexual a través de abstracciones discursivas de programas sanitarios y educativos sobre sexualidad. Se han apropiado, además, de un discurso de responsabilidad individual que evidencia un posible quiebre entre lo que declaran y sus prácticas reales. Es así que expresan una excesiva preocupación por las prácticas sexuales de las juventudes que, reguladas desde normativas morales, corren el riesgo de ser estigmatizadas o castigadas. Los embarazos adolescentes, las infecciones de transmisión sexual e incluso la violencia sexual se pensarían como faltas personales para encontrar culpables y no como incidentes socioculturales para atender de manera colectiva.

Lo anterior cuestiona aquellos programas informativos sobre salud sexual que, si bien proporcionan conocimientos sobre riesgos, al recurrir al miedo como prevención, no facilitan en las juventudes estrategias reales que les permitan desarrollar conductas saludables. En ese sentido, los significados biomédicos estuvieron más presentes en aquellas y aquellos que no habían accedido a la prueba de VIH, probable resultado de programas educativos donde predominan estos discursos y que estas mismas subjetividades consideraron relevantes para su representación social. No se niega la importancia de educar sobre salud sexual que ofrecen los esfuerzos sanitarios, pero sí se cuestiona hasta qué punto estos ponen un énfasis exagerado e indiscriminado hacia los riesgos a la salud, vinculándoles con aspectos socioculturales indeseables y legitimando el individualismo y el control social (Giraldo *et al.*, 2021; González-Guzmán, 2021; Ojeda, 2021) desde una visión de salud persecutoria.

Queda entonces por repolitizar el cómo se comunica la salud sexual en México. Ya sea que se trate de espacios educativos, institucionales, comunitarios o entre pares, es necesario analizar y construir discursos disidentes que retomen posturas científicas y médicas pero sin prejuicios morales; que aborden las prácticas sexuales no desde el miedo y la culpa sino desde una estrategia de reducción de riesgos y daños; que no omitan el deber del Estado de brindar una educación sexual integral basada en el placer, la libertad y el autocuidado; y que hablen, más allá de responsabilidad, de autonomía sexual, de agencia y de la libertad de las personas de poder decidir sobre sus cuerpos, sin individualizarlas y vaciarlas de contenido político.

Conclusiones

De manera general, los hallazgos permiten reconocer cómo los sistemas socioculturales de género, sexualidad y salud están articulados en las representaciones sociales de salud sexual construidas por mujeres y hombres jóvenes de la ciudad Tepic. Con la influencia de normatividades de género –que ordenan relaciones de poder en la vida social–, prescripciones culturales acerca de la sexualidad –que delimitan la sexualidad al amor romántico–, así como discursos biomédicos y de riesgos –que buscan regular y culpabilizar el ejercicio de la sexualidad juvenil–, estos jóvenes interpretan colectivamente la salud sexual como una práctica higiénica que protege de riesgos relacionados a la sexualidad a través del uso del condón y de tener información adecuada.

Hay diferencias en la importancia de los conceptos que definen las representaciones sobre salud sexual, a partir de si estas mujeres y hombres jóvenes se habían realizado o no un examen de detección de VIH. Aquellos jóvenes que accedieron a la prueba, entendieron la salud sexual desde una perspectiva que integraba al modelo biomédico significados relacionados con los afectos y el autocuidado. Para quienes la prueba de VIH no era una práctica común, la salud sexual fue concebida desde referencias biomédicas e informativas y haciendo hincapié en la responsabilidad individual.

Que las personas accedan a la prueba de VIH sugiere que poseen recursos simbólicos y prácticos para llevar una vida sexual saludable. Estos significados les facilitan llevar a cabo prácticas preventivas y reparativas y, a su vez, son el producto de condiciones estructurales como el acceso a una educación sexual de calidad o a servicios amigables para el diagnóstico de VIH.

Por ello, para aquellos hombres que se habían realizado el examen de detección de VIH, la salud sexual es una práctica de protección e higiene que implica el uso del condón y el chequeo, y donde es necesaria la información. Para los que no se habían realizado el diagnóstico, la salud sexual requiere responsabilidad y es una práctica de protección e higiene donde la información es necesaria y conlleva al uso del condón.

Los hombres que conocían su estado serológico enlistaron amor propio, fidelidad y abstinencia como prácticas de autocuidado, y análisis como prevención. Los varones que desconocían su estado serológico definieron la salud sexual como conciencia, la cual refiere una responsabilidad individual, y sida y pastillas como prevención de riesgos.

En las representaciones de las mujeres participantes que se habían realizado un diagnóstico de VIH, la salud sexual es el uso de anticonceptivos, lo cual requiere tener información e higiene y conlleva el uso del condón y de prácticas de protección. Para las mujeres que no se habían realizado el examen, la salud sexual es tener higiene, donde la información es necesaria y es una práctica de protección que requiere de responsabilidad e implica el uso del condón y anticonceptivos.

Sobre los elementos propios de cada grupo, las mujeres con examen de detección de VIH entendieron la salud sexual como cuidarse y el autoconocimiento, ambas prácticas identificadas como de autocuidado. Las que no se habían realizado el examen mencionaron la prevención y el embarazo desde un enfoque de riesgos, señalando una posible relación positiva con el cuidado de la propia salud.

Es insuficiente entender la promoción de la salud sexual como una simple réplica apolítica de otras estrategias preventivas en salud, pues en su implementación van vinculadas estructuras de poder desde las cuales se piensa la salud, los deber ser de hombres y mujeres, las agencias juveniles y los usos de los cuerpos y placeres. Son necesarios nuevos acercamientos psicosociales que de manera crítica aborden los afectos y marcos culturales donde las prácticas se llevan a cabo posicionando a los sujetos como agentes de cambio social y no cerrándose a poblaciones consideradas clave, sino aproximándose de manera abierta a toda la comunidad en su conjunto.

Dentro de las limitaciones de este estudio está que la recolección de la información se efectuó en un solo momento, no llegando a la construcción dialógica, afectiva y colaborativa de representaciones y saberes que se hubieran logrado si se hubiesen realizado otras técnicas como los grupos focales. Es, por tanto, una tarea pendiente el generar estudios que posibiliten el diseño de manera participativa de enfoques preventivos de salud, desde los actores sociales en sus dinámicas relacionales.

Referencias

- Abric, J. C. (2001). *Prácticas sociales y representaciones*. México: Ambassade de France-CCC IFAL / Ediciones Coyoacán S. A. de C.
- Andrade-Salazar, J. A., Estrada-Sánchez, C., & Penagos-Marín, A. C. (2017). Representaciones sociales de los adolescentes acerca del riesgo de contraer VIH. *Archivos de Medicina*, 17(2). 234-250. doi: <https://doi.org/10.30554/archmed.17.2.2069.2017>
- Baiz, J., Morales, F., & Pereyra, L. (2016). Aspectos psicosociales de la salud sexual y reproductiva en estudiantes universitarios. *Salud & Sociedad*, 7(2), 180-195. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=439747576004>
- Cejudo-Cortés, C. M. A., Corchuelo-Fernández, C., & Tirado-Morueta, R. (2018). Uso de la teoría de las representaciones sociales para comprender las actitudes discriminatorias hacia el VIH/SIDA. *Revista Española de Salud Pública*, 92, 1-11. <https://www.scielosp.org/article/resp/2018.v92/e201809048/>
- Centros de Integración Juvenil (CIJ). (2018). *Diagnóstico del contexto sociodemográfico del área de influencia del CIJ Tepic*. <http://www.cij.gob.mx/ebco2018-2024/9883/9883CSD.html>
- Centro Nacional para la Prevención y Control del VIH y el sida (Censida). (23 de noviembre, 2018). *Prueba para detección de VIH. CENSIDA*. Gobierno de México. <https://www.gob.mx/censida/articulos/prueba-para-deteccion-de-vih?idiom=es>
- Cerón, C. (2016). La configuración y significados del placer sexual y erótico en mujeres universitarias de la Ciudad de México. *Sexualidad, Salud y Sociedad – Revista Latinoamericana*, (22), 73-102. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=293345349004>
- Chávez, M., Tamayo, L., & Rosas, N. (2016). Salud sexual en adolescentes de Medellín, Colombia. Prácticas sexuales diferenciadas por género. En M. Chávez (Coord.), *Salud y Educación. Estudios sobre realidades plurales con perspectiva de género* (pp. 21-60). Universidad de Colima.
- Collazos, J. (2012). Representaciones sociales de la salud sexual de adolescentes sordos y oyentes en la ciudad de Bogotá. *Pensamiento Psicológico*, 10(2), 35-47. http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-89612012000200005&lng=en&tlng=es
- Consejo Nacional de Población (Conapo). (2017). *Situación de la salud sexual y reproductiva. Entidades Federativas. Nayarit*. https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/236815/18_Nayarit_web.pdf
- Consejo Nacional de Población (Conapo). (2019). *Proyecciones de la Población de México y de las Entidades Federativas, 2016-2050* [Conjunto de datos]. Gobierno de México. <https://datos.gob.mx/busca/dataset/proyecciones-de-la-poblacion-de-mexico-y-de-las-entidades-federativas-2016-2050>
- Dany, L., Urdapilleta, I., & Lo Monaco, G. (2015). Free associations and social representations: Some reflections on rank-frequency and importance-frequency methods. *Quality & Quantity*, 49, 489-507. doi: <https://doi.org/10.1007/s11135-014-0005-z>

- Giraldo, C. I., Bernal, S. A., & Tapia, I. (2021). Constructos de género y sexualidad: Crítica histórica y teórica. *Poliantea*, 16(28), 62-70. <https://journal.poligran.edu.co/index.php/poliantea/article/view/2333>
- González-Guzmán, I. J. (2021). Hacia una repolitización del VIH-sida. *Perseitas*, 9, 538-559. doi: <https://doi.org/10.21501/23461780.3776>
- Hernández, C. (2018). Apuntes para una mirada psicosocial en el estudio de la sexualidad: Sus derivaciones en la educación. En A. L. Rosales & E. Tapia (Coords.), *Sexualidad y géneros imaginados: educación, políticas e identidades LGBT* (pp. 81-126). Universidad Pedagógica Nacional.
- Hernández, C. (2019). Los jóvenes mexicanos y sus construcciones con los roles de género. *Acta Universitaria*, 29, 1-16. doi: <http://doi.org/10.15174/au.2019.2439>
- Hinojosa, G. (2008). El tratamiento estadístico de las redes semánticas naturales. *Revista Internacional de Ciencias Sociales y Humanidades*, 18(1), 133-154. <https://www.redalyc.org/pdf/654/65411190007.pdf>
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2016). *Panorama sociodemográfico de Nayarit 2015*. INEGI. http://internet.contenidos.inegi.org.mx/contenidos/Productos/prod_serv/contenidos/espanol/bvinegi/productos/nueva_estruc/inter_censal/panorama/702825082284.pdf
- Instituto Nacional de Estadística y Geografía (INEGI). (2018). *Mujeres y hombres en México 2018*. http://cedoc.inmujeres.gob.mx/documentos_download/MMH_2018.pdf
- Janos, E., & Espinosa, A. (2015). Representaciones sociales sobre roles de género y su relación con la aceptación de mitos y creencias sobre la violencia sexual. *Límite: Revista de Filosofía y Psicología*, 10(33), 5-15. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=6612104>
- Lo Monaco, G., Piermattéo, A., Rateau, P., & Tavani, J. L. (2017). Methods for studying the structure of social representations: A critical review and agenda for future research. *Journal for the Theory of Social Behaviour*, 47(3), 306-331. doi: <http://doi.org/10.1111/jtsb.12124>
- Magis-Rodríguez, C. L., Villafuerte-García, A., Cruz-Flores, R. A., & Uribe-Zúñiga, P. (2015). Inicio tardío de terapia antirretroviral en México. *Salud Pública de México*, 57(2), 127-134. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0036-36342015000800006
- Morales, A., Espada, J. P., & Orgilés, M. (2016). Barreras hacia la prueba de detección del VIH en adolescentes en España. *Psychosocial Intervention*, 25(3), 135-141. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.psi.2016.06.002>
- National Institutes of Health (NIH). (2021). *Pruebas de detección del VIH*. <https://hivinfo.nih.gov/es/understanding-hiv/fact-sheets/pruebas-de-deteccion-del-vih>
- Ojeda, A. (2021). Escuela, salud y derechos. Un abordaje de investigación-acción-participativa en sexualidad con/para jóvenes universitarias/os. *Innovación Educativa*, 21(85), 77-98. <https://www.ipn.mx/assets/files/innovacion/docs/Innovacion-Educativa-85/Innovacion-Educativa-85.pdf#page=78>
- Olavarriá, J. (2017). *Sobre hombres y masculinidades: "ponerse los pantalones"*. Universidad Academia de Humanismo Cristiano. https://joseolavarria.cl/sdm_downloads/sobre-hombres-y-masculinidades-ponerse-los-pantalones/
- Ramírez, J. C., & López, G. C. (2013). Hombres y mujeres jóvenes ante las creencias de género: ¿flexibilidad y/o resistencia?. *Revista Culturales*, 1(1), 143-176. <http://culturales.uabc.mx/index.php/Culturales/article/view/152>
- Rangel, L. (2018). Producción de discursos sobre sexualidad en la escuela y heteronormatividad: El caso de un profesor de Biología. *Revista de El Colegio de San Luis*, 8(15), 269-290. http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1665-899X2018000100269
- Rojas, R., de Castro, F., Villalobos, A., Allen-Leigh, B., Romero, M., Braverman-Bronstein, A., & Uribe, P. (2017). Educación sexual integral: Cobertura, homogeneidad, integralidad y continuidad en escuelas de México. *Salud Pública de México*, 59(1), 19-27. doi: <http://dx.doi.org/10.21149/8411>
- Rosales-Mendoza, A. L., & Salinas-Quiroz. (2017). Educación sexual y género en primarias mexicanas ¿qué dicen los libros de texto y el profesorado? *Revista Electrónica Educare*, 21(2), 1-21. doi: <http://dx.doi.org/10.15359/ree.21-2.11>

- Salcedo, Y. (2017). Género y salud pública: Abordaje en términos de diversidad sexual. *Cuadernos Médico Sociales*, 57 (1), 9-19.
https://www.academia.edu/36117813/G%C3%A9nero_y_Salud_P%C3%BAblica_Abordaje_en_T%C3%A9rminos_de_Diversidad_Sexual_Gender_and_Public_Health_Approach_in_terms_of_Sexual_Diversity
- Sanabria-Mazo, J. P., Hoyos-Hernández, P. A., & Bravo, F. (2020). Factores psicosociales asociados a la realización de la prueba diagnóstica del VIH en estudiantes universitarios colombianos. *Acta Colombiana de Psicología*, 23(1), 147-157. doi: <http://www.doi.org/10.14718/ACP.2020.23.1.8>
- Saura, S., Jorquera, V., Rodríguez, D., Mascort, C., Castell, I., & García, J. (2017). Percepción del riesgo de infecciones de transmisión sexual/VIH en jóvenes desde una perspectiva de género. *Atención Primaria*, 51(2), 61-70. doi: <http://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.08.005>
- Secretaría de Salud (Salud). (2020). *Sistema de vigilancia epidemiológica de VIH. Informe histórico VIH día mundial 2020*. Gobierno de México.
https://www.gob.mx/cms/uploads/attachment/file/594852/Informe_Hist_rico_2020_DVEET_VIH_D_a_Mundial_2020_vFrev.pdf
- Serrato, A. N., & Balbuena, R. (2015). Calladito y en la oscuridad. Heteronormatividad y clóset, los recursos de la biopolítica. *Revista Culturales*, 3(2), 151-180.
<http://culturales.uabc.mx/index.php/Culturales/article/view/338/271>
- Trejo, F., & Díaz, R. (2017). Elaboración de una definición integral del placer sexual. *Psicología Iberoamericana*, 25(2), 8-16. <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=133957572002>
- Urbina, J. E., & Ovalles, G. A. (2018). Teoría de las representaciones sociales. Una aproximación al estado del arte en América Latina. *Psicogente*, 21(40), 495-517. doi : <https://doi.org/10.17081/psico.21.40.3088>
- Wagner, W. (2015). Representation in action. En G. Sammut, E. Andreouli, G. Gaskell, & J. Valsiner (eds.), *The Cambridge handbook of social representations* (pp. 12-28). Cambridge University Press.
- Xantomila, J. (19 de Julio de 2019). En México, sólo 63% de personas con sida conocen su diagnóstico. *Periódico La Jornada*. <https://www.jornada.com.mx/2019/07/19/sociedad/033n1soc>