



Revista de Saúde Pública

ISSN: 0034-8910

revsp@usp.br

Universidade de São Paulo
Brasil

Torres López, Teresa Margarita; Reynaldos Quinteros, Carolina; Lozano González, Aldo
Favio; Munguía Cortés, Jazmín Aranzazú
Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México
Revista de Saúde Pública, vol. 44, núm. 5, octubre, 2010, pp. 820-829
Universidade de São Paulo
São Paulo, Brasil

Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=67240187007>

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

redalyc.org

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

Teresa Margarita Torres López^I
Carolina Reynaldos Quinteros^{II}
Aldo Favio Lozano González^I
Jazmín Aranzazú Munguía
Cortés^{III}

Concepciones culturales del VIH/Sida de adolescentes de Bolivia, Chile y México

Cultural conceptions of HIV/AIDS among teenagers in Bolivia, Chile and Mexico

RESUMEN

OBJETIVO: Comprender las dimensiones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes.

MÉTODOS: Estudio antropológico cognitivo. Realizado en Cochabamba (Bolivia), Talca (Chile) y Guadalajara (México) entre 2007 y 2008. Un total de 184 jóvenes (de 14 y 19 años de edad) fueron seleccionados por muestreo propositivo en centros de estudios de educación media superior de cada país. Fueron utilizadas las técnicas de listados libres y el sorteo de montones. Se indagaron términos asociados al concepto VIH/Sida y grupos de dimensiones conceptuales. Posteriormente se aplicó análisis de consenso mediante factorización de componentes principales y análisis dimensional mediante conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales.

RESULTADOS: Las diferencias entre los contextos fueron en el grado de consenso en relación al término de VIH/Sida, ya que fue mayor en Cochabamba. En Talca y Guadalajara los jóvenes mencionaron metáforas de lucha frente a la enfermedad, mientras en Cochabamba se refirieron a la ayuda, apoyo y amor que las personas infectadas deberían recibir. Las coincidencias entre las conceptualizaciones de los jóvenes de los tres países fueron: los riesgos (las prácticas sexuales desprotegidas y el contacto con algunos grupos poblacionales específicos), las consecuencias (muerte física y social, entendida ésta última como el rechazo de la sociedad hacia los enfermos) y la prevención de la enfermedad (con base en la información así como uso del condón).

CONCLUSIONES: Para los estudiantes adolescentes el VIH/Sida es una enfermedad causada por prácticas sexuales y consumo de drogas que implica daño, dolor y muerte. Los programas preventivos del VIH/Sida para los adolescentes deben promover la búsqueda de información sobre el tema con bases científicas, y no centrarse en las consecuencias emocionales y sociales de la enfermedad.

DESCRIPTORES: Adolescente. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, prevención & control. Características Culturales. Conocimientos, Actitudes y Práctica en Salud. Antropología Cultural. Investigación Cualitativa.

^I Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México

^{II} Universidad Católica del Maule. Talca, Chile

^{III} Doctorado en Ciencias de la Salud Pública. Universidad de Guadalajara. Guadalajara, México

Correspondencia | Correspondence:

Teresa Margarita Torres López
Sierra Mojada 950, puerta 3
Edificio N planta alta – Colonia Independencia
44340 Guadalajara, Jalisco, México
E-mail: tere.torres.cucs@gmail.com

Recibido: 18/9/2009

Aprobado: 8/3/2010

Artículo disponible en español y inglés en:
www.scielo.br/rsp

ABSTRACT

OBJECTIVE: To understand the cultural dimensions of HIV/AIDS among adolescent students.

METHODS: A cognitive anthropological study was undertaken in Cochabamba (Bolivia), Talca (Chile) and Guadalajara (Mexico), during 2007 and 2008. A total of 184 teenagers (from 14 to 19 years old) were selected by purposeful sampling at secondary schools in each country. Free association lists and pile sorts were utilized. Terms associated with the concept of HIV/AIDS and groups of conceptual dimensions were investigated. Subsequently, consensus analysis was performed using factorial principal components and dimensional analysis through hierarchical clusters and multidimensional scales.

RESULTS: The differences between the country contexts were in the degree of consensus in relation to the term HIV/AIDS, which was greater in Cochabamba. In Talca and Guadalajara the youths mentioned metaphors of fighting against HIV/AIDS, while in Cochabamba participants talked about help, support and love that infected people should receive. The similarities among conceptions by youth from the three countries were: the risk factors (unprotected sexual practice and contact with specific population groups), the consequences (physical and social death, being the latter understood as social rejection of people living with HIV/AIDS) and the prevention of illness (based on information and condom use).

CONCLUSIONS: For adolescent students, HIV/AIDS is a disease caused by sexual practices and drug use and involves harm, pain and death. HIV/AIDS prevention programs for adolescents should promote science based information on the topic and not concentrate only on the emotional and social consequences of HIV/AIDS.

DESCRIPTORS: Adolescent. Acquired Immunodeficiency Syndrome, prevention & control. Cultural Characteristics. Health Knowledge, Attitudes, Practice. Anthropology, Cultural. Qualitative Research.

INTRODUCCIÓN

La Antropología Cognitiva estudia cómo las personas de diferentes culturas adquieren información sobre el mundo, cómo la procesan, toman decisiones y actúan en formas consideradas apropiadas para otros miembros de su cultura (transmisión cultural). Su objeto de estudio lo constituyen los dominios culturales, consideradas categorías significativas de conocimiento para una cultura en particular. Dichos dominios son creados por la población a partir de reglas cognitivas que permiten organizar las ideas, cosas y formas que tienen en mente, además de crear modelos para percibir, relacionar e interpretar la información.³ Los conceptos que conforman un dominio en particular, derivan sus significados en parte, de su posición en un sistema de interdependencia mutua que refleja la forma en que un lenguaje dado o cultura, clasifica una esfera conceptual como relevante.²⁰ Esto significa por un lado que las poblaciones hablarán sólo de aquellos dominios que les son importantes y por otro lado, en su discurso se

accede a sus cogniciones sobre temas en los cuales son expertos por estar inmersos en su propia cultura.¹⁴

Su base teórica se ubica en el estudio del consenso cultural al cual se accede con el apoyo de técnicas estructuradas de obtención de información (listados libres, *card sorting*, formación de triadas o pares, entre otras). Estas técnicas permiten generar información cuantificable para comprobar los supuestos de la teoría del consenso, que se basa en la idea que la información culturalmente correcta puede ser establecida desde el conocimiento compartido de los individuos.¹⁴ El estudio del consenso se basa en tres supuestos: verdad común, independencia local y homogeneidad en los ítems. La primera es la existencia de una respuesta clave fija aplicable a todos los informantes, es decir, que existe una respuesta correcta para cada aspecto. Esto simplemente significa que se asume que todos los informantes provienen de una cultura común y si la realidad común es la misma para todos los informantes en la muestra,

constituye una verdad común. La independencia local supone que las respuestas de un informante son dadas independientemente de las suministradas por otra persona. Por fin, la homogeneidad en los ítems es que cada informante tiene una competencia cultural fija sobre todas las preguntas (son todas del mismo nivel de dificultad).¹⁴

Se han realizado gran cantidad de estudios con este enfoque teórico metodológico sobre diversos temas.^{8,10,19}

En el campo de la salud se ha empleado para el estudio de las concepciones culturales sobre dengue,^{6,17} la diabetes mellitus¹¹ y sobre el concepto de bienestar en personas con enfermedades crónicas.¹⁸ Estos estudios han permitido comprender las variantes culturales en torno a los temas que abordan, llegando a desentrañar la organización de modelos y razonamientos cognitivos de las personas en su vida ordinaria.

En el caso específico del VIH/Sida se tienen los estudios desarrollados por Caballero & Villaseñor⁵ y el de Lozano et al¹² en Guadalajara, México.

Caballero & Villaseñor⁵ estudiaron el consenso cultural de conocimientos respecto al VIH/Sida en adolescentes urbanos, para describir el dominio cultural de los jóvenes de distintos estratos socioeconómicos. Se encontraron altos grados de consenso en todos los estratos (los conocimientos son homogéneos) y se orientan hacia un modelo biomédico. Sin embargo, contienen elementos de duda e incertidumbre en los conocimientos similares y diferenciales entre los estratos, que precisan de intervenciones informativas segmentadas.⁵

Lozano et al¹² exploraron las dimensiones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara. Los principales resultados señalaron que la enfermedad es producida por un virus, es mortal y no tiene cura. Las dimensiones culturales que se encontraron en esta población fueron: primero, elementos alusivos a un fatalismo ineludible y sentimientos que derivan del mismo; segundo, incluye conceptos biológicos; y tercero, considera cuestiones sexuales y señalamientos morales con respecto a las prácticas sexuales.¹²

No se encontraron estudios con este enfoque en otra población Latinoamericana. Sin embargo, es de particular importancia destacar la perspectiva de adolescentes y jóvenes quienes se presentan como un grupo vulnerable de la población para la adquisición de VIH.

El objetivo de este estudio fue comprender las dimensiones culturales del VIH/Sida de estudiantes adolescentes latinoamericanos.

MÉTODOS

Se realizó un trabajo de recolección sistemática de datos bajo el enfoque de la Antropología Cognitiva. La codificación de la información en este enfoque implica un tratamiento estadístico a fin de obtener el análisis de consenso, un análisis cuantitativo de datos cualitativos, ya que implica convertir palabras o imágenes en números.²

El estudio se realizó en Cochabamba (Bolivia), Talca (Chile) y Guadalajara (México), en centros de educación media superior de cada contexto, seleccionados por muestreo propositivo,¹ conveniencia y facilidad de acceso. En Cochabamba, se seleccionó un centro educativo público dirigido por autoridades religiosas cristianas. La población que asiste es de nivel socioeconómico medio bajo proveniente del centro de la ciudad en su mayoría, y un tercio de la población proviene de la periferia de la ciudad. Los grupos son de 30 a 35 alumnos. Los jóvenes reciben información sobre los temas de sexualidad, enfermedades de transmisión sexual (ETS) y prevención del Sida matizados por el enfoque religioso. En Bolivia entre los años 1985 y 2000 hubo 605 casos de VIH/Sida (52% portadores asintomáticos). La tasa media de incidencia anual se mantuvo cercana a tres casos por millón de habitantes (1990-1997). La razón hombre: mujer bajó de 5:1 a 2:1 y predominó la transmisión entre heterosexuales.^a

En Talca, la población participante provenía de tres establecimientos educacionales. Dos de ellos son públicos y pertenecen a la dependencia de la Municipalidad de Talca; el nivel socioeconómico es bajo y medio. Cuentan con 45 alumnos por aula y tienen una formación básica en sexualidad y escasa prevención de ETS. El tercero es privado y pertenece a una cadena de colegios de la masonería a lo largo del país. Cuenta con 25 alumnos por aula y los alumnos son de nivel socioeconómico medio y alto. La formación en sexualidad y ETS es más profunda y estructurada que en las otras escuelas mencionadas. En Chile la situación del VIH/Sida registró una tasa de incidencia acumulada de 31,7 por 100.000 habitantes en 2001, con predominio de la vía de transmisión sexual. Además existe una tendencia a la feminización de la epidemia, lo que se refleja en la proporción entre hombre y mujeres (7,1:1).^b

En Guadalajara, la escuela seleccionada se encuentra ubicada en una zona céntrica de la ciudad, a donde acuden jóvenes de un nivel socioeconómico que va de medio bajo a medio alto. De acuerdo con el orientador en Psicología de dicho centro, la mayoría de ellos viven con sus padres, los cuales promueven en sus

^a Organización Mundial de la Salud. Base de datos de indicadores básicos en salud de la OPS: Bolivia [Internet]. Washington; 2008a [cited 2009 Mar 19]. Available from: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_068.htm

^b Organización Mundial de la Salud. Base de datos de indicadores básicos en salud de la OPS: Chile [Internet]. Washington; 2008b [cited 2009 Mar 19]. Available from: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_152.htm

hijos valores judeocristianos. Por parte de la escuela se imparten cursos informativos sobre sexualidad aún cuando los programas son matizados por los valores de cada docente donde se promueve de alguna manera la educación moral. En el contexto de Jalisco se percibe un contexto político y social donde el Estado se empeña más en promover los valores morales, que en hacer promoción por medio de campañas con contenido científico. Ejemplo de ello es que los recursos del estado son destinados a campañas dirigidas a promover la abstinencia sexual, mientras que hubo una reducción a la promoción al uso del preservativo. En México en el año 1999, el reporte de casos de VIH/Sida fue de 40.744 casos y el Sida ocupó el lugar 16 entre las principales causas de muerte con 4 por 100 mil habitantes. Para el año 2000, la incidencia acumulada de la enfermedad fue 1 por 100 mil habitantes.^c La razón hombre:mujer para 2010 es de 11:2.^d

El tamaño de la muestra en cada contexto se basó en el supuesto del modelo de consenso cultural para el estudio de patrones culturales. El mismo plantea que en estudios de descripción cultural, el tamaño de muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0.5 ó más). Los dos factores que determinan el número de informantes son la competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) y el nivel de confianza aceptable para determinar la respuesta a la pregunta. Romney et al¹⁴ sugieren un tamaño mínimo de 17 informantes para clasificar el 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada de 0.5 y un nivel de confianza de 0.95.¹⁴

El trabajo tuvo dos recolecciones sucesivas de datos, entre abril de 2007 y septiembre de 2008: una con la técnica de listados libres y otra con la técnica de sorteo de montones. Participaron un total de 184 jóvenes (provenientes de los tres contextos) de entre 14 y 19 años de edad. En Cochabamba en la primera recolección se entrevistó a 53 informantes, en la segunda etapa 27 (un total 80, con un promedio de edad de 16,2 años). En Talca en la primera fase se entrevistó a 44 informantes y en la segunda 20 (un total de 64, con una edad promedio de 15,2 años). En Guadalajara se entrevistó a 20 informantes en ambas recolecciones (un total de 40 con una edad promedio de 16,5 años).

En la primera fase del estudio se aplicó la técnica de listados libres,³ que consiste en pedir a los informantes un listado escrito de términos o frases relacionados con una esfera conceptual particular, en este caso las siglas:

VIH/Sida. Luego de obtenidas las listas de palabras, se tabularon los términos por frecuencia de mención, lo que permitió escoger 20 términos de cada listado, a fin de generar el instrumento de recolección de sorteo de montones (aplicado en la segunda fase del estudio).

El sorteo de montones (*pile sorting*)³ consiste en elaborar tarjetas para cada término y pedir a los informantes de ambos sexos que formen grupos de tarjetas que contengan los términos más parecidos, sin importar el número de grupos generados. Después se les pide que etiqueten a cada montón con una palabra que identifique el conjunto de las tarjetas seleccionadas.

Se aplicó análisis de consenso mediante factorización de componentes principales, análisis dimensionales mediante conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales. Con este último análisis se calculó el valor de *stress* como medida de bondad de ajuste de la representación de los conglomerados. Esta medida se define como la suma de correspondencias entre pares de objetos dentro de la representación espacial. Sturrock & Rocha¹⁶ sugieren para una representación de 20 términos un valor de corte de *stress* menor a 0,2. Los distintos análisis se procesaron con el programa computarizado Anthropac v. 4.98.⁴

El proyecto de investigación que fundamentó el presente estudio fue evaluado y en su momento aprobado por el comité de ética e investigación del Instituto Regional de Investigación en Salud Pública del Departamento de Salud Pública de la Universidad de Guadalajara. La fecha de aprobación fue el 11 de octubre de 2006 con el número de registro DSP/IRISP/00009/06. Antes de cada entrevista se explicaron los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado verbal, garantizándose a los informantes la confidencialidad y anonimato en la recolección y el análisis de la información. La participación de los entrevistados y entrevistadas se sujetó a su aceptación voluntaria.

RESULTADOS

Las palabras referidas por los informantes de ambos sexos en los tres contextos estudiados se ubican en la Tabla 1.

En Bolivia las dimensiones descritas en los árboles de conglomerados tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados (*stress* = 0,091), en el análisis de escala multidimensional no métrica.

La agrupación que realizaron los adolescentes bolivianos de ambos sexos sobre las palabras enlistadas se muestra en la Figura 1. Allí puede observarse que

^c Organización Mundial de la Salud Base de datos de indicadores básicos en salud de la OPS: Mexico [internet]. Washington; 2008c [cited 2009 Mar 19]. Available from: http://www.paho.org/spanish/dd/ais/cp_484.htm.

^d Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/Sida. Casos acumulados de SIDA por edad y sexo. [internet]. México; 2010 [cited 2010 Jun 30]. Available from: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/2010/30junio2010/casosedadsexo30junio2010.pdf>.

Tabla 1. Palabras obtenidas en los listados libres sobre el concepto de VIH/Sida por adolescentes. Cochabamba/Bolivia, Talca/Chile y Guadalajara/México, 2007-2008.

Tipo	Bolivia	Chile	México
Descriptivos			
Léxico	Enfermedad	Enfermedad	Enfermedad
	Síndrome	Infección	Sexo
	Virus	Virus	Infección
	Infección	Inmunodeficiencia	Virus
	Sidoso	Síndrome	
Composición	Muerte	Pocos días de vida	Sin defensas
	Dolor	Poco amor propio	Dolor físico
	Daña al cuerpo	Dolor	Dolor Moral
	Poca vida	Mala vida y salud	Depresión
Vecindad		Muerte	Muerte
	Inmunológico	Enfermedades de transmisión sexual	Sistema inmunológico
	Sangre	Sangre	Sangre
	Sexo	Sexo	Relaciones sexuales
	Deseo	Relaciones sexuales	Homosexual
	Homosexualidad	Homosexualidad	Promiscuo
	Adicción	Juventud	Prostitutas
	Preservativo	Drogas	Drogas
	Salud	Condón	Condón
Prácticas			
Acciones	Cuidado	Conocimiento	Abandono
	Abstinencia	Cuidado	Capacidad de decisión
	Amor	Superación	Contagio
	Apoyo	Luchar	Cuidar la vida
	Ayuda	Perseverar	Descuido
	Educación	Vencer	Falta de información
	Prevención	Incultura	Irresponsabilidad
	Imprudencia	Irresponsabilidad	Ignorancia
	Irresponsabilidad	Mal uso preservativo	Piercing
	Negligencia	Poca precaución	Prevención
	Venganza	Sexo sin protección	Promiscuidad
	Prostitución	Transmisión sexual	Protección
	Transmisión	Contagio	Prostitución
	Contagio	Tratamiento médico	Tatuaje
	Tratamiento caro	Complicada de tratar	Transfusión
Funciones	Agonía	Advertencia	Arrepentimiento
	Cambio	Decadencia	Debilidad
	Deficiencia	Miedo	Fin de la vida
	Degeneración	Soledad	Impotencia
	Desánimo	Sufrimiento	Miedo
	Soledad	Vergüenza	Desahuciado
	Sufrimiento	Agonizar	Desamor
	Terror	Soledad	Desesperación
	Vergüenza	Sufrimiento	Soledad
	Tortura	Tristeza	Suicidio
	Tristeza	Rechazo social	Terror
	Deshonra	Aislamiento social	Tristeza

Continúa

Tabla 1 continuación

Tipo	Bolivia	Chile	México
Funciones	Discriminación	Vergüenza social	Sufrimiento
	Miedo	Discriminación	Desprecio
	Peligro	Inseguridad	Antipatía
	Pena	Peligrosidad	Discriminación
	Rechazo	Rechazo	Rechazo
Atributos	Desgracia	Contagiosa	Valorar
	Despreciable	Incurable	Incurable
	Feo	Maligna	Infeliz
	Incurable	Masificada	Injusticia
	Lástima	Mortal	Mal
	Malo	Plaga	Mala onda
		Venérea	Mortal

existen dos grandes dimensiones en el concepto del VIH/Sida, que los mismos jóvenes ubicaron como un *antes* y un *después*. En el *antes* se incluyeron las *causas* de la enfermedad entre las cuales ubicaron la *prevención* (junto con la *tentación* que implica el tener relaciones sexuales), el *peligro* y el *contagio* (que lleva a padecer la enfermedad y a morir por ello).

El *después* fue etiquetado como: *muerte social*, incluyendo: *sin deseo de vivir* (por el miedo y dolor que provoca el contagio de la enfermedad) y *dolor psicológico* (que implica el aislamiento social por la discriminación así como otras consecuencias negativas del padecimiento).

En la Figura 2 se pueden observar las dimensiones conceptuales del VIH/Sida encontradas en los jóvenes chilenos. Las dimensiones descritas en los árboles de conglomerados tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados ($\text{stress} = 0,138$), en el análisis de escala multidimensional no métrica.

Las dimensiones se conformaron por dos grandes ramas: una *Lo que es el Sida*, y la otra, *Consecuencias*

psicológicas. En el primer caso (*lo que es el Sida*) se ubicaron las subdimensiones de *la vida con Sida* (compuesta de *morir en vida*, *consecuencias físicas y riesgo*), *advertencia e información* (compuesta de *causas y prevención*). Mientras que las *consecuencias psicológicas* se reincluyen las *emociones* (Figura 2).

En México las dimensiones descritas en los árboles de conglomerados tuvieron valores de bondad de ajuste adecuados ($\text{stress} = 0,141$), en el análisis de escala multidimensional no métrica.

La Figura 3 muestra las dimensiones conceptuales encontradas mediante análisis de conglomerados en el grupo de jóvenes participantes, las cuales se conformaron por dos grandes dimensiones: una de *Contagio* y la otra de *Futuro*. En el primer caso (*Contagio*) se ubicaron las sub-dimensiones de *Infección* (dividida a su vez en *Enfermedad incurable* y *Falta de información*) y *Descuido* (conformada por *sexo sin protección* y *prevención*). La segunda dimensión (*Futuro*) se dividió en *Consecuencias* (conformada por *irreversible y resignación*) y *Rechazo* (dividida en *Discriminación* y *Sentimientos*) (Figura 3).

Tabla 2. Niveles de consenso cultural sobre el término VIH/Sida en los tres contextos (expresados en razones factoriales y varianza acumulada de factores, promedio de competencias culturales y concordancia grupal). Cochabamba/Bolivia, Talca/Chile, Guadalajara/México, 2007-2008.

Personas participantes	Razón del factor 1 (F1)	Varianza acumulada %	Razón del factor 2 (F2)	Varianza acumulada %	Razón F1:F2	Competencia cultural ^a Media DE	Concordancia grupal ^b
Bolivia (n = 27)	12.07	91.1	1.186	100	10.1	0.627 0.233	0.393
Chile (n=20)	8.317	71.1	2.085	95.1	3.9	0.56 0.319	0.313
México (n = 20)	7.99	84.2	0.974	94.4	8.2	0.600 0.198	0.360

DE: Desviación estándar

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

^b Concordancia grupal: promedio de Competencia Cultural elevado al cuadrado

Fuente: Análisis de consenso del sorteo de montones

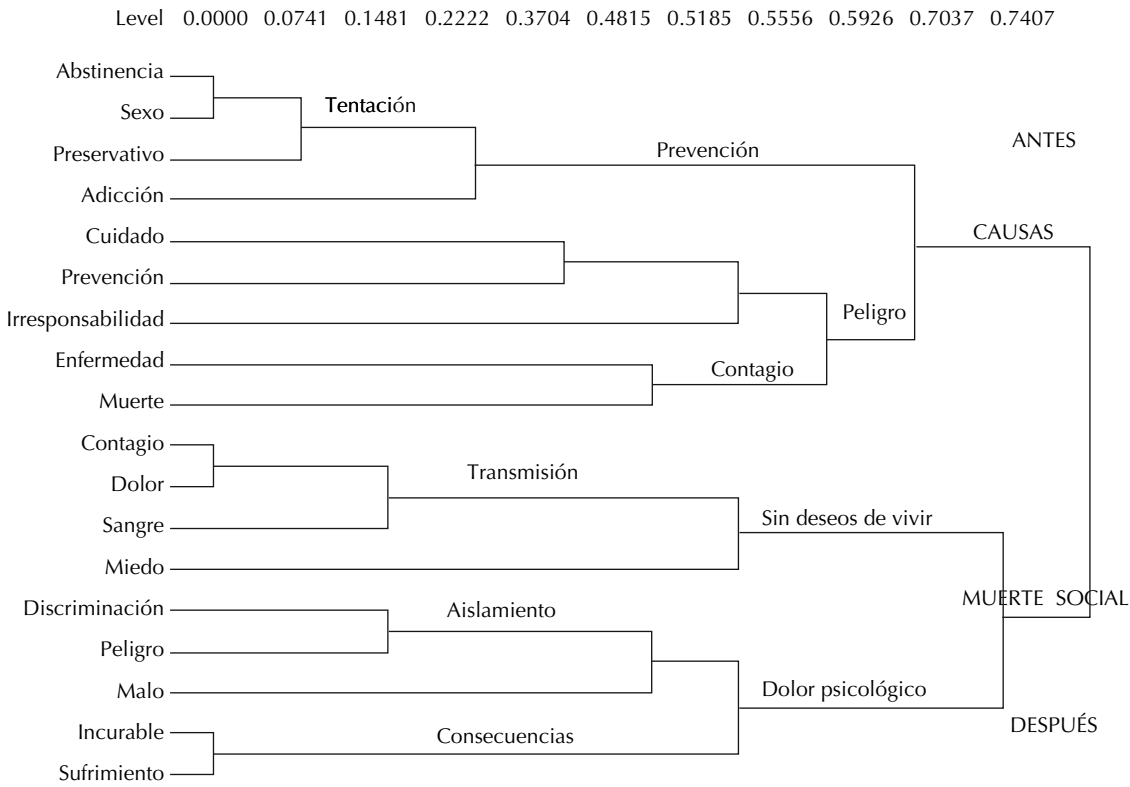


Figura 1. Dimensiones del concepto VIH/SIDA por conglomerados jerárquicos en el grupo de adolescentes. Cochabamba, Bolivia, septiembre del 2007.

Considerando el consenso cultural sobre la concepción del VIH/Sida, en la Tabla 2 se muestra la organización de las distintas dimensiones del VIH/Sida. En Bolivia alcanzó un nivel de razón de 12,07, en Chile de 8,317 y en México de 7,99. La razón con respecto del factor 2 fue de 8,2, 10,1 y 3,9 respectivamente, lo cual indica un alto consenso cultural (sobre todo en Bolivia). La regla es que este factor debe calificar más de tres veces la varianza del segundo factor, lo cual sucedió en los tres casos. El porcentaje acumulado de la varianza para la razón entre los factores 1 y 2 fue mayor a 70% en todos los contextos; la media de la competencia cultural individual fue mayor a 0,50, confirmando estos valores el consenso cultural. Los valores mayores a 0,3 en la medida de acuerdo grupal describen homogeneidad en la organización conceptual de las dimensiones y validan también el consenso.

DISCUSIÓN

El conocimiento sobre las concepciones culturales del VIH/Sida esta condicionado por cada contexto por ello se mostraron diferencias en los tres lugares estudiados. Hubo un grado de consenso mayor en Bolivia que en Chile y México. Esto puede estar en relación con las características sociodemográficas de los jóvenes participantes, en particular de la adscripción religiosa de los

jóvenes bolivianos, los que destacaron la ayuda, apoyo y amor que deberían recibir las personas infectadas. Mientras que en Chile y México los jóvenes hicieron mención de metáforas de lucha frente a la enfermedad. Las concepciones constituyen las diferencias idiosincráticas que dan cuenta de los matices culturales de las poblaciones participantes.

Los jóvenes de Bolivia conceptualizaron el VIH/Sida como una enfermedad o síndrome, causada tanto por prácticas sexuales como por el consumo de drogas, que daña al cuerpo en su sistema inmunológico y lleva a la muerte. Su visión se dimensionó en dos fases: La primera centrada en las causas de la enfermedad y la segunda enfocada a la muerte social del enfermo. En las causas se señalaron situaciones de peligro y tentación que llevan al contagio por no usar protección durante las prácticas sexuales. En la parte de muerte social se indicó el no tener deseos de vivir, además de identificar al dolor psicológico como consecuencia del aislamiento social.

Para los jóvenes de Chile, de ambos sexos, la conceptualización cultural del VIH/Sida es una enfermedad o infección que implica dolor y mala calidad de vida que lleva a la muerte. Esta causada por prácticas sexuales de riesgo sin protección, por el uso de drogas y por transfusión sanguínea. Fue dimensionada en dos fases:

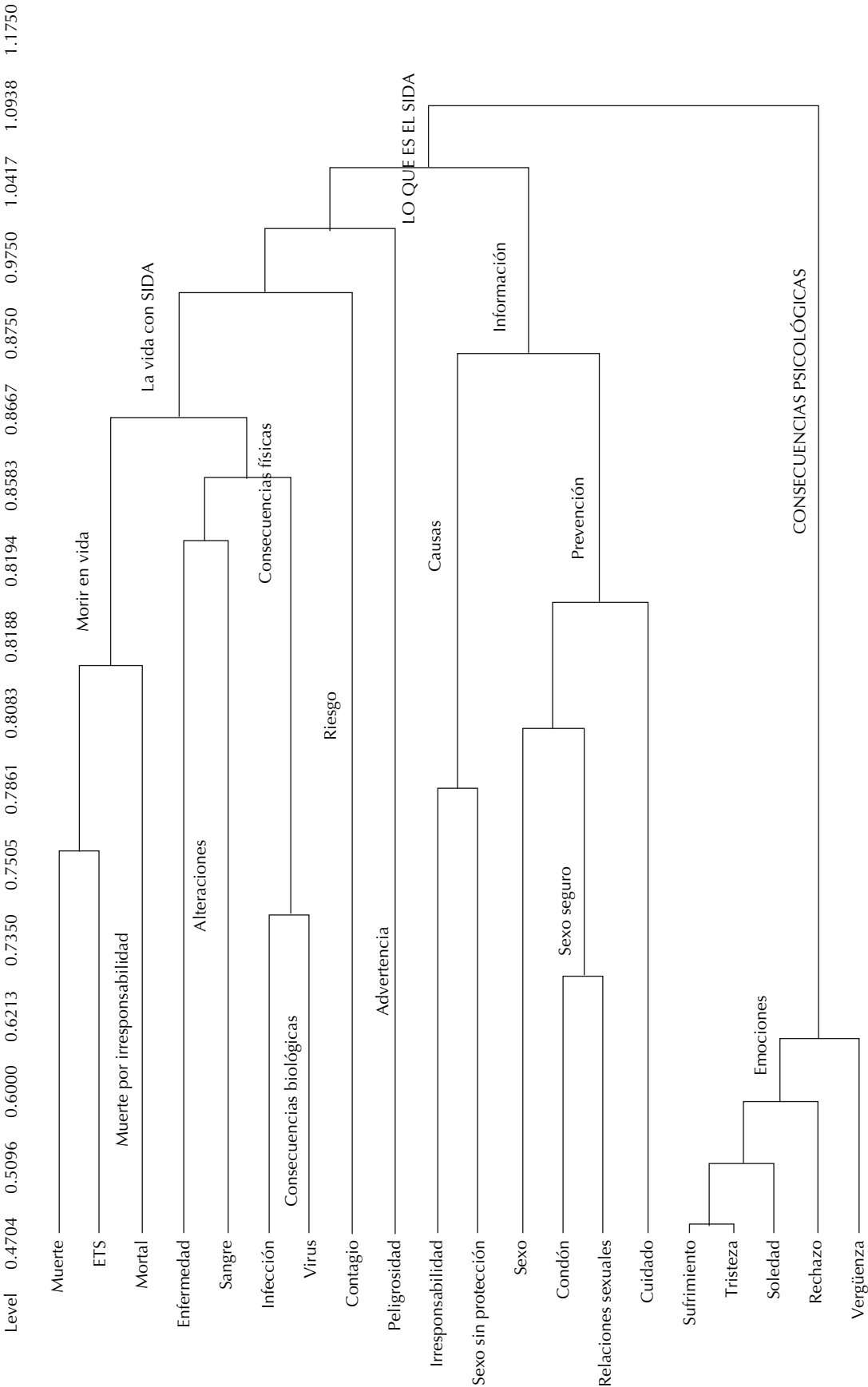


Figura 2. Dimensiones del concepto VIH/SIDA por conglomerados jerárquicos en el grupo de hombres y mujeres adolescentes. Talca, Chile, 2008.

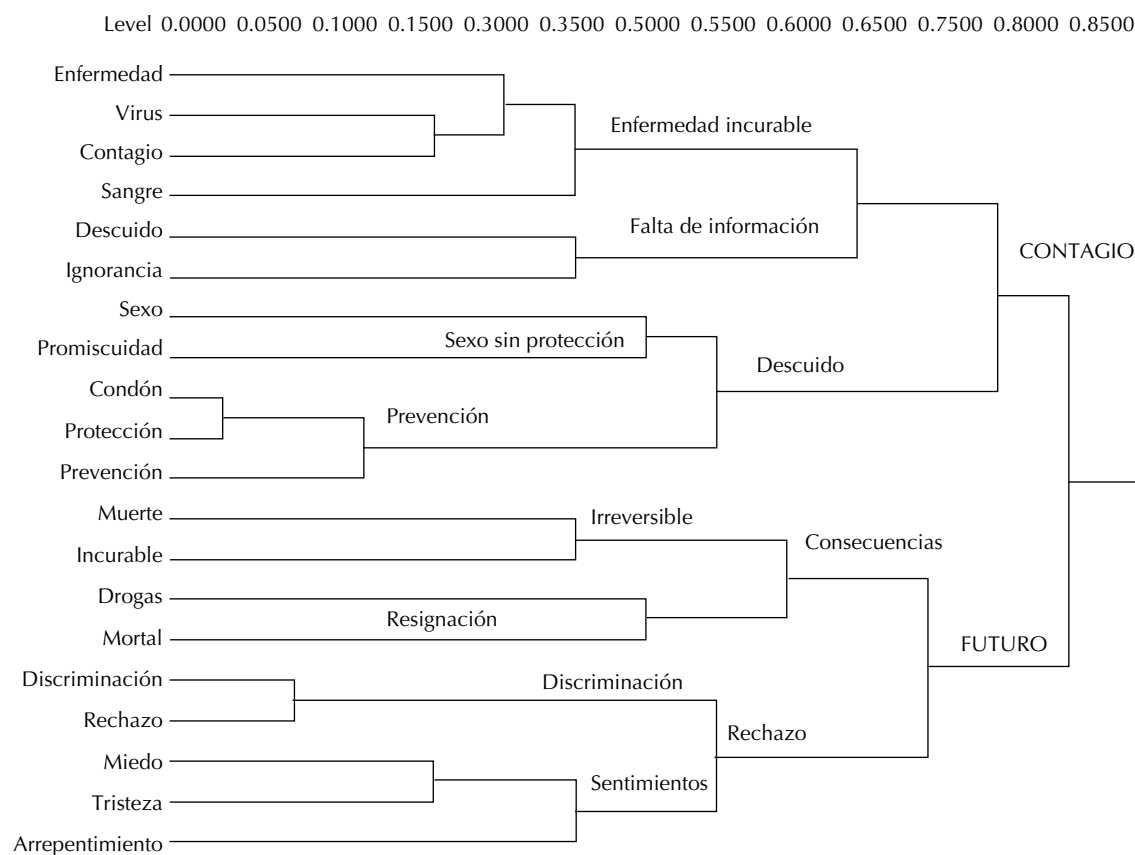


Figura 3. Dimensiones del concepto VIH/SIDA por conglomerados jerárquicos en el grupo de adolescentes. Guadalajara, México, enero 2009.

la primera destacó a las implicaciones de vivir con la enfermedad; como es el morir en vida a causa de la irresponsabilidad además de las consecuencias físicas y alteraciones en el organismo. Se señaló también la importancia de la información necesaria sobre las causas y la prevención del padecimiento (como son la protección durante las relaciones sexuales o la práctica de sexo seguro). La segunda fase resaltó las consecuencias psicológicas de la enfermedad focalizada en emociones negativas.

Los jóvenes mexicanos conceptualizaron el VIH/Sida como una enfermedad o infección mortal que lleva consigo diferentes tipos de dolor (físico y moral) causado por prácticas sexuales de riesgo (homosexualidad, promiscuidad, prostitución) sin protección así como también por transmisión sanguínea. Para ellos la enfermedad tiene dos fases: la primera sobre el contagio (una visión de fatalidad y la falta de prevención resaltada en el descuido personal) y la otra sobre las implicaciones futuras que conlleva el padecerla, como es la muerte física y la muerte social (identificada con el rechazo y la discriminación).

Si bien estos resultados sólo representan las visiones de las poblaciones participantes, se pudo observar que

tienen en común el hecho de que la información que reciben sobre la prevención del VIH/Sida se encuentra filtrada por una serie de valores morales propios de cada contexto. Esto se refleja en las representaciones cognitivas compartidas manifestadas en la estructura semántica de los dominios culturales.¹⁵ Es en dichos dominios que se observan referencias a las prácticas sexuales (como la promiscuidad), lo atractivas que son y el contacto con algunos grupos poblacionales específicos (homosexuales y prostitutas) y el consumo de drogas inyectables. Dichas prácticas fueron calificadas de conductas irresponsables, como si para los jóvenes la exposición a dichos riesgos dependiera sólo de su decisión. Mientras que los factores sociales y la influencia de los miembros de los grupos con los cuales conviven quedaron excluidos.

Uno de los conocimientos compartidos en torno al VIH/Sida fue la consecuencia inevitable de la muerte física y social al padecer la enfermedad. La asociación Sida igual a muerte física ya ha sido identificada.¹² Ello aún cuando en la actualidad, con la terapia retroviral gratuita en los tres países, el Sida ha dejado de considerarse una enfermedad mortal para pasar a ser una enfermedad crónica. Dicha asociación pervive ya que se ha utilizado a la muerte como una estrategia de prevención.

En relación a la muerte social se destacaron elementos de tipo emocional, resaltando en el aislamiento, discriminación y rechazo social de las personas infectadas. Esto puede estar en relación con la etapa de vida adolescente de los participantes. Para los cuales el apoyo social es necesario en la conformación de su identidad social desde la función de pertenencia.⁹

Otra concepción compartida fue con relación a las formas de prevención del VIH/Sida, éstas fueron la información y el uso de protección durante las relaciones sexuales. Esto indica que existe información sobre las formas de prevención en los contextos estudiados. Restaría corroborar si ello realmente incide sobre sus prácticas, ya que existe la percepción de invulnerabilidad de los jóvenes frente al posible contagio.⁷

En cuanto a las aportaciones metodológicas se propone una forma de acercamiento científico a las concepciones culturales de la población con estrategias de recolección de información sencilla y más rápida que las entrevistas tradicionales. Esto permite el examen de gran cantidad de datos de forma coherente y accesible; facilita la comparación entre subgrupos de forma flexible; y provee información sobre representaciones culturales que pueden condicionar prácticas.¹⁵

Entre las limitaciones del estudio, el tipo de muestreo empleado permite la transferencia metodológica¹³ más no de hallazgos. Para futuros estudios convendría utilizar muestreo estratificado por grupos de edad, género, nivel socioeconómico, lugar de origen y otros que lleven a potencializar (incluso generalizar) los resultados del estudio.

REFERENCIAS

1. Arcury T, Quandt S. Qualitative methods in arthritis research: sampling and data analysis. *Arthritis Care Res.* 1998;11(1):66-74. DOI:10.1002/art.1790110111
2. Bernard HR. Qualitative data, quantitative analysis. *Cult Anthropol Methods J.* 1996;8(1):9-11.
3. Bernard HR. Structured interviewing II: Cultural Domain Analysis. In: Bernard HR. Research methods in cultural anthropology. Newbury Park: Sage Publications; 2006. p.299-317.
4. Borgatti, S. *Anthropac*. Lexington: Analytic Technologies; 1996.
5. Caballero Hoyos R, Villaseñor Sierra A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública México.* 2003;45(Suppl 1):S109-14.
6. Caballero Hoyos R, Torres López T, Chong Vilarreal F, Pineda Lucatero A, Altuzar González M, López Coutiño B. Concepciones culturales sobre el dengue en contextos urbanos de México. *Rev Saude Publica.* 2006;40(1):26-33. DOI:10.1590/S0034-89102006000100020
7. Chong F, Torres T, López B. La representación social del SIDA en jóvenes de tres ciudades mexicanas. Compartiendo saberes sobre VIH en Chiapas. Comitán: Colegio de la Frontera Sur; 2007.
8. D'Andrade R. The development of cognitive anthropology. Cambridge: Cambridge University Press; 1995.
9. Fisher G. La identidad social. In: Fischer G. Psicología social: conceptos fundamentales. Madrid: Narcea; 1990. p.157-180.
10. Furlow C. Comparing indicators of knowledge within and between cultural domains. *Field Methods.* 2003;15(1):51-62. DOI:10.1177/1525822X02239570
11. García de Alba JE, Salcedo AL, López B. Una aproximación al conocimiento cultural de la diabetes mellitus tipo 2 en el occidente de México. *Desacatos.* 2006;21:97-108.
12. Lozano González AF, Torres López TM, Aranda Beltrán C. Concepciones culturales del VIH/SIDA de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Rev Latinoam Cienc Soc Niñez y Juv.* 2008;6(2):739-68.
13. Pla M. El rigor en la investigación cualitativa. *Aten Primaria.* 1999;24(5):295-300.
14. Romney A, Batchelder WH, Weller SC. Recent applications of cultural consensus theory. *Am Behav Sci.* 1987;31(2):163-77. DOI:10.1177/000276487031002003
15. Romney K, Boyd J, Moore C, Batchelder W, Brazill T. Culture as shared cognitive representations. *Proc Natl Acad Sci U S A.* 1996;93(10):4699-705. DOI:10.1073/pnas.93.10.4699
16. Sturrock K, Rocha JA. A multidimensional scaling stress evaluation table. *Field Methods.* 2000;12(1):49-60. DOI:10.1177/1525822X0001200104
17. Torres Lopez TM, Caballero Hoyos R, Barraza Salas JH, Romero Paredes JJ. Cultural conceptions about dengue in Nayarit, Mexico. *Dengue Bull.* 2006;30:223-33.
18. Torres Lopez TM, Aranda Beltrán C, Pando Moreno M, Salazar Estrada JG. Dimensiones conceptuales del bienestar de personas con padecimientos crónicos. *Rev Salud Publica Nutr.* 2007;8(4).
19. Webster C, Iannucci A, Romney K. Consensus analysis for the measurement and validation of personality traits. *Field Methods.* 2002;14(1):46-64.
20. Weller SC, Romney AK. Systematic data collection. Newbury Park: Sage; 1988.