

Universidad de Huelva

Departamento de Educación



Conocimientos, representaciones y actitudes de los estudiantes de titulaciones educativas sobre el VIH/SIDA

Memoria para optar al grado de doctora
presentada por:

Carmen María Aránzazu Cejudo Cortés

Fecha de lectura: 15 de julio de 2014

Bajo la dirección de los doctores:

Juan Carlos González Faraco

Juan Ramón Jiménez Vicioso

Huelva, 2014





Universidad
de Huelva

C
onocimientos, representaciones
y actitudes de estudiantes de
titulaciones educativas sobre
VIH/SIDA

Doctoranda:
C.M. Aránzazu Cejudo Cortés



Universidad
de Huelva



Conocimientos, representaciones y actitudes de estudiantes de titulaciones educativas sobre VIH/SIDA

Tesis doctoral



Doctoranda:

CARMEN MARÍA ARÁNZAZU CEJUDO CORTÉS

Directores:

DR. DON JUAN CARLOS GONZÁLEZ FARACO

DR. DON JUAN RAMÓN JIMÉNEZ VICIOSO

Facultad de Ciencias de la Educación
Departamento de Educación

Junio 2014

Imágen de la portada perteneciente al famoso grafitero estadounidense
Keith Haring (1958-1990).

Comprometido activista social, creó en 1989 la *Fundación Keith Haring* para luchar ante las desigualdades sociales y la lacra del SIDA, presente en muchas de sus obras y de la cual terminaría siendo una víctima más.

A GRADECIMIENTOS

Gracias a los dos Directores de esta tesis, que me han acompañado en los avatares de este largo camino. A mis amigos Ramón Tirado y Ramón Ignacio Correa, sin vosotros nada de esto hubiera sido posible.

Gracias a todos los compañeros y compañeras que me han abierto las puertas de sus clases, y especialmente a María José, Ángel, Manuel y Paqui. A mis queridas alumnas Virginia, Tania y Marina.

Gracias a mis creativos amigos Manuel y Pablo y a mi querida amiga Celia que me acompaña en todas las grandes batallas. Gracias a mis amados hermanos y al bueno y noble Javier, los mejores ayudantes que he podido tener. A mi madre por saber transmitir el valor de la constancia y el esfuerzo, a mi padre por enseñarnos a ser valientes y en especial, a mis queridas sobrinas Natalia, Carlota y a la pequeña que viene de camino.



	Página
Relación de acrónimos, siglas, códigos y abreviaturas	27
Introducción y Justificación	29
Primera parte. Marco Teórico	41
Capítulo 1: El origen y desarrollo de la pandemia del VIH/SIDA	43
1.1. Historia de la enfermedad	45
1.2. Aspectos biomédicos	87
1.3. Situación actual de la pandemia	121
Capítulo 2: Representación y significación social del VIH/SIDA	159
2.1. Teoría de la representación social y su aplicación en la temática del VIH/SIDA	161
2.1.1. Dimensión «información»	172
2.1.2. Dimensión «campo de la representación»	173
2.1.3. Dimensión «actitud»	176
2.2. Estereotipos, opinión e imagen en el estudio de las representaciones sociales	178
2.3. Significación social del SIDA a través de la obra de Susan Sontag	183
2.3.1. El daño de las metáforas	184
2.3.2. La significación del VIH/SIDA mediante la degradación de la identidad	187
2.3.3. La horrenda imagen del VIH/SIDA	195
2.3.4. Las representaciones sociales del SIDA vistas por Susan Sontag	198
2.3.5. La crítica social en «El SIDA y sus metáforas»	201
2.4. Cultura, estigma y discriminación del VIH/SIDA	206
2.4.1. Estigma	208
2.4.2. Discriminación	215
2.4.3. Relación entre cultura, estigma y discriminación	223
2.4.4. Identidad seropositiva	226
2.4.5. Identidad grupal de las personas con VIH/SIDA	230
2.4.6. Invisibilidad del VIH/SIDA	237
2.5. Actitud ante el VIH/SIDA	243

	Página
Capítulo 3: Las Universidades como espacios educativos en la prevención del VIH/SIDA	255
3.1. Las Universidades como promotoras de la salud	257
3.2. Algunos estudios anteriores sobre los conocimientos y representaciones del alumnado universitario con respecto al VIH/SIDA	279
3.3. La formación de los futuros profesores, maestros y educadores en la prevención del VIH	299
Segunda parte: Proceso investigador	315
Capítulo 4: Aspectos metodológicos	317
4.1. Planteamiento de la investigación	319
4.2. Objetivos generales y específicos	322
4.3. El contexto de Estudio	324
4.3.1. La Universidad de Huelva y su Facultad de Ciencias de la Educación	324
4.3.2. Los participantes de la investigación	329
4.4. Instrumentos para la recogida de información	347
4.4.1. El cuestionario	347
4.4.2. El grupo de discusión	397
4.4.3. Análisis de otras fuentes documentales	402
Capítulo 5: Resultados	407
5.1. Conocimiento del alumnado sobre el VIH/SIDA	428
5.2. Representación social del alumnado sobre el VIH/SIDA	511
5.3. Actitud del alumnado ante el VIH/SIDA	637
Capítulo 6: Conclusiones, limitaciones y propuestas	757
6.1. Conclusiones del constructo «Conocimiento sobre el VIH/SIDA»	765
6.2. Conclusiones del constructo «Campo de la representación»	771
6.3. Conclusiones del constructo «Actitudes ante el VIH/SIDA»	779
6.4. Limitaciones del trabajo de investigación.	785
6.5. Propuestas de intervenciones futuras	789
Referencias bibliográficas	797
Anexos	



NDICE

Ilustraciones

Ilustración 1. Artículo publicado en la revista <i>Morbidity and mortality weekly report</i> (1981).	46
Ilustración 2. Artículo periodístico publicado en el diario <i>San Francisco</i> (1981).	48
Ilustración 3. Artículo periodístico publicado en el <i>New York Times</i> (1981).	48
Ilustración 4. Artículo de investigación publicado en <i>The Lancet</i> (1982).	49
Ilustración 5. Artículo periodístico publicado en <i>La Vanguardia</i> (1983).	51
Ilustración 6. Artículo de investigación publicado en <i>Sciences</i> (1983).	51
Ilustración 7. Derechos básicos de las personas con SIDA (1983).	52
Ilustración 8. Artículo publicado en la revista <i>Sciences</i> (1984).	55
Ilustración 9. Boletín Oficial del Estado (1985).	56
Ilustración 10. Artículo periodístico publicado en <i>ABC</i> (1985).	57
Ilustración 11. Artículo periodístico publicado en <i>El País</i> (1985).	59
Ilustración 12. Artículo periodístico publicado en <i>El País</i> (1985).	59
Ilustración 13. Artículo periodístico publicado en <i>El País</i> (1985).	60
Ilustración 14. Retrato del actor Rock Hudson.	60
Ilustración 15. Artículo publicado en la revista <i>Medical Sciences</i> (1985).	61
Ilustración 16. Artículo publicado en <i>Canadian Medical Association Journal</i> (1986).	61
Ilustración 17. Artículo del periódico <i>La Vanguardia</i> .	62
Ilustración 18. Documental titulado <i>SIDA, los nuevos apesados</i>	63
Ilustración 19. Primera campaña dirigida a reclusos.	64
Ilustración 20. Cartel conmemorativo del Día Internacional del SIDA.	66
Ilustración 21. Instantánea del actor Jeremy Irons.	66
Ilustración 22. Portada del libro titulado <i>La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas</i> .	67
Ilustración 23. Artículo publicado en el periódico <i>La Vanguardia</i> (1990).	68
Ilustración 24. Fotografía de Teresa Frare que dará la vuelta al mundo.	69
Ilustración 25. Artículo publicado en el periódico <i>La Vanguardia</i> (1991).	70
Ilustración 26. Fotografía de <i>Magic Johnson</i> en las Olimpiadas de 1992, un año más tarde de hacer público su estado serológico.	72
Ilustración 27. Portada del <i>Boletín Epidemiológico Semanal</i> (1991).	72
Ilustración 28. Fotografía <i>Freddie Mercury</i> junto con la cantante <i>Monserrat Caballé</i> .	73

Ilustración 29. Imagen de la campaña publicitaria <i>Pajaritos</i> .	74
Ilustración 30. Misión de ONUSIDA.	75
Ilustración 31. Artículo publicado en <i>La Vanguardia</i> sobre la reducción de los casos de SIDA en nuestro país (1999).	77
Ilustración 32. Artículo publicado en <i>La Vanguardia</i> sobre la situación de África con respecto a la pandemia.	78
Ilustración 33. Portada del <i>Boletín Epidemiológico de Cataluña</i> (1999).	80
Ilustración 34. Composición de imágenes que utiliza la organización CESIDA en su página web.	81
Ilustración 35. Portada del Informe de ONUSIDA (2004).	82
Ilustración 36. Artículo publicado en <i>El Mundo</i> (2005).	83
Ilustración 37. Artículo publicado en <i>El País</i> (2010).	84
Ilustración 38. Imagen del VIH.	87
Ilustración 39. Ciclo Virico del VIH-1.	89
Ilustración 40. Principales características de los subtipos VIH-1 y VIH-2.	93
Ilustración 41. Transmisión interespecie.	94
Ilustración 42. Tiempo hasta el desarrollo de anticuerpos.	98
Ilustración 43. Imagen del VIH.	101
Ilustración 44. Condiciones para la transmisión del virus.	102
Ilustración 45. Importancia de la carga viral en la transmisión.	104
Ilustración 46. Transmisión Horizontal.	105
Ilustración 47. Uso de las jeringuillas en la transmisión del VIH/SIDA.	107
Ilustración 48. Mecanismos de Transmisión Vertical.	109
Ilustración 49. Mitos sobre la transmisión.	102
Ilustración 50. Imagen representando una prueba para la detección del VIH en sangre.	113
Ilustración 51. Escasa realización de la prueba.	114
Ilustración 52. Keith Haring Foundation (1984).	116
Ilustración 53. Tiempo recomendado desde la exposición hasta la prueba del VIH.	117
Imagen 54. Terapia de alta actividad TARGA o HAART.	118
Imagen 55. Portada del último informe mundial de ONUSIDA.	121
Imagen 56. Portada del Informe ONUSIDA (2012).	124
Imagen 57. Estrategias a seguir para conseguir los objetivos para el 2015.	126
Ilustración 58. Prevalencia del VIH en adultos y poblaciones clave.	127
Ilustración 59. Informe de ONUSIDA (2011).	128
Ilustración 60. Informe de ONUSIDA (2011).	133
Ilustración 61. Asignación del marco de inversiones.	136
Ilustración 62. Portada del Informe de ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA.	137
Ilustración 63. Aspectos que ralentizan las respuestas al VIH/SIDA.	137

Ilustración 64. Países en los que las infecciones por el VIH entre usuarios de drogas inyectables representan el 20% o más del total de personas seropositivas.	142
Ilustración 65. Portada del Informe de ONUSIDA (2009).	145
Ilustración 66. Personas que viven con el VIH (ONUSIDA, 2009).	146
Ilustración 67. Casos de nuevas infecciones (ONUSIDA, 2009).	146
Ilustración 68. Muertes relacionadas con el SIDA (ONUSIDA, 2009).	147
Ilustración 69. Portada de la revista ZUM en una edición especial de la respuesta en los 30 años de la pandemia.	148
Ilustración 70. Información epidemiológica.	148
Ilustración 71. Procedencia de HSH diagnosticados durante el año 2010.	153
Ilustración 72. Vía por la que se transmitió el VIH en mujeres diagnosticadas durante el año 2010.	
Ilustración 73. Mapa ideológico de los grupos de discusión en jóvenes sobre sexualidad y VIH/SIDA.	169
Ilustración 74. Dendograma sobre las representaciones del VIH/SIDA en el estudio <i>El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales</i> .	170
Ilustración 75. Diferencia entre la imagen y la representación social a través de su formación.	181
Ilustración 76. Ventajas y condiciones necesarias para la elección de la muestra en una investigación.	331
Ilustración 77. Tipología de muestra.	332
Ilustración 78. Modelo teórico sometido a contraste empírico.	395
Ilustración 79. Modelo teórico sometido a contraste empírico.	396
Ilustración 80. Fases del proceso de investigación.	397
Ilustración 81. Fases en la elaboración del grupo de discusión.	400
Ilustración 82. Guía para la elaboración del documento solicitado	406
Ilustración 83. Dib.18-M26.	421
Ilustración 84. Preguntas para valorar el conocimiento de los estudiantes.	429
Ilustración 85. Dib.45-M23.	436
Ilustración 86. Dib .10-H21.	454
Ilustración 87. Dib .41-M20.	460
Ilustración 88. Dib. 22-M21.	460
Ilustración 89. Dib.25-M21.	461
Ilustración 90. Dib. 65-M25.	461
Ilustración 91. Dib. 32-M23.	483
Ilustración 92: Folleto informativo <i>No sin él</i> .	489
Ilustraciones 93,94,95,96. Carteles de distintas campañas españolas para fomentar la realización de las pruebas del VIH.	499
Ilustración 97. Dib.79-M19.	507
Ilustración 98. Portada de la Guía para gais y hombres bisexuales con VIH.	513
Ilustración 99. Campaña informativa sobre las vías de transmisión.	536
Ilustración 100. Dib.8-M21.	567

Ilustración 101.Dib.9-H22.	567
Ilustración 102.Dib.54-M26.	567
Ilustración 103. Dib.54-M26.	571
Ilustración 104.Dib.68-M19.	572
Ilustración 105.Dib.20-M19.	583
Ilustración 106. Dib.3-M21.	609
Ilustración 107.Dib.4-H45.	609
Ilustración 108.Dib.6-M32.	610
Ilustración 109.Dib.62-M21.	610
Ilustración 110.Dib.1-H38.	611
Ilustración 111. Dib.70-M21.	611
Ilustración 112.Dib.42-H20.	625
Ilustración 113.Dib.48-M22.	634
Ilustración 114. Dib.17-M22.	635
Ilustración 115. Dib.28-M21.	635
Ilustración 116.Dib.62-M21.	666
Ilustración 117.Dib.36-M22.	702
Ilustración 118. Dib.39-H22.	706
Ilustración 119.Dib.37-M31.	727
Ilustración 120. Dib.35-M22.	735
Ilustración 121.Dib.52-M20.	736
Ilustración 122.Dib.31-M24.	738
Ilustración 123.Dib.59-M21.	742
Ilustración 124. Dib.45-M20.	746
Ilustración 125.Dib.50-H21.	747



Tabla 1. Definición de SIDA.	91
Tabla 2. Definición de VIH.	92
Tabla 3. Panorama Mundial del VIH/SIDA.	122
Tabla 4. Datos relevantes del Informe de ONUSIDA 2012.	125
Tabla 5. Estadísticas regionales del VIH y el SIDA, 2010 y 2001.	132
Tabla 6. Número de personas que viven con VIH en algunos de los países nombrados anteriormente.	144
Tabla 7. Comparativa entre los años 2004 y 2010 en las tasas de nuevos diagnósticos por millón de habitantes.	151
Tabla 8: ¿Qué es el estigma?	208
Tabla 9: ¿Qué es la discriminación?	216
Tabla 10: Oferta de Titulaciones de la Universidad de Huelva y datos del número de alumnado matriculado en el curso académico 2011/2012.	325
Tabla 11: Oferta posgrado de la Facultad de Ciencias de la Educación curso académico 2011/2012.	326
Tabla 12. Contingencia entre el sexo del alumnado participante, la edad, el curso académico y la titulación.	334
Tabla 13. Edad de los sujetos del cuestionario.	335
Tabla 14. Sexo de los participantes en el cuestionario.	337
Tabla 15. Contingencia Sexo y Edad.	338
Tabla 16. Curso que estudian los encuestados.	339
Tabla 17. Titulación que cursan los sujetos del estudio.	340
Tabla 18. Comparativa entre las muestras del Cuestionario y del Grupo de Discusión.	342
Tabla 19. Edad de los sujetos del Grupo de Discusión.	343
Tabla 20. Edad de los sujetos que han elaborado los documentos.	345
Tabla 21. Curso de los sujetos que han elaborado el documento.	345
Tabla 22. Estadísticos de los elementos.	360
Tabla 23. Grado de dificultad del Test Conocimientos del Cuestionario Piloto.	361
Tabla 24. Estadísticos total-elementos del Test Conocimientos.	362
Tabla 25. Estadísticos de fiabilidad con el coeficiente Alfa de Cronbach.	363
Tabla 26. Estadísticos de fiabilidad con el procedimiento «Dos mitades» del Test Conocimientos.	364

Tabla 27. Estadísticos de fiabilidad con el procedimiento «Dos mitades» una vez eliminados los ítems inadecuados.	365
Tabla 28. Resumen del procesamiento de los casos.	366
Tabla 29. Estadísticos de fiabilidad con el procedimiento «Alfa de Cronbach».	366
Tabla 30. Estadísticos de fiabilidad con el «Coeficiente Alfa de Cronbach» de las escalas.	367
Tabla 31. Estadísticos de fiabilidad con el procedimiento «Dos mitades» de las escalas.	367
Tabla 32. Estadísticos de fiabilidad con el «Coeficiente Alfa de Cronbach» de las escalas una vez eliminados los valores negativos.	368
Tabla 33. Estadísticos de fiabilidad con la prueba de las «Dos mitades».	369
Tabla 34. Cuestionarios que han servido de guía.	374
Tabla 35. Estudios que han servido de guía para el constructo Actitud.	378
Tabla 36. Estructura del cuestionario en relación a los constructos y dimensiones establecidos.	381
Tabla 37. Nivel de dificultad del test conocimiento.	382
Tabla 38. Indicadores de consistencia interna del test «Conocimiento VIH7SIDA».	384
Tabla 39. Descriptivos y percentiles del test Conocimiento.	385
Tabla 40. Frecuencias y porcentajes del test Conocimiento.	386
Tabla 41. Indicadores de consistencia interna de la escala «Representaciones».	388
Tabla 42. Valores de las propiedades de consistencia interna de cada dimensión.	390
Tabla 43. Valores de las propiedades de consistencia interna de cada dimensión.	390
Tabla 44. Indicadores de consistencia interna de la Escala «Actitud».	391
Tabla 45. Valores de las propiedades de consistencia interna de cada dimensión.	393
Tabla 46. Valores de las propiedades de consistencia interna de cada dimensión.	393
Tabla 47. Índices de correlación de Pearson entre los factores del modelo.	394
Tabla 48. Agrupación de constructos y dimensiones que se pretende analizar.	410
Tabla 49. Muestras del trabajo de investigación «Cocimientos, representaciones y actitudes de los estudiantes de titulaciones educativas sobre el VIH/SIDA».	411
Tabla 50. Interés de los sujetos por el VIH/SIDA.	412
Tabla 51. Contingencia entre el sexo y el interés de los sujetos sobre el VIH/SIDA.	414
Tabla 52. Pruebas Chi-cuadrado entre el sexo y el interés de los sujetos sobre VIH/SIDA.	414
Tabla 53. Contingencia entre la Titulación y el interés de los sujetos sobre VIH/SIDA.	416
Tabla 54. Pruebas de chi-cuadrado entre la titulación y el interés de los sujetos sobre el VIH/SIDA.	417
Tabla 55. Fuente principal de la información que tienen los sujetos sobre el VIH/SIDA.	419
Tabla 56. Contingencia entre el sexo y las fuentes de informaciones.	422
Tabla 57. Pruebas de chi-cuadrado entre el sexo y la fuente de información sobre VIH/SIDA.	422

Tabla 58. Contingencia entre la Titulación y la Fuente de Información sobre el VIH/SIDA.	423
Tabla 59. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la fuente de información del VIH/SIDA.	423
Tabla 60. Contingencia entre la Edad y la Fuente de Información del VIH/SIDA.	425
Tabla 61. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y la Fuente de Información del VIH/SIDA.	425
Tabla 62. Relación entre la edad y preguntadas correctas.	430
Tabla 63. Datos estadísticos sobre el ámbito de conocimiento en función de la Titulación.	431
Tabla 64. Datos estadísticos sobre el ámbito de conocimiento en función del curso.	432
Tabla 65. Los términos VIH y SIDA.	434
Tabla 66. Contingencia entre Sexo y los diferencias entre términos VIH y SIDA.	436
Tabla 67. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y los Términos VIH y SIDA.	436
Tabla 68. Contingencia entre la Titulación y los Términos VIH y SIDA.	438
Tabla 69. Pruebas de chi-cuadrado entre las Titulaciones y los Términos VIH y SIDA.	439
Tabla 70. Resultado de la cuestión: «Una persona es seropositiva cuando...»	441
Tabla 71. Contingencia entre la Titulación y la Persona seropositiva.	443
Tabla 72. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el significado de «Persona Seropositiva».	443
Tabla 73. Contingencia entre la Edad y la significado de «Persona Seropositiva».	445
Tabla 74. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el significado de «Persona Seropositiva».	445
Tabla 75. Personas VIH y enfermedad de SIDA.	447
Tabla 76. Contingencia entre la Titulación y las Personas con VIH/enfermedad del VIH.	448
Tabla 77. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y las Personas con VIH/enfermedad del VIH.	449
Tabla 78. Contingencia entre la Edad y las Personas con VIH/enfermedad del SIDA.	450
Tabla 79. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y las Personas con VIH/enfermedad del SIDA.	450
Tabla 80. Países con pocos recursos y transmisión postnatal.	452
Tabla 81. Contingencia entre la titulación y los países con pocos recursos/transmisión postnatal.	455
Tabla 82. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y los Países con pocos recursos/transmisión postnatal.	456
Tabla 83. Contingencia entre la Edad y los Países con pocos recursos/transmisión postnatal.	457
Tabla 84. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y los Países con pocos recursos/transmisión postnatal.	457

Tabla 85. Contagio del VIH.	458
Tabla 86. Contingencia entre el Sexo y el Contagio del VIH.	462
Tabla 87. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Contagio del VIH.	462
Tabla 88. Contingencia entre la Titulación y el Contagio del VIH.	463
Tabla 89. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Contagio del VIH.	464
Tabla 90. Contingencia entre la Edad y el Contagio del VIH.	464
Tabla 91. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el Contagio del VIH.	464
Tabla 92. Felación y transmisión del VIH.	467
Tabla 93. Contingencia entre el Sexo y la Felación.	468
Tabla 94. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Felación.	468
Tabla 95. Contingencia entre la Titulación y la Felación.	469
Tabla 96. Contingencia entre la Edad y la Felación.	470
Tabla 97. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y la Felación	470
Tabla 98. Transmisión horizontal.	471
Tabla 99. Contingencia entre el Sexo y la Transmisión horizontal.	472
Tabla 100. Contingencia entre la Titulación y la Transmisión horizontal.	473
Tabla 101. Contingencia entre la Edad y la Transmisión horizontal.	474
Tabla 102. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y la Transmisión horizontal.	474
Tabla 103. Transmisión vertical.	476
Tabla 104. Contingencia entre el Sexo y la Transmisión vertical.	478
Tabla 105. Contingencia entre la Titulación y la Transmisión vertical.	479
Tabla 106. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la Transmisión vertical.	479
Tabla 107. Contingencia entre la Edad y la Transmisión vertical.	480
Tabla 108. Enfermo SIDA.	484
Tabla 109. Contingencia Sexo Enfermo de SIDA.	485
Tabla 110. Pruebas de chi-cuadrado Sexo y Enfermo SIDA.	485
Tabla 111. Contingencia entre la Titulación y el Enfermo de SIDA.	486
Tabla 112. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Enfermo del SIDA.	487
Tabla 113. Contingencia entre la Edad y Enfermo de SIDA.	487
Tabla 114. Carga viral.	490
Tabla 115. Contingencia entre el Sexo y la Carga viral.	491
Tabla 116. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Carga viral.	491
Tabla 117. Contingencia entre la Titulación y la Carga viral.	492
Tabla 118. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la Carga viral.	492
Tabla 119. Contingencia entre la Edad y la Carga viral.	493
Tabla 120. Periodo ventana.	494
Tabla 121. Contingencia entre el Sexo y el Periodo ventana.	496
Tabla 122. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Periodo ventana.	496
Tabla 123. Contingencia entre la Titulación y el Periodo ventana.	497
Tabla 124. Prueba VIH.	500
Tabla 125. Contingencia entre la Titulación y la Prueba del VIH.	502
Tabla 126. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la Prueba del VIH.	502

Tabla 127. Contingencia entre Edad y la Prueba del VIH.	503
Tabla 128. Relación sexual de riesgo.	505
Tabla 129. Contingencia entre la Titulación y Relación sexual de riesgo.	508
Tabla 130. Contingencia entre la Edad y Relación sexual de riesgo.	509
Tabla 131. Dimensiones del constructo «Campo de la representación».	512
Tabla 132. Compartir baño y vestuario.	515
Tabla 133. Contingencia entre la Titulación y Compartir el baño y el vestuario.	517
Tabla 134. Contingencia entre la Edad y Compartir el baño y el vestuario.	518
Tabla 135. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Compartir el baño y el vestuario.	518
Tabla 136. Compartir habitación del Hospital.	520
Tabla 137. Contingencia entre la Titulación y Compartir habitación del Hospital.	523
Tabla 138. Contingencia entre la Edad y Compartir habitación del Hospital.	524
Tabla 139. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Compartir habitación del Hospital.	524
Tabla 140. Relación entre la edad de los sujetos y los ítems compartir baño o vestuario deportivo y habitación de hospital.	525
Tabla 141. Cambios físicos.	527
Tabla 142. Contingencia entre la Titulación y los Cambios físicos.	529
Tabla 143. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y los Cambios físicos.	530
Tabla 144. Contingencia entre la Edad y los Cambios físicos.	531
Tabla 145. Transmisión animales.	531
Tabla 146. Contingencia entre el Sexo y la Transmisión animales.	533
Tabla 147. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Transmisión animales.	533
Tabla 148. Contingencia entre la Titulación y la Transmisión animales.	534
Tabla 149. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la Transmisión animales.	535
Tabla 150. Compartir chupetes.	536
Tabla 151. Contingencia entre la Titulación y Compartir chupetes.	539
Tabla 152. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y Compartir chupetes.	540
Tabla 153. Contingencia entre la Edad y Compartir chupetes.	541
Tabla 154. Relación bucogenital.	542
Tabla 155. Contingencia entre el Sexo y la Relación buco genital.	543
Tabla 156. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Relación buco genital.	543
Tabla 157. Contingencia entre la Titulación y la Relación bucogenital.	545
Tabla 158. Contingencia entre la Edad y la Relación bucogenital.	546
Tabla 159. Fetos.	549
Tabla 160. Contingencia entre el Sexo y los Fetos.	551
Tabla 161. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y los Fetos.	551
Tabla 162. Contingencia entre la Edad y los Fetos.	552
Tabla 163. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y los Fetos.	552
Tabla 164. Homosexuales.	554
Tabla 165. Contingencia entre el Sexo y los Homosexuales.	556

Tabla 166. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y los Homosexuales.	556
Tabla 167. Contingencia entre la Titulación y los Homosexuales.	557
Tabla 168. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y los Homosexuales.	558
Tabla 169. Contingencia entre la Edad y los Homosexuales.	558
Tabla 170. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y los Homosexuales.	559
Tabla 171. Bisexuales.	559
Tabla 172. Contingencia entre el Sexo y los Bisexuales.	561
Tabla 173. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y los Bisexuales.	561
Tabla 174. Contingencia entre la Titulación y los Bisexuales.	562
Tabla 175. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y los Bisexuales.	563
Tabla 176. Contingencia entre la Edad y los Bisexuales.	563
Tabla 177. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y los Bisexuales.	564
Tabla 178. Sin pareja estable.	565
Tabla 179. Contingencia entre el Sexo y estar Sin pareja estable.	568
Tabla 180. Contingencia Edad y Sin_pareja_estable. .	569
Tabla 181. Zonas deprimidas.	572
Tabla 182. Contingencia entre el Sexo y Zonas_deprimidas.	574
Tabla 183. Contingencia Edad y Zonas_deprimidas.	575
Tabla 184. Países africanos.	577
Tabla 185. Contingencia entre la Titulación y los Países africanos.	580
Tabla 186. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y los Países africanos.	581
Tabla 187. Prostitución.	584
Tabla 188. Contingencia entre la Titulación y la Prostitución.	586
Tabla 189. Contingencia entre la Edad y la Prostitución.	587
Tabla 190. Europa del Este.	588
Tabla 191. Contingencia entre la Titulación y Europa del Este.	590
Tabla 192. Contingencia Edad y Europa_del_Este.	591
Tabla 193. Países latinoamericanos.	592
Tabla 194. Contingencia entre el Sexo y los Países latinoamericanos.	593
Tabla 195. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y los Países latinoamericanos.	594
Tabla 196. Contingencia entre la Titulación y los Países latinoamericanos.	595
Tabla 197. Miedo.	600
Tabla 198. Contingencia entre el Sexo y el Miedo.	601
Tabla 199. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Miedo.	601
Tabla 200. Contingencia entre la Edad y el Miedo	603
Tabla 201. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el Miedo.	603
Tabla 202. Preocupación.	604
Tabla 203. Contingencia Edad y Preocupación.	605
Tabla 204. Morir.	606
Tabla 205. Contingencia entre Edad y Morir.	612
Tabla 206. Pruebas de chi-cuadrado entre Edad y Morir.	613
Tabla 207. Contingencia entre Sexo y Morir.	613

Tabla 208. Ira.	615
Tabla 209. Contingencia entre el Sexo y la Ira.	616
Tabla 210. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Ira.	617
Tabla 211. Contingencia Titulación e Ira.	618
Tabla 212. Pruebas de chi-cuadrado Titulación e Ira.	619
Tabla 213. Angustia deterioro físico.	621
Tabla 214. Contingencia entre el Sexo y la Angustia por el deterioro físico.	622
Tabla 215. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Angustia por el deterioro físico.	622
Tabla 216. Contingencia Titulación y Angustia por el deterioro físico.	623
Tabla 217. Pruebas de chi-cuadrado Titulación y Angustia por el deterioro físico.	624
Tabla 218. Envejecimiento prematuro.	624
Tabla 219. Contingencia entre el Sexo y el Envejecimiento prematuro.	626
Tabla 220. Contingencia Titulación y Envejecimiento prematuro.	627
Tabla 221. Personas Promiscuas.	628
Tabla 222. Contingencia entre el Sexo y Personas Promiscuas.	629
Tabla 223. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Personas Promiscuas.	630
Tabla 224. Contingencia entre la Titulación y Promiscuas.	631
Tabla 225. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y Promiscuas.	632
Tabla 226. Culpable.	633
Tabla 227. Contingencia Sexo y Culpable.	636
Tabla 228. Contingencia Edad y Culpable.	636
Tabla 229. Dimensiones del constructo «Actitud ante el VIH/SIDA».	638
Tabla 230. Cambio habitación hospital.	639
Tabla 231. Contingencia entre el Sexo y el Cambio habitación hospital.	640
Tabla 232. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Cambio habitación hospital.	641
Tabla 233. Contingencia entre la Titulación y el Cambio habitación hospital.	642
Tabla 234. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Cambio habitación hospital.	643
Tabla 235. Contingencia entre la Edad y el Cambio habitación hospital.	644
Tabla 236. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el Cambio habitación hospital.	644
Tabla 237. Compartir piso estudiante.	645
Tabla 238. Contingencia Sexo y Compartir_piso_estudiante.	648
Tabla 239. Pruebas de chi-cuadrado Sexo y Compartir_piso_estudiante.	648
Tabla 240. Contingencia entre la Titulación y Compartir piso estudiante.	650
Tabla 241. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y Compartir piso estudiante.	651
Tabla 242. Contingencia entre la Edad y Compartir piso estudiante.	652
Tabla 243. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Compartir piso estudiante.	652

Tabla 244. Cambio guardería.	654
Tabla 245. Contingencia entre la Titulación y Cambio guardería.	655
Tabla 246. Medidas higiénicas.	658
Tabla 247. Contingencia entre la Titulación y las Medidas higiénicas.	661
Tabla 248. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y las Medidas higiénicas.	662
Tabla 249. Empresa.	663
Tabla 250. Contingencia entre la Titulación y la Empresa.	667
Tabla 251. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la Empresa.	668
Tabla 252. Miedo al contagio.	669
Tabla 253. Contingencia entre la Titulación y el Miedo al contagio.	670
Tabla 254. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Miedo al contagio.	671
Tabla 255. Contingencia entre la Edad y el Miedo al contagio.	671
Tabla 256. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el Miedo al contagio.	672
Tabla 257. Fin de relación.	672
Tabla 258. Contingencia entre el Sexo y el Fin de relación.	674
Tabla 259. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Fin de relación.	674
Tabla 260. Contingencia entre la Titulación y el Fin de relación.	676
Tabla 261. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Fin de relación.	677
Tabla 262. Enamorados.	679
Tabla 263. Contingencia entre el Sexo y Enamorados.	680
Tabla 264. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Enamorados.	680
Tabla 265. Contingencia entre la Edad y Enamorados.	681
Tabla 266. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Enamorados.	681
Tabla 267. Madre.	682
Tabla 268. Contingencia entre el Sexo y la Madre.	683
Tabla 269. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Madre.	683
Tabla 270. Contingencia entre la Edad y la Madre.	684
Tabla 271. Padre.	684
Tabla 272. Contingencia entre el Sexo y el Padre.	685
Tabla 273. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Padre.	686
Tabla 274. Contar si estuviese contagiado/a por VIH/SIDA.	686
Tabla 275. Contingencia entre la Edad y el Padre.	687
Tabla 276. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el Padre.	687
Tabla 277. Algún hermano/a.	688
Tabla 278. Contingencia entre el Sexo y Algún Hermano/a.	688
Tabla 279. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Algún Hermano/a.	689
Tabla 280. Contingencia entre la Edad y Algún Hermano/a.	689
Tabla 281. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Algún Hermano/a.	689
Tabla 282. Algún Abuelo/a.	690
Tabla 283. Contingencia Sexo Algún/a Abuelo/a.	691
Tabla 284. Contingencia entre la Edad y Algún Abuelo/a.	691
Tabla 285. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Algún Abuelo/a.	691

Tabla 286. A mis amistades más íntimas.	692
Tabla 287. A mis compañeros/as de piso.	693
Tabla 288. Contingencia entre la Titulación y A mis compañeros/as de piso.	694
Tabla 289. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y A mis compañeros/as de piso.	694
Tabla 290. A todas mis amistades.	696
Tabla 291. Contingencia entre el Sexo y A todas mis amistades.	697
Tabla 292. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y A todas mis amistades.	697
Tabla 293. A mi pareja actual.	698
Tabla 294. Contingencia entre el Sexo y A mi pareja actual.	699
Tabla 295. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y A mi pareja actual.	699
Tabla 296. A otras personas enfermas.	701
Tabla 297. Contingencia entre el Sexo y A otras personas enfermas.	703
Tabla 298. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y A otras personas enfermas.	703
Tabla 299. Contingencia entre la Titulación y A otras personas enfermas.	704
Tabla 300. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y A otras personas enfermas.	704
Tabla 301. A ninguna persona.	705
Tabla 302. Contingencia entre el Sexo y A ninguna persona.	707
Tabla 303. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y A ninguna persona.	707
Tabla 304. Contingencia entre la Edad y A ninguna persona.	707
Tabla 305. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y A ninguna persona.	708
Tabla 306. Contar profesorado.	709
Tabla 307. Contingencia entre la Titulación y Contar profesorado.	710
Tabla 308. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y Contar profesorado.	711
Tabla 309. Contingencia entre la Edad y Contar profesorado.	711
Tabla 310. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Contar profesorado.	711
Tabla 311. Entender pareja.	712
Tabla 312. Contingencia entre el Sexo y Entender pareja.	715
Tabla 313. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Entender pareja.	715
Tabla 314. Contingencia entre la Edad y Entender pareja.	716
Tabla 315. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Entender pareja.	716
Tabla 316. Derecho a saber.	717
Tabla 317. Contingencia entre el Sexo y el Derecho a saber.	721
Tabla 318. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Derecho a saber.	721
Tabla 319. Contingencia entre la Titulación y el Derecho a saber.	722
Tabla 320. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Derecho a saber.	723
Tabla 321. Docente.	724
Tabla 322. Contingencia entre la Edad y Docente.	725
Tabla 323. Evitaría mantener una relación sentimental.	726

Tabla 324. Contingencia entre Sexo y mantener relación sentimental.	728
Tabla 325. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Evitaría mantener una relación sentimental.	728
Tabla 326. Contingencia entre Titulación y Relación sentimental.	726
Tabla 327. Contingencia entre Edad y Relación sentimental.	730
Tabla 328. Evitaría mantener una relación sexual.	732
Tabla 329. Contingencia entre la Titulación y Evitaría mantener una relación sexual.	733
Tabla 330. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y Evitaría mantener una relación sexual.	734
Tabla 331. Saldría poco de mi casa.	734
Tabla 332. Afectar relaciones sociales.	737
Tabla 333. Contingencia Edad y Afectar relaciones sociales.	739
Tabla 334. Pruebas de chi-cuadrado Edad_test y Afectar_relaciones_sociales.	739
Tabla 335. Evitaría compartir piso con otros estudiantes.	740
Tabla 336. Contingencia entre el Sexo y Evitaría compartir piso con otros estudiantes.	742
Tabla 337. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Evitaría compartir piso con otros estudiantes.	743
Tabla 338. Contingencia entre la Edad y Evitaría compartir piso con otros estudiantes.	744
Tabla 339. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Evitaría compartir piso con otros estudiantes.	744
Tabla 340. Evitaría ir de viaje con amigos/as.	745
Tabla 341. No adoptaría niños/as.	748
Tabla 342. Contingencia entre el Sexo y No adoptaría niños/as.	749
Tabla 343. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y No adoptaría niños/as.	750
Tabla 344. No tendría hijos/as propios.	751
Tabla 345. Contingencia entre el Sexo y No tendría hijos/as propios.	752
Tabla 346. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y No tendría hijos/as propios.	752
Tabla 347. Contingencia entre la Titulación y No tendría hijos/as propios.	754
Tabla 348. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y No tendría hijos/as propios.	754



Gráfico 1. Evolución de la prevalencia de infección VIH en Instituciones Penitenciarias Españolas (1997-2010).	108
Gráfico 2. Personas que viven con el VIH.	129
Gráfico 3. Nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el SIDA.	130
Gráfico 4. Número de nuevas infecciones por VIH.	140
Gráfico 5. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes en los países de la Unión Europea en el año 2009.	152
Gráfico 6. Porcentaje en los intervalos de edad de nuevos diagnósticos en el año 2009 de HSH.	152
Gráfico 7. Tasa de diagnósticos tardíos que se produjeron en nuestro país durante el año 2010.	155
Gráfico 8. Casos de SIDA contabilizados entre 1981 y 2010 por colectivo.	234
Gráfico 9. Intervención con los Determinantes Sociales de la Salud (2011).	267
Gráfico 10. Distribución de la muestra por edad y sexo de la investigación de Giménez, Ballester, Gil, Ruiz y Cassá (2009).	285
Gráfico 11. Distribución de la muestra del cuestionario según el sexo de los sujetos.	338
Gráfico 12. Distribución de la muestra del Grupo de discusión según el sexo de los sujetos.	343
Gráfica 13. Distribución de la muestra en la técnica análisis documental.	344
Gráfico 14. Histograma del test Conocimiento.	387
Gráfico 15. Interés de los sujetos por el VIH/SIDA.	413
Gráfico 16. Fuente principal de la información que tienen los sujetos sobre el VIH/SIDA.	420
Gráficos 17, 18, 19, 20, 21 y 22. Conocimiento en función del curso.	433
Gráfico 23. Porcentajes de aciertos en el ítem diferencias terminológicas entre VIH y SIDA según las titulaciones.	439
Gráfico 24. Persona seropositiva.	442
Gráfico 25. Personas VIH y enfermedad del SIDA.	447
Gráfico 26. Países con pocos recursos y transmisión postnatal.	453
Gráfico 27. Contagio del VIH.	459
Gráfico 28. Felación y transmisión del VIH.	467
Gráfico 29. Transmisión horizontal.	473

Gráfico 30. Transmisión vertical.	477
Gráfica 31. Enfermo SIDA.	484
Gráfico 32. Carga viral.	490
Gráfico 33. Periodo ventana.	495
Gráfico 34. Prueba VIH.	500
Gráfico 35. Relación sexual de riesgo.	506
Gráfico 36. Compartir baño y vestuario.	515
Gráfico 37. Compartir habitación del Hospital.	521
Gráfico 38. Cambios físicos.	527
Gráfico 39. Transmisión animales.	532
Gráfica 40. Compartir chupetes.	537
Gráfico 41. Relación bucogenital.	542
Gráfico 42. Fetos.	550
Gráfico 43. Homosexuales.	554
Gráfico 44. Bisexuales.	560
Gráfico 45. Sin pareja estable.	566
Gráfico 46. Zonas deprimidas.	573
Gráfico 47. Países africanos.	577
Gráfica 48. Prostitución.	584
Gráfico 49. Europa del Este.	589
Gráfico 50. Países latinoamericanos.	593
Gráfico 51. Comparativa entre distintas zonas geográficas.	596
Gráfica 52. Preocupación.	605
Gráfico 53. Morir.	607
Gráfica 54. Ira.	615
Gráfica 55. Angustia el deterioro físico.	621
Gráfico 56. Envejecimiento prematuro.	625
Gráfico 57. Personas Promiscuas.	629
Gráfico 58. Culpable.	634
Gráfico 59. Cambio habitación hospital.	639
Gráfico 60. Compartir piso estudiante.	646
Gráfico 61. Cambio guardería.	654
Gráfico 62. Medidas higiénicas.	658
Gráfico 63. Empresa.	663
Gráfica 64. Miedo al contagio.	669
Gráfico 65. Fin de relación.	673
Gráfico 66. Enamorados.	679
Gráfico 67. Madre.	682
Gráfico 68. Padre.	685
Gráfico 69. Algún hermano/a.	688
Gráfico 70. Algún abuelo/a.	
Gráfico 71. A mis amistades más íntimas.	

Gráfico 72. A mis compañeros/as de piso.	693
Gráfico 73. A todas mis amistades.	697
Gráfica 74. A mi pareja actual.	699
Gráfico 75. A otras personas con VIH/SIDA.	701
Gráfica 76. A ninguna persona.	706
Gráfica 77. Personas a quiénes les confiaría ser VIH+.	708
Gráfica 78. Contar profesorado.	709
Gráfica 79. Entender pareja.	712
Gráfico 80. Derecho a saber.	718
Gráfico 81. Docente.	724
Gráfica 82. Evitaría mantener una relación sentimental.	727
Gráfica 83. Evitaría mantener una relación sexual.	723
Gráfica 84. Saldría poco de mi casa.	735
Gráfica 85. Afectar relaciones sociales.	737
Gráfico 86. Evitaría compartir piso con otros estudiantes.	740
Gráfica 87. Evitaría ir de viaje con amigos/as.	745
Gráfica 88. No adoptaría niños/as.	749
Gráfica 89. No tendría hijos/as propios.	751



Anexo 1. Artículo publicado en la revista <i>Morbidity and mortality weekly report</i> (1981).	Carpeta 1
Anexo 2. Artículo periodístico publicado en el <i>Diario San Francisco</i> (1981).	Carpeta 2
Anexo 3. Artículo periodístico publicado en el <i>New York Times</i> (1981).	Carpeta 3
Anexo 4. Artículo de investigación publicado en <i>The Lancet</i> (1982).	Carpeta 4
Anexo 5. <i>The Yale journal of biology and medicine</i> (1982).	Carpeta 5
Anexo 6. Artículo periodístico publicado en <i>La Vanguardia</i> (1983).	Carpeta 6
Anexo 7. Artículo de investigación publicado en <i>Science</i> (1983).	Carpeta 7
Anexo 8. Derechos básicos de las personas con SIDA (1983).	Carpeta 8
Anexo 9. El descubrimiento de VIH como causa de SIDA (Gallo y Montagnier, 2004).	Carpeta 9
Anexo 10. Artículo publicado en la revista <i>Science</i> (1984).	Carpeta 10
Anexo 11. Boletín Oficial del Estado (1985).	Carpeta 11
Anexo 12. Artículo periodístico publicado en <i>ABC</i> (1985).	Carpeta 12
Anexo 13. Artículo publicado en la revista <i>Medical Science</i> (1985).	Carpeta 13
Anexo 14. Artículo publicado en <i>Canadian Medical Association Journal</i> (1986).	Carpeta 14
Anexo 15. Artículo del periódico <i>La Vanguardia</i> .	Carpeta 15
Anexo 16. Artículo publicado en el periódico <i>La Vanguardia</i> (1990).	Carpeta 16
Anexo 17. Artículo publicado en el periódico <i>La Vanguardia</i> (1991).	Carpeta 17
Anexo 18. Portada del <i>Boletín Epidemiológico Semanal</i> (1991).	Carpeta 18
Anexo 19. Artículo publicado en <i>La Vanguardia</i> sobre la reducción de los casos de SIDA en nuestro país (1999).	Carpeta 19
Anexo 20. Artículo publicado en <i>La Vanguardia</i> sobre la situación de África con respecto a la pandemia.	Carpeta 20
Anexo 21. Portada del <i>Boletín Epidemiológico de Cataluña</i> (1999).	Carpeta 21
Anexo 22. Artículo publicado en <i>El Mundo</i> (2005).	Carpeta 22
Anexo 23. Artículo publicado en <i>El País</i> (2010).	Carpeta 23
Anexo 24. Población.	Carpeta 24
Anexo 25. Cuestionario elaborado para la prueba piloto.	Carpeta 25
Anexo 26. Estadísticos de los elementos de las escalas pertenecientes al cuestionario elaborado para el grupo piloto.	Carpeta 26
Anexo 27. Cuestionario final.	Carpeta 27
Anexo 28. Transcripción grupo de discusión.	Carpeta 28
Anexo 29. Documentos elaborados por el alumnado (Taller sobre VIH).	Carpeta 29
Anexo 30. Datos globales del Test «Conocimientos sobre el VIH/SIDA».	Carpeta 30
Anexo 31. Folleto informativo ¡NO sin él!	Carpeta 31



CRÓNIMOS, SIGLAS, CÓDIGOS Y ABREVIATURAS

ART	Terapia Antirretroviral.
ARV	Tratamiento Antirretroviral.
CDC	Centro de Enfermedades Contagiosas (Center for Disease Control).
CESIDA	Coordinadora Estatal del VIH/SIDA.
ELISA	También conocida como Enzimo, es un análisis de laboratorio que determina si hay presencia de anticuerpos contra el VIH.
Estado serológico	Término genérico que se refiere a la presencia o ausencia de anticuerpos en la sangre. Con frecuencia se refiere al estado de anticuerpos contra el VIH.
ETS	Enfermedad de transmisión sexual.
FIPSE	Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
GESIDA	Grupo de Estudio del VIH y SIDA.
gTt-VIH	Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH.
HIV	Human Immunodeficiency Virus.
HSH	Hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres.
ITS	Infección por transmisión sexual.
OMS	Organización Mundial de la Salud.
ONU	Organización de las Naciones Unidas.
ONUSIDA	Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA.
PVV	Personas que viven con el VIH.
REUS	Red Española de Universidades Saludables.
Serología	Estudio que comprueba la presencia de anticuerpos en sangre. El resultado puede ser positivo o negativo.
Seropositivo	Indicios de infección por VIH, es sinónimo de VIH positivo.
SIDA	Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.
Sida Studi	Organización no gubernamental catalana para la capacitación de personas en la prevención del VIH/SIDA a través de la documentación y formación.
SINIVIH	Sistema de Vigilancia de Nuevos Diagnósticos de Infección.
SIV o VIS	Virus de Inmunodeficiencia de los Simios.
TARGA o HAART	Tratamiento antirretroviral de gran actividad.
TV o TMI	Transmisión Vertical o transmisión materno infantil.
UDI o CDI	Usuario o consumidor de drogas inyectables.
UNESCO	Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura.
VIH	Virus de Inmunodeficiencia Humana.
VIH Negativo o VIH-	Persona que no muestra indicios de infección por el VIH.
VIH Positivo o VIH+	Persona que presenta indicios de infección por el VIH.
VIH-1	Virus de Inmunodeficiencia Humana Tipo 1.

CAPÍTULO 0

*I*NTRODUCCIÓN Y
 *J*USTIFICACIÓN

Introducción y Justificación

El trabajo que se recoge en estas páginas es fruto de un proceso de investigación centrado en los conocimientos, las representaciones y actitudes de los estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva sobre el VIH/SIDA, a través del cual se pretende analizar dos cuestiones fundamentales. La primera de ellas consiste en determinar aquellos aspectos más relevantes que los estudiantes poseen al respecto repercutiendo en el campo de la representación que tienen sobre este hecho y sus actitudes ante el VIH/SIDA.

Una vez identificadas las dificultades relativas a la carencia formativa, la segunda cuestión radica en realizar propuestas y planificar actuaciones que capacite a los futuros profesionales educativos, valiéndonos del espacio educativo universitario como entorno promotor de salud.

Diversas y variadas han sido las razones que han promovido el focalizar la atención en esta línea de investigación. En un principio, la idea surgió a partir de los datos obtenidos en el Proyecto de I+D+i, *La exclusión social y educativa de menores con SIDA*. (con referencia EDU2009-08923, subprograma EDUC), aprobado y financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España, dentro de la Convocatoria 2009 del Programa Nacional de Proyectos de Investigación Fundamental, en el marco del VI Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008- 2011. En este Proyecto participan investigadores de varias Universidades y varios Hospitales Universitarios

españoles, bajo la coordinación del profesor Juan Carlos González Faraco, de la Universidad de Huelva. Era necesario saber si los estudiantes, que en breve serán maestros y maestras, profesores y profesoras así como educadores y educadoras, estaban preparados para atender en su praxis diaria a estudiantes niños, jóvenes o adultos que estén padeciendo el estigma del VIH.

Toda esta línea de investigación social, apoyada por los datos obtenidos en el trabajo que se presenta en este documento, ha conducido a la necesidad imperiosa de realizar diversas intervenciones educativas, culminando con la aprobación del Proyecto de Innovación Docente de la Universidad de Huelva *Mejora de la acción individual y grupal en programas de educación para la salud y prevención del VIH/SIDA* (con referencia PID1315026) y cuya coordinadora es la investigadora que escribe estas líneas.

A lo largo del documento, haremos hincapié en la necesidad de formar a los estudiantes de titulaciones educativas en la prevención de nuevos contagios y en el estigma asociado al VIH, apoyándonos en distintos informes, investigaciones y publicaciones que revelan que continúan existiendo muchas dificultades para solventar la situación.

Numerosos organismos que investigan la situación de la epidemia en la actualidad, tales como el Programa conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), la Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España (FIPSE) o Plan Andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS (2010-2015), nos advierte sobre el grave peligro que sigue siendo el VIH/SIDA especialmente en la población más afectada en nuestro país -jóvenes que llevan a cabo prácticas de riesgos sexuales- lo que nos pone de relieve la necesidad de fomentar y desarrollar políticas de prevención y estrategias de intervención socio-educativas. En el último Informe elaborado por ONUSIDA (2013) con motivo del 1 de diciembre, fe-

cha en la que se conmemora el Día Internacional de la lucha contra el SIDA, se aportan algunos datos importantes sobre la situación actual de la pandemia del VIH/SIDA. Actualmente, 35.3 millones de personas viven con VIH, dos millones más que en el año 2009, incrementándose la cifra de afectados diagnosticados y sometidos a terapia. Este dato esperanzador es debido gracias a la mayor facilidad para acceder al tratamiento en algunos países, favoreciendo el descenso del número de fallecidos a causa de SIDA.

En relación a los datos expuestos anteriormente, el número de personas que viven con el VIH (PVV) ha aumentado y el de muertes ha descendido; una correlación que responde al aumento de personas que acceden al tratamiento antirretroviral siendo 10,6 millones de personas las que están siendo tratadas farmacológicamente, reduciendo las probabilidades de desarrollar la enfermedad.

Otro indicador positivo es que el número de personas que no conoce su estado serológico ha disminuido con respecto años anteriores, descendiendo de un 50% en el año anterior a un 36% de las personas que tienen VIH en el mundo. Para que esa cifra siga disminuyendo, debe seguir desarrollándose y fomentándose programas para la sensibilización en la realización de las pruebas de detección de anticuerpos que son unas de las herramientas más eficaces a la hora de salvar vidas y de evitar nuevos contagios.

El número de nuevas infecciones ha descendido levemente en la panorámica mundial, siendo actualmente de 2,3 millones de personas de reciente infección en el último año. No obstante, y aunque se observa un ligera caída en este número, se mantiene prácticamente estable, lejos de la meta marcada en el año 2009, según la cual se pretendía llegar al 2015 con «cero nuevas infecciones».

El informe de ONUSIDA del año 2010 esclarece que para reducir la propagación de la epidemia mundial existen algunos aspectos que tendrían que paliarse o minimizarse como la pobreza, las desigualdades de género, la inequidad en los sistemas sanitarios, a la desigualdad de recursos así como el no acceso universal a la educación.

El Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el Sida España (2008-2012) expone que España, durante muchos años, ha tenido las tasas más altas de infección de Europa y aunque se han tomado respuestas efectivas al respecto, se debe seguir desarrollando mayor número de medidas para seguir manteniendo esta tendencia favorable y resolver algunos aspectos como que la infección por VIH en nuestro país continúa siendo una de las principales causas de enfermedad y de muerte. El informe esclarece que entre 120.000 y 150.000 ciudadanos españoles están infectados por el VIH y se estima que más de una cuarta parte aún ignora que lo está. Evitar las nuevas infecciones debe ser otra actuación prioritaria, ya que el documento aclara que se producen entre 2.500 y 3.500 cada año. Favorecer a través de programas socioeducativos, hábitos saludables que minimicen el número de jóvenes que lleva a cabo las relaciones sexuales de riesgo, debe ser tarea indispensable en todas las instituciones educativas y por lo tanto también en el ámbito universitario.

El documento elaborado por la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) y titulado *Estrategia de la UNESCO sobre el VIH/SIDA* (2012), marca una serie de metas para la prevención del VIH, basándose en pilares educativos y animando a los centros escolares a que propicien un contexto generador de salud. El objetivo fundamental es que «todas las niñas y todos los niños y las jóvenes y los jóvenes, tanto si cursan estudios escolares como si no lo hacen, tengan acceso a una educación exhaustiva sobre el VIH». El compromiso de esta organización se centra en la función decisiva que la educación tiene en la

respuesta al VIH y por lo tanto la necesidad del acceso universal a la educación. Solo con la enseñanza primaria universal se podrían evitar según la UNESCO, la cifra de de 700.000 nuevas infecciones cada año, de ahí la prioridad absoluta a una educación para todos, donde se prepare a los niños y niñas y jóvenes para la vida adulta y la protección contra la infección del VIH.

La importancia dada a la promoción de hábitos saludables como forma de prevención de enfermedades y adicciones se ha visto incrementada de forma progresiva a lo largo de los años recientes, encontrando su marco ideal en las universidades. Así lo expresa González (2009) al afirmar que «la promoción de la salud en general y la promoción de la salud en la universidad en particular están teniendo un creciente reconocimiento e importancia tanto a nivel mundial como nacional». Pero, ¿por qué es la universidad el contexto idóneo para la generación de este movimiento? Los motivos principales de esta centralización incluyen que es el lugar donde se preparan aquellos futuros profesionales que desempeñarán un papel de relevancia en la vida pública del país al que pertenecen, y que en él pasan la mayor parte de su tiempo durante los años de estudio. Por ello, sin duda alguna la universidad es tanto el sitio como el espacio temporal de la vida perfecto para engendrar la semilla de las buenas prácticas de salud, que crecerá en los años posteriores y dará fruto en el entorno cercano, teniendo sobre todo en cuenta, la repercusión futura que pueda tener esta formación al tratarse de estudiantes que en un futuro cercano serán profesionales de la educación.

Existen numerosos estudios sobre hábitos y estilos de vida en jóvenes universitarios, los cuales se irán mencionando a lo largo de este trabajo, y en todos ellos se observan que algunos aspectos continúan siendo preocupantes y las Universidades como espacio formativo, reflexivo y crítico deben dar respuestas a las grandes dificultades con las que se encuen-

tran la sociedad, entre ellas la epidemia del VIH/SIDA. En este documento no sólo se ha querido insistir en la necesidad de la prevención de nuevos casos en jóvenes (uno de los actuales colectivos en riesgo en muchas partes del planeta), sino también, en la búsqueda de oportunidades de aprendizaje que conlleven a la reflexión con el fin de evitar la invisibilidad de las personas que viven con VIH y el estigma asociado a este.

En el primer capítulo de este documento, se recuerda los primeros casos de niños seropositivos dentro del entorno escolar y como desde el inicio de la propagación de la enfermedad las actitudes discriminatorias se han producido en todos los contextos sociales, siendo obvio que también se reproducirían en las instituciones educativas. Sin embargo, y lejos de haber resuelto favorablemente esta situación, solo hace falta recorrer algunos foros y portales Webs de opiniones para poder concluir que muchos padres y madres continúan sintiendo miedo y evitarían que su hijo/a compartiera aula con un niño/a con VIH.

Continúan reproduciéndose a lo largo de estos más de 30 años y debido al miedo que infunde la probabilidad de transmisión, actitudes discriminatorias injustificadas motivadas por falta de información al respecto, pero, ¿qué pueden hacer los futuros educadores, maestros o profesores ante esta difícil tarea?

La investigadora que escribe estas líneas, ha sido profesora casi una década en un centro ubicado en una zona con grandes dificultades sociales y económicas y cuyos ciudadanos han convivido desde la década de los años 80 con muchas situaciones dolorosas a causa de la enfermedad del SIDA, hecho que creó un imaginario social arraigado y con un profundo anclaje en la población que habitaba y habita la zona. La escuela no queda libre de prejuicios y como fiel reflejo del entorno que le rodea, ha sido una de las dificultades mayores a las que he tenido que dar respuestas como docente.

La necesidad de obtener herramientas y recursos pedagógicos fundamentales para abordar estas dificultades en nuestra labor como docentes, justifica en gran parte esta investigación. Los datos ofrecidos por un cuestionario elaborado para esta investigación, así como los resultados revelados en los grupos de discusión, han ayudado a esclarecer aquellos hechos con una tendencia favorable y en aquellos en los que sigue teniendo grandes dificultades, continuando reproduciéndose actitudes discriminatorias en distintos entornos.

El hecho de tener la posibilidad de ofrecer esta información al colectivo más perjudicado de los países desarrollados, la población joven, y el de escoger las titulaciones socio-educativas preferentemente para formar a estos estudiantes en competencias que desarrollen hábitos saludables en sus futuros centros educativos, ayudará a prevenir las relaciones sexuales de riesgos del alumnado beneficiado y también sus competencias como profesionales de la educación. La educación debe dar respuesta a las necesidades sociales que se producen en nuestro entorno y por lo tanto, el alumnado de las distintas titulaciones educativas deberán desarrollar en un futuro no muy lejano, proyectos que mejoren la calidad de vida de los estudiantes con los que intervendrán, intentado propiciar programas de educación para la salud en la escuela y relaciones sexuales saludables.

Para conocer la repercusión social que ha tenido la enfermedad, debemos hacer una recapitulación histórica que nos ayudará a comprender por qué las personas con VIH/SIDA han sufrido y continúan sufriendo el estigma de padecerlo. Con este propósito, se ha realizado una síntesis de diferentes archivos históricos que, a nuestro entender, han sido de gran relevancia para el ámbito sanitario, político y social a lo largo de las tres décadas posteriores al descubrimiento del virus. Se ha seleccionado una serie de documentos que fueron elaborados y publicados en momentos claves en la evolución y desarrollo de la pandemia, y se ha accedido a

los documentos originales para poder extraer y analizar aquellos datos que faciliten la comprensión del origen del estigma social que padecen las personas seropositivas o VIH positivas (VIH+).

38 Dado que la formación de representaciones sociales depende directamente de la manera particular en la que cada grupo o individuo interioriza una información y la comunica, es esencial comprender tal proceso en sus tres dimensiones, definidas a finales de la década de los setenta por Moscovici: información, campo de representación o núcleo representativo y actitud. La información es la dimensión de los conocimientos sobre el objeto social que se representa, los cuales se adquieren en el intercambio verbal con otras personas o por el contacto directo o experiencias con el propio objeto; el campo de representación es la dimensión más importante de las tres, pues se trata de la imagen de ese objeto que ha sido construida por la sociedad y por el propio sujeto y, por último, la actitud es la dimensión de las posiciones en referencia al objeto, esto es, las percepciones negativas o positivas que se tienen de él, siempre influenciadas por el marco de referencia previo. Estas tres dimensiones se recogerán a través de distintos instrumentos: un cuestionario elaborado por la investigadora, la técnica grupo de discusión, así como el análisis documental del material elaborado por el alumnado en un Taller sobre VIH.

La estructura de este trabajo se presenta mediante un esquema clásico, con una primera parte que contiene tres capítulos que componen el marco teórico que dan fundamento a la investigación; una segunda parte que aborda los aspectos metodológicos, el análisis de la información y las conclusiones a las que se llega, así como una serie de propuestas y sugerencias para investigaciones futuras; finalmente se recoge las referencias bibliográficas consultadas que han cimentado el presente estudio y los anexos que facilitan la consulta de los datos registrados entre otros aspectos.

P PRIMERA *P* PARTE



MARCO
TEÓRICO

CAPÍTULO 1



RIGEN Y DESARROLLO DE LA



ANDEMIA DEL VIH/SIDA

1.1. Historia de la enfermedad



Con numerosos los estudios que han hecho una revisión de todo lo que ha supuesto la convivencia con la pandemia del VIH/SIDA durante las últimas tres décadas. A lo largo del documento se irán nombrado algunos de ellos, pero queremos hacer especial mención, por haber guiado e ilustrado el trabajo que se recoge en esta investigación, del documento elaborado por la Organización SIDASTUDI bajo el título «30 años de VIH/SIDA, 30 años de luchas. 1º de Diciembre: Día mundial de lucha contra el SIDA» (2011), del Informe «Outlook» (2011) realizado por la organización ONUSIDA (de la que hablaremos con más detalle en este mismo apartado), al documental «conVIHvir» elaborado por Radio Televisión Española, el cual hace también un repaso de lo acontecido en los últimos 30 años, del informe elaborado por la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación «Mortalidad por VIH/SIDA en España año 2011. Evolución 1981-2011» (2013) y, por último, del número del 2 de diciembre del 2011 de la Revista ZUM, editada por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y que hace un repaso a los 30 años del VIH específicamente en nuestro país.

Para conocer la repercusión social que ha tenido la enfermedad, debemos hacer una recapitulación histórica que nos ayudará a comprender por qué las personas con VIH/SIDA han sufrido y continúan sufriendo

el estigma de padecerlo. Con este propósito, haremos una síntesis de diferentes archivos históricos que, a nuestro entender, han sido de gran relevancia para el ámbito sanitario, político y social a lo largo de las tres décadas posteriores al descubrimiento del virus. Se ha seleccionado una serie de documentos que fueron elaborados y publicados en momentos claves en la evolución y desarrollo de la pandemia, y se ha accedido a los documentos originales para poder extraer y analizar aquellos datos que faciliten la comprensión del origen del estigma social que padecen las personas seropositivas o VIH positivas (VIH+).

Antes de comenzar a realizar este recorrido histórico que partirá del descubrimiento de la enfermedad, abordaremos en el siguiente apartado aquellos informes y documentos que versan sobre el origen y la evolución del virus, así como de los aspectos generales de la enfermedad. La primera referencia bibliográfica encontrada acerca de la enfermedad es un artículo que data del 5 de Junio de 1981, publicado en el boletín norteamericano «Morbidity and mortality weekly report» (ver ilustración 1).

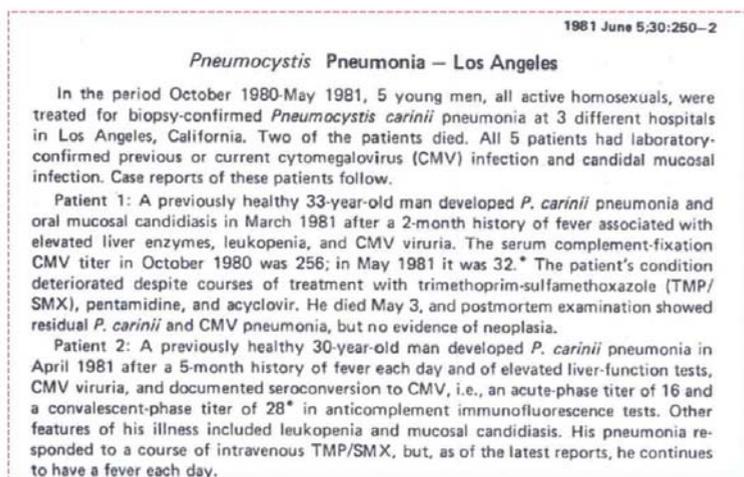


Ilustración 1. Artículo publicado en la revista *Morbidity and mortality weekly report* en 1988 (Fuente: Centro Documentación SIDASTUDI. Anexo 1).

El artículo informa de que, en la ciudad de Los Ángeles (California), «han sido atendidos 5 jóvenes, todos declarados homosexuales activos, por Neumonía *Pneumocystis Carinii*, de los cuales 2 han fallecido». Los pacientes afirman no conocerse entre sí y no haber tenido contacto sexual con personas que presentasen la misma sintomatología o no tener constancia de que así fuese. Se aporta un dato fundamental: que el virus es detectado con mayor facilidad por el flujo seminal, anticipando que sea un transmisor del virus a tener muy en cuenta.

Para finalizar, el artículo concluye que «la Neumonía por *Pneumocystis* en los Estados Unidos es prácticamente exclusiva de pacientes gravemente inmunodeprimidos, por ello, la neumocistosis detectada en estos 5 individuos previamente sanos sin una inmunodeficiencia clínica subyacente es aparentemente inusual».

Además, el hecho de que «estos pacientes fuesen todos homosexuales sugiere una asociación entre algunos aspectos de un estilo de vida homosexual o, incluso, una enfermedad adquirida a través del contacto sexual». El hecho de que se diagnosticaran los síntomas en población homosexual marcó la trayectoria de desarrollo del estigma asociado a este colectivo en los años que sucedieron a la aparición de los primeros casos.

También en 1981 se publica la primera referencia periodística sobre la enfermedad. La hace el Diario de San Francisco, bajo el siguiente titular: «La neumonía que ataca a hombres homosexuales». Dicha noticia no ocupa un lugar destacado, ya que en ese momento no se podía imaginar el alcance que tendría la enfermedad: bastó con una columna en una de las páginas interiores del periódico, en la cual se habla de forma muy escueta sobre una neumonía fatal que suelen padecer las personas afectadas por algunos tipos de cáncer y que están padeciendo algunos hombres homosexuales, entre los cuales ya se cuentan algunas víctimas mortales (ver ilustración 2).



Ilustración 2. Artículo publicado en El diario San Francisco en 1981.
(Fuente: Centro Documentación SIDASTUDI. Anexo 2).

El 3 de Julio, un mes tras la publicación del artículo de la revista *Morbidity and mortality weekly report*, el *New York Times* publica una columna donde que trata acerca de un «raro cáncer» detectado en 41 hombres homosexuales, de los cuales 8 han fallecido, habiendo pasado 24 meses del diagnóstico de la enfermedad. A finales de ese mismo año ya se habían diagnosticado 422 casos y 159 muertes (ver ilustración 3).

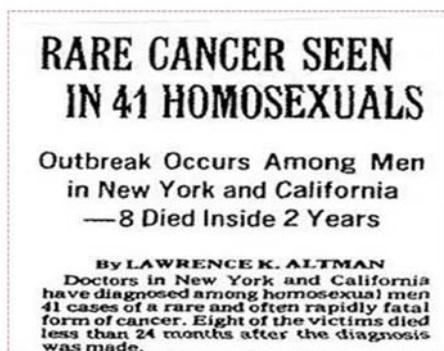


Ilustración 3. Artículo publicado en el New York Times en 1981.
(Fuente: Centro Documentación SIDASTUDI. Anexo 3).

En España, en octubre del mismo año, se realiza la reseña clínica del primer caso observado en un hombre homosexual de 35 años de edad, en el Hospital de Vall d' Hebron (Barcelona), que llega a ser publicado en la revista médica británica *The Lancet* en marzo del año siguiente.

49

En dicho artículo se hace referencia a la enfermedad como un brote extraño de sarcoma de Kaposi, al tiempo que se hace alusión a otras enfermedades oportunistas que estaban presentes por aquel momento en grupos de hombres homosexuales en Estados Unidos (ver ilustración 4).

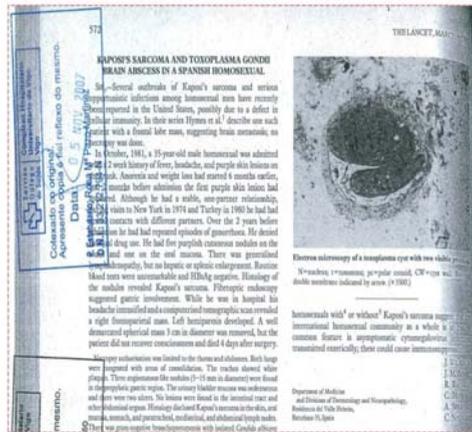


Ilustración 4. Artículo de investigación en *The Lancet* en 1981.
(Fuente: Hemeroteca de la revista *The Lancet*. Anexo 4).

Hasta entonces se conocía al VIH/SIDA por varios nombres, entre ellos GRIDD (Gay Related Immune Defense), pero un biólogo y activista perteneciente al National Gay Task Force llamado Bruce Voelle, sugirió el término síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA), al considerar inexacto el término anterior.

Ya en aquel momento, el número de casos de SIDA diagnosticados en EE.UU ascendía a 1.614, con 619 defunciones. Probablemente fueron

tales cifras las que impulsaron la creación de la «Gay Men Health Crisis», la primera asociación de activistas contra la enfermedad, que pronto se convertiría en la precursora de un movimiento de mayor magnitud que trataba de luchar contra la epidemia.

En diciembre de 1982, la revista médica *The Yale journal of biology and medicine* publica un artículo en el cual se mencionan los primeros casos de infectados por transfusión sanguínea, así como otros de detección del virus en usuarios de drogas inyectables.

En dicha publicación se habla de que la población de riesgo parece ser predominantemente «hombres estadounidenses homosexuales y usuarios de drogas por vía intravenosa», si bien también existen «heterosexuales, hemofílicos y pacientes extranjeros, especialmente haitianos» que han desarrollado la enfermedad. De esta forma empiezan a aparecer en la literatura médica de referencia los denominados grupos clásicos de riesgo (Anexo 5).

En enero de 1983, un periódico español de tirada nacional - «La Vanguardia» - se hace eco por primera vez de una extraña enfermedad denominada AIDS: «Un proceso misterioso y hasta ahora desconocido, con elevada mortalidad, que afecta esencialmente a los varones homosexuales previamente sanos y cuyo trastorno fundamental es la depresión de la inmunidad celular, que posibilita la aparición de graves infecciones y a veces también un tipo poco corriente de cáncer, preocupa a la medicina Norteamérica».

A finales de ese mismo año, aparecen diecisiete posibles diagnósticos confirmados en nuestro país y las primeras víctimas mortales, por lo que se crea la Comisión Nacional de Trabajo sobre el Sida en España (ver ilustración 5).

En 1983, el Centro de Enfermedades Contagiosas (Center for Disease Control and Prevention, CDC) alerta del riesgo de los bancos de sangre en el contagio del VIH, y la comunidad científica cobra consciencia de la gravedad del asunto, al salir a la luz que cualquier persona -y no únicamente los hemofílicos, homosexuales o usuarios de drogas inyectables- corre el riesgo de ser infectado. Se antoja necesario explicar la razón de la importancia del CDC en el

transcurso de estos más de treinta años de lucha contra la pandemia del VIH. El CDC es un organismo norteamericano fundado en 1964 y con sede principal en Atlanta, cuya primera misión fue la prevención del paludismo que se propagaba por todo el país (CDC, 2014). El CDC persigue el fin primordial de proteger «la salud y la seguridad de las personas dentro del país y en el exterior por medio de la promoción de la salud; prevención y control de las enfermedades» (AIDS Info, 2014).

No es por casualidad que se haya hecho mención de la organización AIDS Info, pues se utilizarán en este trabajo muchos recursos de su centro de



Ilustración 5: Artículo publicado en La Vanguardia en 1981. (Fuente: Hemeroteca del periódico La Vanguardia. Anexo 5).

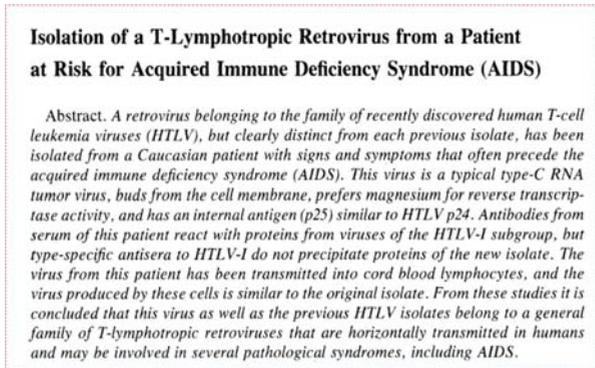


Ilustración 6: Artículo publicado en Science en 1983 (Fuente: Centro de documentación SIDASTI. Anexo 7).

documentación. Este organismo -AIDS Info- pertenece al gobierno federal de los Estados Unidos y su objetivo es recopilar documentos, información y todos aquellos datos relevantes derivados de los avances médicos y farmacológicos que emergen del estudio del VIH/SIDA. Entre sus numerosas publicaciones se pueden encontrar guías «para el ejercicio de la medicina con respecto a la infección por VIH/SIDA, ensayos clínicos y otras investigaciones», editadas con el objeto de hacerlas llegar al personal sanitario, a los investigadores, a personas con VIH/SIDA y al público en general. Un grupo de investigadores de la francesa Fundación Pasteur, dirigidos por el Dr. Luc Montagnier, aísla por primera vez el virus. La revista «Science», en su edición del 20 de mayo de 1983, publica los resultados de dicha investigación. Gracias a este estudio se llega a la conclusión de que el virus pertenece a la familia de los retrovirus y que «se transmite horizontalmente en los seres humanos», pudiendo provocar síntomas patológicos severos, incluida la enfermedad recientemente bautizada como «Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida» (ver ilustración 7).

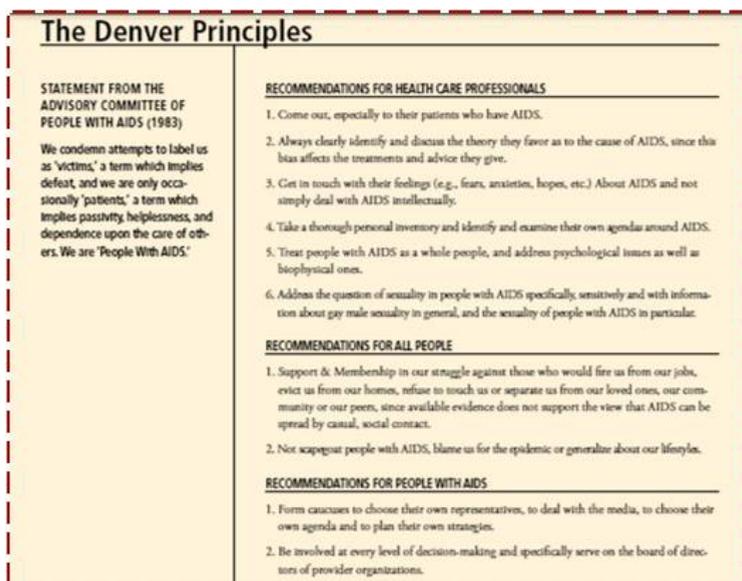


Ilustración 7: Derechos básicos de las personas con SIDA, 1983 (Fuente: Centro de Documentación SIDASTI. Anexo 8).

En ese momento, el SIDA ya se había destapado como una enfermedad de lenta evolución con un periodo extremadamente largo entre la exposición al agente (a través de la sangre o la actividad sexual) y el profundo estado de supresión del sistema inmune, caracterizado por la aparición de infecciones oportunistas o cánceres. Años más tarde, se probó que la teoría sobre el origen viral del SIDA era correcta, pero la hipótesis de que estaba estrechamente relacionado al HTLV no lo era (Gallo, R., Montagnier, L. 2004). La única coincidencia, de hecho, era que el HTLV (Virus Linfotrópico Humano), al igual que el VIH, pertenece a la familia de los retrovirus, pero mientras el VIH afecta al sistema inmunológico, el HTLV afecta a las células.

Cuando el año ochenta y tres aún no ha terminado, un grupo de activistas del recién creado «Committee of People with AIDS» de Estados Unidos reivindica los derechos básicos de las personas con SIDA, y emite un documento que contiene recomendaciones para el personal laboral sanitario, para toda la población y para las personas con SIDA. El texto finaliza con 5 derechos básicos de las personas con SIDA, siendo el último «el derecho a una muerte y a una vida digna». Es imperativo subrayar dos aspectos fundamentales del documento que, como se verá, han generado un profundo debate en el ámbito social:

1. Se elaboran propuestas de actuación contra los actos discriminatorios que padecen las primeras personas diagnosticadas, instigando a todos los individuos con SIDA a luchar en pos de evitar sus despidos laborales, o el desalojo de sus casas, el alejamiento de familiares o personas de su entorno, y hasta el abandono de la comunidad donde residen. Se puede observar cómo en las recomendaciones dirigidas a la población en general se quiere transmitir que no existen evidencias de que el SIDA se contagie por «contacto social», por lo que los actos discriminatorios no quedan justificados. Desde los inicios del descubrimiento de la enfermedad y de

la salida a la luz de los primeros casos, el estigma hacia las personas enfermas de SIDA es evidente, pero los movimientos asociativos y organizativos también aparecen de forma temprana en reacción a los primeros casos de discriminación.

2. Por otro lado, se observa la valoración de los derechos, bien a mantener la privacidad del historial clínico del enfermo, o bien a revelar su enfermedad a las personas que crea oportuno. Asimismo, se recomienda a las personas con SIDA cumplir con el deber ético de informar a sus parejas de su condición para evitar más contagios. Aunque en el documento se hace patente la contundencia del derecho a informar de la situación de la enfermedad solo a las personas que el enfermo estime conveniente, también se hace explícito, empero, el deber ético que se ha de tener con la pareja o potencial pareja. Es aconsejable advertir que en el momento de la elaboración del documento existían todavía muchos interrogantes en cuanto a las vías de transmisión del VIH y, por ende, no era fácil establecer unas recomendaciones claras para no contagiar el virus en parejas serodiscordantes (una persona es VIH+ y la otra no lo es). A pesar de ello, se hace hincapié en que la línea de actuación no debe, bajo ningún concepto, girar en torno a prejuicios acerca del estilo de vida de las personas con SIDA.

Al año siguiente -1984-, el médico norteamericano Robert Gallo anuncia públicamente el descubrimiento del virus, declarando que este produjo «intensas y duras discusiones entre los miembros de nuestros dos grupos» (Gallo, R., Montagnier, L. 2004). En el mismo momento, se confirma una vinculación entre el agente y la enfermedad a través de múltiples aislamientos del VIH en pacientes con SIDA, llevados a cabo principalmente por el equipo de Robert Gallo utilizando pruebas de sangre fácilmente reproducible. Esto hizo posible la labor de patentar las primeras pruebas que miden los anticuerpos, un logro del grupo de investigadores formado

por Gallo y sus colegas, quienes declararon que «el crecimiento de un virus putativo en líneas celulares T fue un enorme paso, facilitando el desarrollo de pruebas para VIH en sangre, las que estuvieron disponibles para bancos de sangre en 1985 y produjeron una convincente evidencia de la asociación entre la infección por HIV y SIDA» (Anexo 9).

En la ilustración 8 podemos ver un fragmento del artículo publicado en la revista «Science» (mayo de 1984), en el que el equipo de Robert Gallo informa a la comunidad científica de que un sistema de células fue desarrollado para la detección reproducible de los retrovirus linfotrópicos de células T humanas (HTLV familia) de los pacientes con el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) o con signos o síntomas que frecuentemente preceden al SIDA (pre-SIDA). Un efecto citopático de HTLV-III en este sistema es la disposición de múltiples núcleos en una formación de anillo característica en las células gigantes de la población de células T infectadas. Estas estructuras se pueden utilizar como un indicador para detectar HTLV-III en muestras clínicas, por lo que este sistema facilitaba la detección de HTLV-III y variantes relacionadas citopáticos de HTLV en los pacientes con SIDA o pre-SIDA.

Detection, Isolation, and Continuous Production of Cytopathic Retroviruses (HTLV-III) from Patients with AIDS and Pre-AIDS

Abstract. A cell system was developed for the reproducible detection of human T-lymphotropic retroviruses (HTLV family) from patients with the acquired immunodeficiency syndrome (AIDS) or with signs or symptoms that frequently precede AIDS (pre-AIDS). The cells are specific clones from a permissive human neoplastic T-cell line. Some of the clones permanently grow and continuously produce large amounts of virus after infection with cytopathic (HTLV-III) variants of these viruses. One cytopathic effect of HTLV-III in this system is the arrangement of multiple nuclei in a characteristic ring formation in giant cells of the infected T-cell population. These structures can be used as an indicator to detect HTLV-III in clinical specimens. This system opens the way to the routine detection of HTLV-III and related cytopathic variants of HTLV in patients with AIDS or pre-AIDS and in healthy carriers, and it provides large amounts of virus for detailed molecular and immunological analyses.

Ilustración 8: Artículo publicado en Science en 1984
(Fuente: Centro de documentación SIDASTI. Anexo 10).

Un año después de que se obtuviera la patente para las pruebas de detección de HTLV-III por parte del equipo del doctor R. Gallo, se declara en España, mediante la Resolución del 6 de septiembre de 1985 del Boletín Oficial del Estado (ver ilustración 9), la obligatoriedad de dicha prueba a las industrias fraccionadoras de plasma y a los fabricantes e importadores de hemoderivados, basándose dicha resolución en los estudios epidemiológicos del momento en el que se demostraba que el virus asociado al Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA), «se trasmite entre otras vías, a través del plasma y, por consiguiente mediante algunos hemoderivados obtenidos por fraccionamiento del mismo». A partir del 1 de Octubre de 1985, pues, se hace obligatoria dicha prueba en todos los bancos de donaciones de sangre de nuestro país con el fin de prevenir un aumento del número de casos de hemofílicos infectados por el VIH.

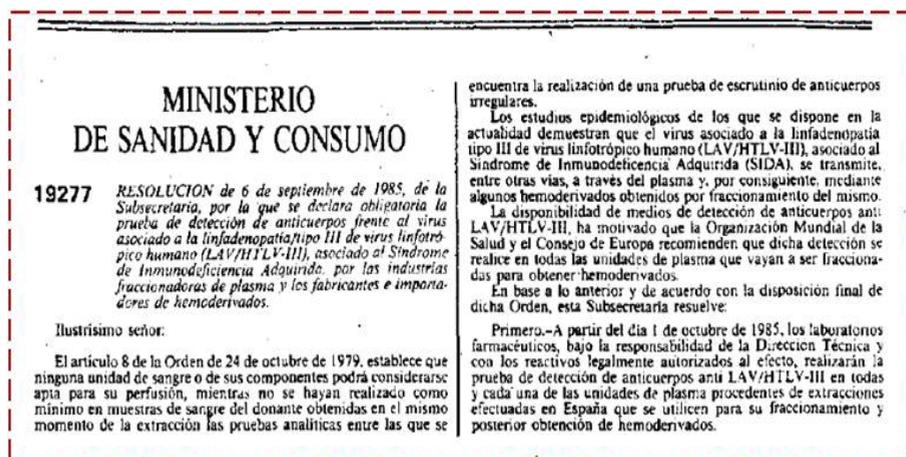


Ilustración 9: Boletín Oficial del Estado 1985
(Fuente: BOE del 6 de septiembre de 1985. Anexo 11).

La prensa española, más concretamente el diario «ABC» (ver ilustración 10), cubre la noticia de la presentación de un servicio telefónico con sede en Madrid que presta atención a aquellos madrileños que pertenecen a algún grupo vulnerable a contraer la enfermedad, como pueden ser «los varones homo o bisexuales, los drogadictos por vía venosa, hemofílicos,

las parejas sexuales de grupos de riesgo y los hijos de madres que forman parte de los mismos». A finales de 1985, la enfermedad ya había causado 46 muertes en territorio nacional, entre las que se contaban 3 mujeres.

El entonces director regional de Salud, Carlos Muñoz, declara también ante los medios que «se está ultimando una campaña de información dirigida fundamentalmente a los grupos de riesgo», añadiendo que «las personas no incluidas en los grupos no deben adoptar ninguna medida analítica ni preventiva especial y que no hay que ser alarmista, dados los bajos porcentajes que se presentan, respecto a otras enfermedades».

La noticia también recoge las declaraciones del doctor Luis Buzón Rueda, del servicio de Enfermedades Infecciosas del Centro Ramón y Cajal, quien asevera que «no se puede especular con los datos y que lo único realmente fiable es la investigación sometida a la comprobación estadística de resultados... que han demostrado que no todas las personas a las que se descubre anticuerpos SIDA tienen que padecer forzosamente la enfermedad, de hecho, se ha comprobado que sólo el diez por ciento de los infectos ha llegado a desarrollar el mal».

SOCIEDAD	VIERNES 18-10-85
-----------------	------------------

Un servicio telefónico informará a los madrileños sobre la atención del SIDA

La enfermedad se ha cobrado ya 19 muertos en la Comunidad

Madrid. Angel Puerta

Los madrileños incluíbles en los denominados grupos de riesgo de contraer el SIDA podrán recibir información sobre la enfermedad mediante una simple llamada telefónica a un servicio creado al respecto que ayer fue presentado oficialmente por la Comisión Mixta permanente para el seguimiento del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, en la que se integran representantes de la Comunidad autónoma, la Dirección Provincial del Insalud y los principales centros hospitalarios de Madrid capacitados para el tratamiento de esta enfermedad.

*Ilustración 10: Artículo periodístico publicado en ABC en 1985
(Fuente: Hemeroteca de ABC. Anexo 12).*

La lectura de esta publicación hoy día corrobora que ni los profesionales del ámbito sanitario ni los gobernantes tenían aún la más mínima idea de la magnitud real que tendría la pandemia. Se detecta, por otra parte, una clara asociación de la enfermedad con determinados grupos de riesgo, algo que se utiliza incluso para tranquilizar a las personas no incluidas en esos grupos, por considerarse improbable su contagio.

Pocos años después, estas ideas previas sobre la enfermedad empezarían a ser modificadas y, gracias a un incremento en la cantidad y la calidad de la información, comienza a tomarse conciencia de que ante una potencial transmisión del VIH todos somos vulnerables, independientemente de nuestra edad, sexo, estatus social, raza y orientación sexual.

Aun con todo lo acaecido, es un hecho concreto lo que hace que en los periódicos de todo el mundo se dispare la publicación de noticias sobre el SIDA: la muerte a consecuencia de la enfermedad del actor norteamericano Rock Hudson, cuando contaba con 60 años de edad. Es la primera personalidad pública fallecida por padecer SIDA y, aunque en un primer momento se intentan ocultar los motivos que habían causado la enfermedad, tres meses antes de fallecer decide él mismo hacerlos públicos, convirtiéndose hasta después de su muerte en un icono de la lucha contra el SIDA. Las noticias sobre la enfermedad del renombrado actor, cuya fama se extiende a nivel mundial, son numerosas y constantes dentro y fuera de Norteamérica.

Para este trabajo, hemos rescatado algunas de las que aparecieron en el periódico español «El País», bajo titulares del tipo: «El actor Rock Hudson padece un cáncer de hígado incurable». En relación con informaciones (ver ilustraciones 11 y 12) según las cuales el actor sufriría también de SIDA, (síndrome de inmunodeficiencia adquirida), su portavoz alegó que se trataba de «meras especulaciones» (El País, 24 de julio 1985).



Ilustraciones 11 y 12: Artículos publicados en *El País* en 1985
(Fuente: Hemeroteca de *El País* Anexo 12).

«El actor norteamericano Rock Hudson sufría el síndrome de inmunodeficiencia adquirida (SIDA) desde hacía un año, y se había trasladado a París para consultar con los especialistas del Instituto Pasteur, uno de los centros más avanzados del mundo en la investigación de dicha enfermedad, según confirmó en la capital francesa la representante del actor, Yannotti Collart. Se calcula que en los próximos dos años fallecerán por culpa del síndrome inmunológico cerca de 40.000 personas». La repercusión social que tiene la muerte del actor se intensifica a causa de las numerosas publicaciones americanas y extranjeras que se hacen eco del suceso.

El artículo de *El País* que recoge la noticia entiende la decisión tomada por el actor de hacer pública su enfermedad como un acto de valentía, llegando a calificarlo de héroe. Pero ni el propio Hudson habría podido prever la gran repercusión que su confesión tendría. El artículo recoge la declaración de familiares y amigos: «Es una vergüenza que se necesite algo así para que la gente preste atención... pero es extraordinario que suceda. Necesitamos hacer comprender a la gente que el SIDA no tiene por qué ser una enfermedad incurable y que el dinero para la investigación puede ayudarnos». Según otros, Hudson puso rostro a la enfermedad y ayudó a concienciar a muchos que, poco antes, vivían despreocupados ante el riesgo de contagio.

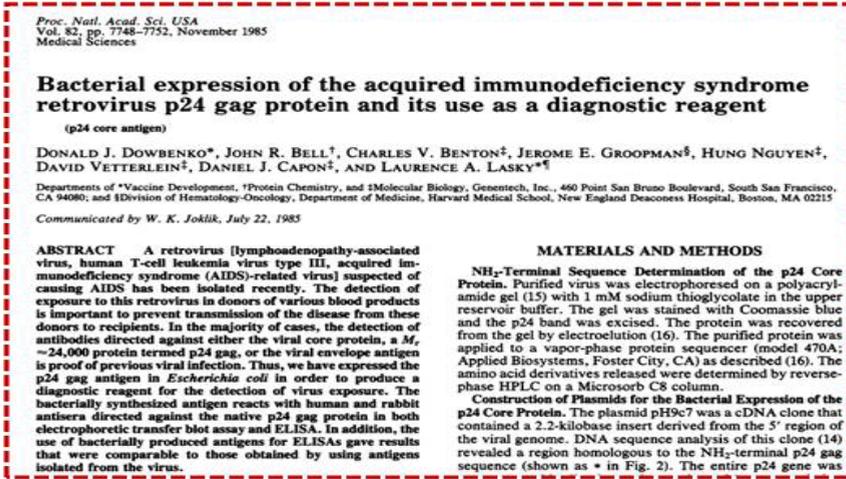


Ilustraciones 13 y 14: Artículo publicado en *El País* en 1985
(Fuente: Hemeroteca de *El País Anexo 12*) y fotografía del actor Rock Hudson.

En líneas anteriores hemos recogido solo unos pocos de los muchos titulares que aparecieron durante los meses que precedieron y sucedieron a la muerte de Hudson, pero queremos destacar que gracias a ese barullo mediático muchas personas escucharon por primera vez la palabra SIDA.

El número de casos detectados se ve incrementado en todos los países y, con ello, el miedo al contagio se acrecienta. Este clima propicia actitudes discriminatorias debido a la desinformación existente acerca de la transmisión de la enfermedad durante la década de los ochenta. El mismo año en que fallece el actor norteamericano, se empieza a utilizar el Test ELISA, primera prueba que detecta el virus en el organismo.

La prueba ELISA, también conocida como Enzimo, es un análisis de laboratorio que determina si hay presencia de anticuerpos contra el VIH en la sangre, las secreciones bucales o la orina, ya que el sistema inmunitario responde al VIH al producir anticuerpos contra ese virus (ver ilustración 15). Un resultado positivo en esta prueba debe ser confirmado por una segunda prueba de anticuerpos distinta a la anterior, como por ejemplo la prueba de Western blot (AIDS Info 2014).



61

Ilustración 15: Artículo publicado en la revista *Medical Science* en 1985
(Fuente: Centro de Documentación SIDASTUDI Anexo 13).

En 1986, en la revista especializada *Canadian Medical Association Journal*, se hace pública una investigación en la que se informa del descubrimiento de una variante del virus a la cual se denomina VIH 2 (ver ilustración 16). En el apartado siguiente se ofrecerán más datos al respecto de esta variante.

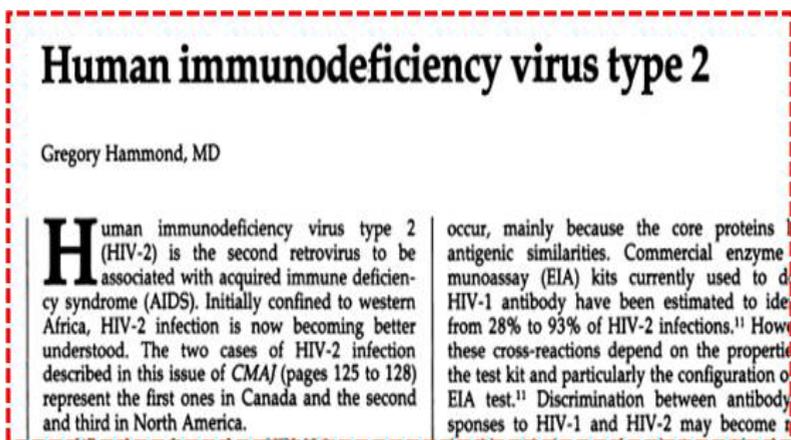


Ilustración 16: Artículo de la revista *Canadian Medical Association Journal* en 1986
(Fuente: Centro de Documentación SIDASTUDI Anexo 14).

En 1987, el periódico *La Vanguardia* se hace eco por primera vez de un caso de discriminación en el entorno escolar. Un niño de tres años es expulsado de un colegio de la localidad de Durango. El entonces responsable de la comisión para el seguimiento del SIDA, el Doctor Ferreres, explica a dicho periódico que «considera que la expulsión ha sido producto de la ignorancia sobre la enfermedad», siendo «más fácil transmitir una hepatitis B que el SIDA». Este último artículo citado es de suma relevancia para este estudio puesto que, no solamente nos permite analizar el primer caso documentado de discriminación sufrida por un menor en la escuela, sino también constatar las primeras evidencias de la obligación de entregar en los centros informes médicos sanitarios que descarten cualquier enfermedad infecto-contagiosa. Este requisito se vuelve imprescindible también en otras circunstancias como pueden ser el acceso a algunos puestos de trabajo y mudarse a vivir o viajar a determinados países: «El Ministerio de Educación y Ciencia aplica una normativa de 1967 para la matriculación en centros escolares y que considera como requisito indispensable para la admisión presentar un informe médico sanitario en el que conste la inmunización del niño de acuerdo con las vacunaciones reglamentarias a su edad y que no padezca enfermedad infecto-contagiosa». Sin embargo el artículo del párrafo anterior clarifica que «los expertos en Sida opinan que el niño expulsado reúne los requisitos reglamentarios y tiene derecho a un puesto escolar».



Ilustración 17: Artículo publicado en *La Vanguardia* en 1987
(Fuente: Hemeroteca de *La Vanguardia*. Anexo 15).

En el año siguiente, 1988, se da un importante avance en las investigaciones farmacológicas: la consecución de la fórmula del primer tratamiento antiviral. Se trataba de un fármaco denominado AZT, un inhibidor de la transcriptasa inversa del VIH. La transcriptasa inversa es una enzima encontrada en el VIH y en otros retrovirus. El VIH emplea la transcriptasa inversa para convertir su ARN en ADN, proceso llamado transcripción inversa. Desde el primer momento se advierte claramente que el tratamiento no cura la enfermedad; sin embargo, los primeros ensayos dan como resultado menor probabilidad de mortalidad, así como una disminución del número de infecciones contraídas durante el proceso.

En 1987, en nuestro país, el programa televisivo «Informe Semanal» emite el documental titulado «SIDA: los nuevos apestados». Se trata de un reportaje que denuncia el agravamiento de los primeros casos de discriminación en España hacia las personas afectadas por el VIH, fruto -en parte- del preocupante desconocimiento acerca de la enfermedad por parte de la población. Así, el virus del VIH irrumpe con fuerza en la sociedad española, acompañado de problemas de discriminación y de cuestiones éticas ligadas a la lucha contra la enfermedad (ver ilustración 18).



Ilustración 18: Fotograma del documental *SIDA, los nuevos apestados* (Fuente: Documentos TV).

El documento televisivo pretende sacar a la luz el hecho de que, pese a que la existencia de la enfermedad ya había sido admitida y reconocida por la medicina tiempo atrás, no fue estudiada y presentada como tal hasta el 1981. También se menciona la fecha de la primera muerte recogida en España por el SIDA, en 1981. Una cifra que ascendió vertiginosamente en poco tiempo, puesto que en el año 1983 se registraron 11 muertos y en 1985 más de 70 muertes.

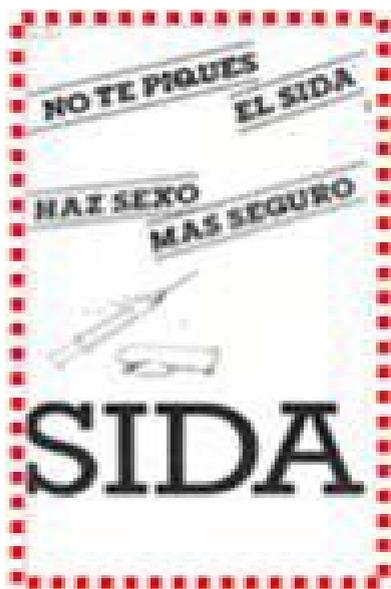


Ilustración 19: Primera campaña dirigida a población reclusa en 1987.

El documental recoge testimonios de personas afectadas y de representantes de las administraciones sanitarias y el entorno médico. Cabe ser destacado entre el contenido y las reflexiones del documento audiovisual que nos ocupa, el análisis que hace de la situación de las prisiones estatales en esos años, sugiriendo que son el «núcleo matriz o el epicentro» de la enfermedad, una denominación respaldada por el alto número de drogadictos que intercambian jeringuillas en el interior de las celdas y, asimismo, a las relaciones íntimas a las que tienen derecho los reclusos.

A este respecto, resulta interesante el dato de que solo días antes de la grabación de este documental, se facilitó en las prisiones preservativos de forma gratuita. En «SIDA: los nuevos apestados» también se subraya que, aunque en nuestro país no se puede hablar de pandemia, aun así y con las vistas puestas en Norteamérica, esta es «una enfermedad que se propaga geoméricamente a velocidad de vértigo». El presidente del Comité Anti-Sida denuncia que al relacionarse SIDA con las palabras sexo, drogas y muerte, «ha pasado de ser un problema sanitario a convertirse en un

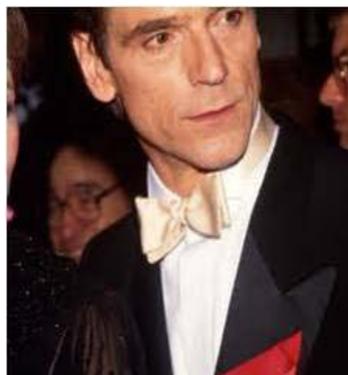
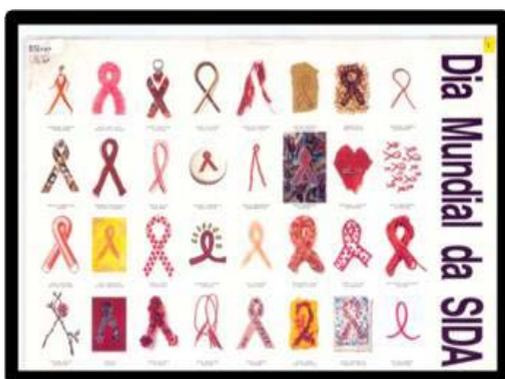
problema social». La grabación recoge, además, otros de los debates de la época, como el del aborto terapéutico o el de si se debería obligar a las mujeres VIH+ embarazadas a realizar un aborto contra su voluntad. En el mismo documental, uno de los testimonios más sorprendentes es el de un recluso al cual se le han denegado los encuentros íntimos con su mujer por ser ambos VIH+. El reportaje, empero, quiere dejar claro que las personas con SIDA están sufriendo tanto una discriminación injustificada como la vulneración de sus derechos fundamentales a través de una consigna que lo da por concluido: «los nuevos apestados, los nuevos leprosos, los sidodos». También en este mismo año y como medida de prevención a lo expuesto anteriormente, el Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, lanza una campaña publicitaria cuyos destinatarios son los reclusos y los usuarios de drogas inyectables con un eslogan que decía: «No te piques, haz sexo seguro». Sin embargo, no es hasta una década más tarde cuando el Gobierno Español lanza su primer programa de intercambio de jeringuillas -conocidos por las siglas PIJ- dentro de las instituciones penitenciarias.

El 1 de diciembre de 1988 se celebra por primera vez el llamado «Día mundial de lucha contra el SIDA» aunque 23 años más tarde, ONUSIDA decide cambiar la denominación de ese día por el de «Día Internacional de la Acción contra el Sida». Durante la Cumbre Mundial de Ministerios de Salud (1988) se propuso y aceptó destinar un día al año a hacer un llamamiento global a la discusión y la reflexión sobre la enfermedad, con el propósito de ofrecer las respuestas a la expansión de la pandemia y propiciar la difusión de los programas de prevención.

El símbolo que se empieza a utilizar para representar dicha acción dos años más tarde de la primera celebración (1990) es un lazo rojo que pretende hacer visible la ocultación que sufren las personas con VIH+ o enfermas de SIDA, además de concienciar de la necesidad de hacer acce-

sible a toda la sociedad una información de calidad para que se puedan tomar todas las medidas de prevención oportunas. La idea fue creada por la Organización Visual AIDS, cuyo objetivo social es utilizar el arte como instrumento para la lucha contra el SIDA y el apoyo a artistas VIH+.

El símbolo creado por esta organización- aún socialmente activa- alcanza su máxima difusión en 1991 cuando el actor Jeremy Irons luce el lazo rojo en la solapa de su traje durante la ceremonia de los premios Tony en 1991, sentando ejemplo para multitud de personalidades, que comienzan a utilizarlo rápidamente. En 1996, la Organización para las Naciones Unidas lo adopta como símbolo oficial de la lucha contra el SIDA (ver ilustraciones 20 y 21).



Ilustraciones 20 y 21: Cartel conmemorativo del Día Internacional del SIDA y fotograma del actor Jeremy Irons.

En 1988, se publica el libro de Susan Sontag titulado «El SIDA y sus metáforas». En el segundo capítulo de este trabajo de investigación, comentaremos más minuciosamente la primera obra que analiza de forma profunda la repercusión social que comenzaba a tener la palabra SIDA. Esta novelista y ensayista neoyorquina ganó el premio Príncipe de Asturias de las Letras en el año 2003. Once años antes del manuscrito dedicado a la enfermedad del SIDA, Sontag había publicado «La enfermedad y sus

metáforas» en el que hablaba de padecimientos con un marcado estigma social tales como la tuberculosis, la peste o el cáncer. En el año 88, decide ampliar ese manuscrito para incorporar la descubierta unos años antes enfermedad del Síndrome de Inmunodeficiencia Humana Adquirida. Dicho texto se antoja lectura obligada para comprender lo que la autora ya pronosticaba: la repercusión social que iba a tener la enfermedad en años venideros.

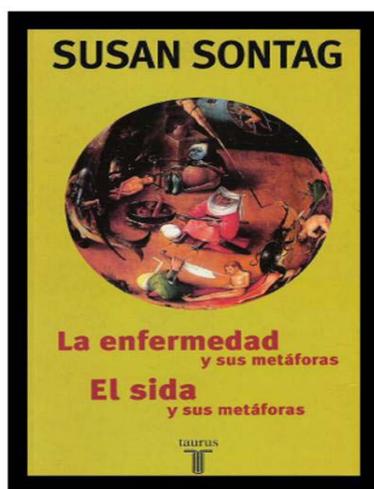


Ilustración 22: Portada del libro de Susan Sontag
La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas.

La edición del 31 de octubre de 1990 del periódico la Vanguardia publica información sobre una campaña que se llevaría a cabo con gran repercusión social y cuyo eslogan sería «Pónselo, pónselo». Se trató, en concreto, una campaña publicitaria a nivel nacional en la que se ponía de manifiesto el papel prioritario que el preservativo ocupaba en la prevención de las enfermedades de transmisión sexual y los embarazos no deseados (ver ilustración 23).

La campaña, promovida desde el Ministerio de Sanidad y el de Asuntos Sociales y Educación, recomendaba el uso del preservativo a los más jóve-

nes para intentar frenar las cifras crecientes de embarazos en jóvenes menores de 19 años de edad -en España por aquel entonces se atendían 30.000 partos al año- al tiempo que se proporcionaba la herramienta más efectiva conocida hasta aquel entonces para detener la expansión de enfermedades de transmisión sexual (Sida y Hepatitis).

La propuesta de la campaña, que duró un mes y tuvo un coste total de 600 millones de las antiguas pesetas, no tuvo una buena acogida y llegó a ser tema de acalorado debate entre los miembros del gobierno central. Sin embargo, el dato que desequilibró la balanza a favor del sí fue que más de la mitad de las jóvenes de 24 años que habían interrumpido su embarazo en España -el 54,7%- no había utilizado ningún tipo de método anticonceptivo en el año previo al aborto.



Ilustración 23: Artículo publicado en La Vanguardia en 1990

Fuente: Hemeroteca de La Vanguardia. Anexo 16).

Como era de esperar, no fue una acción que pasara desapercibida sino todo lo contrario: tuvo una gran repercusión mediática y social en los diferentes estamentos de la sociedad española de 1990. La Iglesia Católica la tildó de destructiva, ya que según el obispo auxiliar de Madrid, Francisco Javier Martínez, la campaña explotaba a un sector de la sociedad muy vulnerable, el de los jóvenes. García Gascó, secretario de la Confe-

rencia Episcopal, señaló que «de cualquier proyecto político materialista, agnóstico y ateo, sobre la configuración de la sociedad, hay que esperar campañas y acciones, abiertas o solapadas, orientadas a despojar a la persona humana de su dimensión trascendente, y a reducirla a un simple instrumento para el logro de fines materiales y políticos». Por su parte, Antonio Angora, obispo de Teruel, afirmó que este «nuevo engendro publicitario» conduce al deterioro humano «a los más débiles, los niños y jóvenes, que todavía no han adquirido la experiencia de las manipulaciones individuales y sociales».



Ilustración 24: Fotografía de Teresa Frare que provocó un polémico debate social al ser utilizada como imagen publicitaria de Benetton.

También en este mismo año (1990), no sólo el lazo se convertiría en un símbolo importante en la acción contra el SIDA. Una foto publicada en la Revista «Life» es igualmente adoptada como emblema para muchos, aunque al mismo tiempo abre un debate polémico en la sociedad americana y mundial. Una estudiante de periodismo, Teresa Frare, realiza la instantánea en la que se observa la agonía de un enfermo de SIDA, David Kirby, rodeado por sus familiares visiblemente afectados (ver ilustra-

ción 24). La fotografía de la joven autora llegó a ser galardonada con el premio World Press Photo tras ser publicada en la revista pero, aun así, el debate y la polémica se originaron a partir de la utilización de la imagen en una de las campañas publicitarias de la marca de ropa italiana Benetton. Numerosos grupos sociales y religiosos protestan por el uso de la instantánea, desde activistas en la lucha contra el SIDA que ven una clara explotación comercial de la imagen hasta grupos religiosos que argumentan que pretenden ridiculizar las representaciones de la Virgen María abrazando el cuerpo sin vida de Jesús por las similitudes que existen entre las imágenes. A pesar de todo lo anterior, la familia de fallecido está de acuerdo en la utilización de la fotografía en la campaña publicitaria de esta empresa, argumentado que su deseo es que la sociedad conozca la realidad de una enfermedad tan cruel.

En 1991 el periódico La Vanguardia vuelve a reportar un caso de discriminación hacia una menor en las aulas. Se trata de una niña malagueña que, por su condición, suscitó el rechazo de la mayoría de padres y madres del alumnado de su escuela, que no deseaban que sus hijos e hijas compartieran clase con ella.



Ilustración 25: Artículo publicado en La Vanguardia en 1991

Fuente: Hemeroteca de La Vanguardia. Anexo 17).

El artículo publicado reproduce el testimonio de su tía y tutora legal, quien expresa «que los dos años en los que asistió a preescolar tan solo tuvo dos compañeros de clase». El familiar de la niña informa al medio de que en

ese periodo «los padres del resto de los niños decidieron sacarlos de clase por el temor de un posible contagio».

En el centro de preescolar se encontraban pintadas alusivas en las paredes y se escuchaban gritos continuados. No mejoró la situación de la menor una vez iniciada la Educación General Básica, ya que solo se matricularon los dos niños que habían compartido aula anteriormente con ella.

El periódico afirmaba que «aquella experiencia supuso para la niña una profunda decepción. Tanto que su tía y tutora decidió no volver a llevar a Montse y a sus otras cinco hijas al colegio y optar por la opción de un profesor de apoyo que le impartiera clases en su propio domicilio. Hasta sus dos hijas pequeñas padecían ya el rechazo del resto de los niños sin saber muy bien por qué».

Muchas de las asociaciones y organismos que luchan contra la estigmatización del VIH alertaron desde el principio de lo que en este documento se ha plasmado: el rechazo no solamente hacia las personas VIH+, sino también hacia el entorno familiar que les rodea, sufriendo estos repudio simplemente por la sospecha de ser portadores del virus.

Volviendo al mundo de las celebridades aquejadas por el VIH, por aquel entonces se dio otro caso de gran trascendencia en todo el mundo tanto para la prensa como para la sociedad: el jugador de baloncesto Earvin Johnson –más conocido por todos por su apodo «Magic» Johnson- comunica públicamente su estado serológico positivo (ver ilustración 26).

Aunque la rueda de prensa en la que se produjo tal comunicación se había convocado para que el jugador de la Liga de Baloncesto Americana (NBA) anunciase su retirada de las canchas, gracias al apoyo de sus compañeros y familiares, llegó a competir en los Juegos Olímpicos de Barcelona en 1992, y más tarde continuó jugando en la NBA.



Ilustración 26: Magic Johnson, jugador de la NBA en Los Ángeles Lakers.

El 20 de diciembre de 1991 se habían contabilizado en el Registro Nacional de Sida un total de 11.555 casos, por lo que la tasa total nacional acumulada era de 288 casos por millón de habitantes. Con esto España se convertía en el país de la Unión Europea con la tasa más elevada de SIDA según el Boletín Epidemiológico Semanal de 1991 (ver ilustración 27).

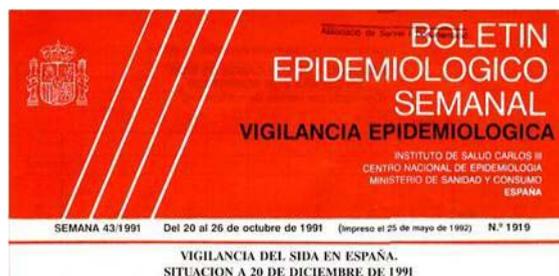


Ilustración 27: Portada del Boletín Epidemiológico Semanal de 1991
(Fuente: Boletín Epidemiológico. Anexo 18).

Ese mismo año (1991), muere el carismático cantante Freddie Mercury, vocalista del grupo de rock *Queen*, a los 45 años de edad, debido a una broncopulmonía padecida a causa de desarrollar el SIDA. Sin embargo, antes de morir pudo grabar junto a la soprano catalana MMontserrat Caballé la canción titulada «Barcelona» compuesta para la inauguración de los Juegos Olímpicos de 1992 que se celebraron en la ciudad de Barcelona.

Aún hoy sigue siendo reconocido como uno de los compositores y cantantes más influyentes de la música contemporánea de las últimas décadas.



Ilustración 28 Freddie Mercury y Montserrat Caballé en 1992.

La asociación española conocida como Fundación Anti-sida de España (FASE) presenta en 1993 la campaña publicitaria *Pajaritos*; cuya finalidad es evitar nuevos casos de transmisión y que gozará de gran resonancia en la sociedad de la época. Esto se debe a que su spot televisivo explica de manera muy convincente que, aunque se crea no pertenecer a un grupo de los denominados «de riesgo», es posible contraer el VIH.

En el mencionado spot se hace alusión al doble sentido de la palabra pajarito y, junto con imágenes de diferentes especies de aves como lechuzas, gallinas o palomos, una voz en off va recordando al espectador cómo el hecho de no pertenecer a determinados colectivos sociales como el de la prostitución, el colectivo homosexual o el nocturno, no hace que alguien esté exento de la posibilidad de infección por VIH. El vídeo, realiza-

do por la prestigiosa agencia de publicidad Bassat, se cierra con el slogan «Recuerda, cuando saques el pajarito, toma precauciones».



Ilustración 29: Imagen de Pajaritos (1993).

Poco después de que la televisión, la prensa escrita o las revistas de carácter científico abordaran extensamente el tema de la recién conocida enfermedad, el cine cumplió con las expectativas y se aventuró a contar y reproducir historias –reales y ficticias– de afectados por el VIH/SIDA.

Entre las primeras películas hacemos referencia a la titulada «En el filo de la duda», en la cual se escenifican los primeros años de trabajo para el descubrimiento del virus, o la premiada con dos Oscars «Philadelphia», que trata sobre los primeros casos de discriminación hacia personas con VIH/SIDA en el entorno laboral.

En 1995 y tras la realización de numerosos ensayos clínicos se aprueba la utilización del primer inhibidor de la proteasa. La proteasa es un tipo de enzima que descompone las proteínas en unidades proteínicas más pequeñas. La proteasa del VIH divide las proteínas en precursoras de gran tamaño en proteínas más pequeñas, uniéndose estas últimas al material genético del VIH para formar un nuevo virus de esa misma clase. Lo que impiden los inhibidores es la multiplicación del virus, al bloquear la proteasa (AIDS Info, 2014). Este avance científico reduce la probabilidad de muerte a causa de SIDA y mejora la calidad de vida de las personas seropositivas, y corrobora la crucial importancia de los avances en la in-

vestigación de nuevos fármacos para cambiar el curso de la enfermedad de mortal a crónica aunque aún faltaran algunos años para que esto fuese una realidad. Otro momento clave para el tema que se aborda en estas páginas es la creación del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA), en el año 1996, siendo su constitución fundamental para la prevención de nuevos diagnósticos, el acceso al tratamiento y la atención de las personas afectadas. En este primer capítulo, se hará una revisión de los últimos informes que, con motivo del Día Internacional del VIH, publica ONUSIDA anualmente.

Mas, a continuación, y tal como la organización recoge en su página web, hablaremos de algunos aspectos básicos sobre sus metas. El Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/Sida (ONUSIDA) fue creado en 1996 con el objetivo de fortalecer la respuesta que estaban dando las Naciones Unidas al SIDA, siendo sus objetivos lograr el acceso universal a la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionado con el VIH (ver ilustración 30).

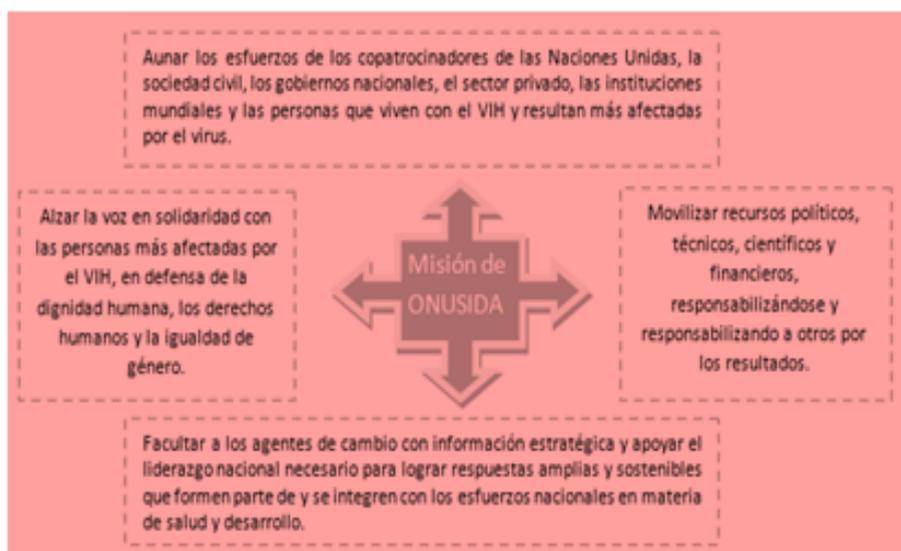


Ilustración 30: Misión de ONUSIDA.
(Fuente: Elaboración propia. ONUSIDA 2014).

En la actualidad, ONUSIDA reúne los recursos de su Secretaría y de diez organizaciones del sistema de las Naciones Unidas para conseguir, de manera coordinada y responsable, unir esfuerzos de las personas de todas partes del mundo contra el sida. La Secretaría de ONUSIDA está estructurada en dos áreas: Programa y Gestión y Relaciones Exteriores. Las metas actuales que pretende alcanzar la organización son:

1. Reducción de la transmisión sexual.
2. Prevención del VIH entre los usuarios de drogas.
3. Eliminación de nuevos casos de infección en niños y niñas.
4. Acceso al tratamiento para 15 millones de personas.
5. Erradicación de las muertes por tuberculosis.
6. Reducción en las diferencias en los recursos.
7. Eliminación en las desigualdades de género.
8. Erradicación del estigma y la discriminación.
9. Eliminación de las restricciones de viaje.
10. Fortalecimiento de la integración de personas con VIH.

Como se ha comentado anteriormente, hablaremos en el último apartado de este capítulo sobre la información que nos ofrece dicha organización anualmente, haciendo coincidir la emisión de sus informes con el 1 de diciembre de cada año. Sin embargo, volvamos a los avances terapéuticos que comenzaban en 1995, gracias al descubrimiento del primer inhibidor de la proteasa. Este mismo año empiezan a administrarse a los pacientes con VIH, la terapia combinada altamente activa (TARGA), que

consiste en el uso de una asociación de tres o más medicamentos antirretrovirales (ARV) y de por lo menos dos clases diferentes de medicamentos contra el VIH evitando así la multiplicación del virus (AIDS Info, 2014). Al hacer accesible este tratamiento, cambiará sustancialmente la situación de muchas personas VIH+, ya que la mortalidad bajará considerablemente y la enfermedad pasará de ser letal a ser crónica. Se ha de tener en cuenta, empero, que la accesibilidad al tratamiento, a pesar de su progresiva difusión internacional, sigue siendo casi exclusiva de los países con mayores recursos, dato que explica por qué en los países subdesarrollados -en los que la población no puede acceder en su mayor parte a la terapia- el SIDA sigue siendo todavía hoy una enfermedad letal.

77



Ilustración 31: Artículo de La Vanguardia sobre la reducción de los casos de SIDA, 1999.

(Fuente: Hemeroteca de La Vanguardia. Anexo 19).

El 12 de febrero de 1999, el periódico *La Vanguardia* recoge el primer descenso del número de casos de SIDA en nuestro país desde 1981. Sin embargo, como se declara en el mismo medio, este avance se debe en mayor medida a la mejora de la calidad de vida y al aumento de la esperanza de vida en personas con VIH gracias a los nuevos tratamientos farmacológicos que a la prevalencia de nuevos casos: «Fuentes del Ministerio de Sanidad achacan el descenso de los diagnósticos de la enferme-

dad del SIDA no tanto a la prevención como a la extensión de los nuevos tratamientos antirretrovirales, que retrasan las manifestaciones de la enfermedad a los portadores del virus».

Aún sigue suponiendo un enorme reto el lograr que el número de nuevos casos descienda porque, como veremos en el apartado siguiente, la cantidad de nuevos diagnósticos sigue siendo elevada en muchos países. Por tanto, se deduce que por muy eficaces que sean los avances farmacológicos, los programas dedicados a concienciar en la prevención de la transmisión del virus no están teniendo en absoluto el mismo éxito. Cinco meses más tarde, el periódico mencionado en el párrafo anterior expone información sobre una realidad totalmente distinta a esta: el avance sin control de la epidemia en África y la situación de desventaja en relación a países en los que sí se puede acceder al tratamiento.



Ilustración 32: Artículo de La Vanguardia sobre la pandemia del SIDA en África, 1999. (Fuente: Hemeroteca de La Vanguardia. Anexo 20).

El artículo refleja las grandes desigualdades sociales observadas incluso dentro de un mismo país, el rápido empobrecimiento de la población y las devastadoras oleadas de enfermedades víricas como el SIDA. Según se cita en el medio de comunicación, «en sus veinte años de existencia el sida ha infectado en todo el mundo a más de treinta y tres millones de perso-

nas, de los que dos terceras partes se acumulan en el África». De manera adicional, la publicación da a conocer que de esos 14 millones de personas que perdieron su vida a causa del Virus de Inmunodeficiencia Humana en el continente negro, 11 millones vivían en el África Subsahariana, de los cuales 3 millones eran menores de quince años (ver ilustración 32).

La situación se agrava por el alto endeudamiento económico con el que los países del primer mundo ahogan a los africanos: «Un mundo que ahonda día a día sus diferencias entre unos países desarrollados que viven en la opulencia y un Tercer Mundo ahogado en su desarrollo por una deuda externa insoportable».

Por si esto fuera poco, el periódico difundía datos reveladores tales como que «la quinta parte más rica de la humanidad tiene ingresos 82 veces superiores a los de la quinta parte más desposeída y consume el 86% de los recursos mundiales. En medio de esta situación catastrófica el sida aparece como una plaga bíblica».

El Boletín Epidemiológico de Cataluña publicó, en el año 1999, un informe en el que se reflejaba la evolución de la epidemia del virus de la inmunodeficiencia humana en la región. Según los hechos públicos, desde el registro de los primeros casos de sida en 1983, el número de personas infectadas en Cataluña había ido en aumento progresivo. Más aún cuando en el 94 se incluyeron tres nuevas enfermedades en la definición de sida (la tuberculosis pulmonar, neumonía bacteriana recurrente y el cáncer invasivo de cérvix en personas infectadas por VIH), lo que provocó el que se alcanzaran las cifras más elevadas. No obstante, es a partir de 1998 cuando empieza a notarse un marcado descenso de los casos notificados.

Como muestra, en el año 1998 el número de casos declarados descendió un 25% con respecto al periodo anual anterior en Cataluña, en el 1999,

lo hizo un 30%. Por otra parte, un aspecto igual de importante que se detalla en el informe es que el SIDA pasó a ser la tercera causa de muerte entre los jóvenes catalanes, habiendo ocupado el primer puesto en años anteriores (ver ilustración 33).



Ilustración 33: Portada del Boletín Epidemiológico de Cataluña en 1999.
(Fuente: Boletín Epidemiológico de Cataluña. Anexo 21).

Con la entrada en el nuevo siglo se proporciona luz verde a la creación de la Coordinadora Estatal de VIH/Sida, CESIDA, una federación de asociaciones del estado español de carácter no lucrativo y no gubernamental.

Su objeto es aunar con una «sola voz independiente y fuerte» las diferentes entidades en el ámbito de la comunidad VIH para reivindicar y exigir a los gobiernos e instituciones su implicación en la lucha contra el sida, y la ciudadanía será uno de sus principales canales para la promoción de políticas integradoras.

En un primer momento, las entidades que promovieron CESIDA fueron veinticinco, pero seis años más tarde, en el 2006, contaba con más de cincuenta organizaciones participantes (ver ilustración 34).

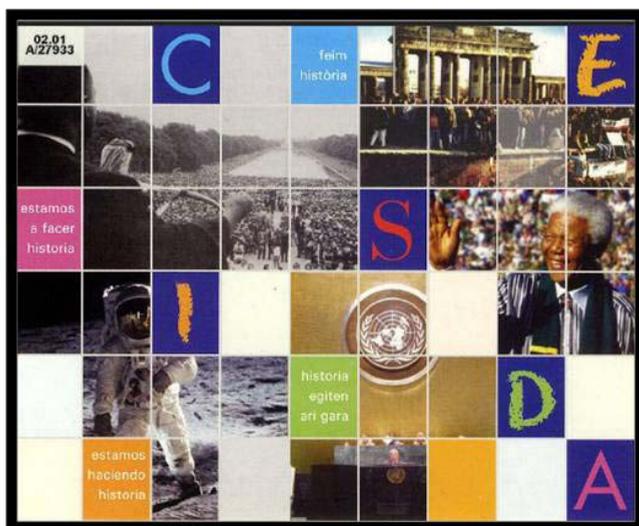


Ilustración 34: Composición de imágenes en la web de CEDISA
(Fuente: CEDISA 2014).

A través de su labor, CESIDA pretende ofrecer información, programas de prevención, apoyo psicológico y emocional, cobertura legal, hospitalaria, programas de actividades, talleres, formación e información sobre recursos sociosanitarios, entre otros servicios.

Según la propia organización, su prioridad es defender los derechos sociales de los afectados y sus familias, atendiendo especialmente a los derechos infantiles y a la adolescencia mediante la publicación de información y estudios (CESIDA, 20014).

En el 2004, en su cuarto informe mundial, ONUSIDA recoge la cifra de 38 millones de personas que viven con VIH en todo el planeta al tiempo que denuncia, entre otros aspectos, el hecho de que continúe agravándose la situación en África, o de que en Asia y Europa oriental la epidemia crezca a una velocidad alarmante, advirtiendo de este modo que ninguna región del mundo está a salvo. Entre los datos expuestos había uno clave que determinaba el cambio en la tendencia; el del aumento de mujeres

con VIH en todo el mundo, empezándose a hablar incluso de una «feminización» de la enfermedad (ver ilustración 35).

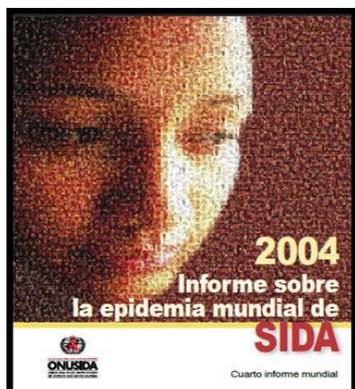


Ilustración 35: Portada ONUSIDA 2004
(Fuente: ONUSIDA).

«El SIDA es la epidemia más globalizada de la historia y estamos siendo testigos de su progresiva feminización. Cada año el número de mujeres infectadas por el VIH va en aumento. En todo el mundo, cerca de la mitad de todas las personas infectadas de 15 a 49 años de edad son mujeres. En África, esta proporción está alcanzando el 60%.

Como consecuencia de las desigualdades por razón de sexo, las mujeres que viven con el VIH o con SIDA sufren generalmente mayor estigma y discriminación». ONUSIDA (2004). A inicios del 2005, El periódico de tirada nacional «El Mundo» titula uno de sus artículos «La Iglesia acepta el uso del preservativo ‘en el contexto’ de la lucha contra el Sida». Este fue el titular que el periódico utilizó para dar a conocer la noticia mediante la cual la Iglesia Católica española aprobaba la utilización del preservativo únicamente como herramienta preventiva en la transmisión del SIDA y no en pos de la contracepción.

La Iglesia Católica siempre había adoptado una postura contraria al uso del preservativo en cualquier circunstancia, incluida la de la prevención de enfermedades de transmisión sexual, tal como se puede ver en páginas anteriores en el artículo citado del periódico «La Vanguardia» de 1990.

Sin embargo, el paso del tiempo, los avances científicos y una sociedad más avanzada e informada sobre la enfermedad hicieron que la Iglesia se replanteara la situación en el año 2005 (ver ilustración 36).



Ilustración 36: Artículo de El Mundo, 2005.
(Fuente: Hemeroteca de El Mundo. Anexo 21).

El portavoz del obispado, Juan Antonio Martínez Camino, hizo estas sucintas declaraciones tras la reunión que mantuvo con la entonces Ministra de Sanidad, Elena Salgado, persiguiendo el propósito de fijar objetivos comunes, puesto que no corrían los mejores momentos en la relación que el obispado mantenía con el gobierno socialista de Rodríguez Zapatero. Martínez Camino insistió en que, lejos de lo que declaran algunos medios, «la Iglesia se encuentra muy preocupada por este grave problema y debe de seguir estrategias que se encuentren apoyadas por la comunidad científica» haciendo referencia al documento titulado *Ha llegado el momento para una base común en la prevención de la transmisión sexual del sida*, firmada por más de 150 expertos de multitud de países y en donde se describía la Estrategia ABC (las siglas en inglés para abstinencia, fidelidad y condón) para atajar el problema.

Esta fue una medida con la que la ministra Salgado no comulgaba del todo, puesto que para la titular de Sanidad «la abstinencia, aun siendo efectiva, no es una respuesta realista para la mayoría de los ciudadanos,

mientras que con respecto a la fidelidad muchas mujeres contraen sida a causa de los comportamientos de otros infectándose en relaciones heterosexuales con sus maridos. Para ellas, la fidelidad no es necesariamente una protección contra el sida».

La misma noticia incluye un artículo que se hace eco de la alegría que supuso para la Federación Española de Lesbianas, Gays, Bisexuales y Transexuales (FELGT) el conocer estas declaraciones. Según recoge el periódico, la presidenta de la organización, Beatriz Gimeno, se encontraba «muy satisfecha por que la Iglesia Católica Española hubiera rectificado y avalara el uso del condón. Creo que significa un cambio que espero que la Iglesia Católica de otros países sigan». La Iglesia adopta una postura similar, y así se publica en el diario *El País* del 21 de noviembre de 2010. El artículo adjunto reproduce las palabras del Papa Benedicto XVI que reconocían la posibilidad de que «puedan darse casos particulares en que está justificado el uso del preservativo».



Ilustración 37: Artículo de *El País*, 2010.
(Fuente: Hemeroteca de *El País*. Anexo 22).

Unas palabras totalmente revolucionarias, pues por primera vez en la historia un Pontífice abre sus miras a favor del uso del preservativo: «Por ejemplo, cuando una prostituta utiliza un preservativo y éste puede cons-

tituir el primer paso para una moralización, un primer acto de responsabilidad para desarrollar otra vez la conciencia de que no todo está permitido y de que no se puede hacer todo lo que se quiera», concretaba el Papa Ratzinger (ver ilustración 37). No obstante, el máximo mandatario de los católicos añadía también que «esta no es la forma apropiada y verdadera de vencer el contagio del Sida ya que es precisa una humanización de la sexualidad». Esta postura frente a la sexualidad fue considerada verdaderamente novedosa por parte de la Iglesia, institución que hasta aquel entonces había sido muy reacia a hablar sobre el tema o a flexibilizar sus obstinadas ideas. Un año antes, el Papa había declarado que la solución al problema del SIDA no pasaba por el aumento del número de preservativos distribuidos en las regiones del mundo con mayor índice de aparición de nuevos casos (las africanas), sino en «la renovación espiritual y humana; un comportamiento humano moral y correcto».

Unas palabras que, lógicamente, provocaron ríos de tinta por parte de numerosas organizaciones, muchas de ellas de carácter internacional y alto prestigio como la ONU, que criticó duramente la postura de la Iglesia y aprovechó para recordar que el método más eficaz para evitar el contagio por VIH era el preservativo. Por su parte, el editorial de la prestigiosa revista médica *The Lancet* fue categórico al publicar que «cuando una persona influyente hace una declaración científica falsa que podría ser devastadora para la salud de millones de personas, debe de retractarse». Ante tal aluvión de críticas, la Iglesia se replanteó su discurso y, un año después, en 2010, Benedicto XVI hizo las citadas declaraciones, que suponían un gesto directo a África, el continente en donde más crece el catolicismo.

La aparición de noticias acerca de la enfermedad en los medios de comunicación, así como las publicaciones en revistas científicas valoradas por la alta calidad de los conocimientos compartidos, continúan hoy en día

siendo constantes, ofreciéndonos mayor cantidad de información sobre los avances médicos y farmacológicos en torno al virus. En el tercer apartado de este primer capítulo, abordaremos la situación mundial y nacional del VIH/SIDA en los últimos 5 años, con el propósito de ahondar en la situación de la pandemia en la actualidad. Sin embargo, antes de volcarnos en el examen de lo acontecido, es necesario sondear algunos aspectos generales de la enfermedad, la transmisión del virus o el tratamiento farmacológico que nos proveerán de una base informativa completa que sin duda alguna resultará decisiva para poder entender la interpretación y el análisis de los datos que se presentan en la segunda parte de este trabajo e investigación.

1.2. Aspectos biomédicos

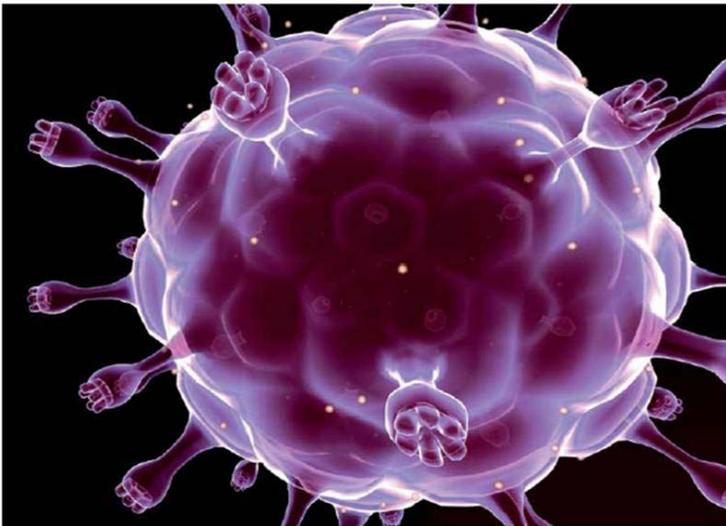


Ilustración 38: Una imagen del VIH tomada con microscopio electrónico. El complejo glicoproteico de la superficie permite al virus adherirse a la célula atacada y fusionarse con ella para iniciar el ciclo de la infección (p.4).

(Fuente: ONUSIDA. Informe Outlook 2011)!

En este apartado, se ha querido comenzar con una imagen del VIH antes de adherirse a una célula humana para, de esta forma, introducir cómo se produce la evolución del virus en el organismo humano hasta sus consecuencias finales si no se accede al tratamiento adecuado. Como ya se ha expuesto en páginas anteriores, a principios de la década de los ochenta, el mundo científico y la sociedad en general se conmociona con la aparición de una enfermedad desconocida hasta ese momento.

Es a partir de entonces cuando da comienzo una vertiginosa carrera en el estudio de esta enfermedad y del virus que la provoca. Según el último informe de ONUSIDA (2013), 35 millones de personas en el mundo viven con VIH en la actualidad, de los cuales 10 millones están sometidos a un tratamiento efectivo (TARGA). La otra cara de la moneda, empero, es que el índice de muertes a causa de la enfermedad ya asciende a un millón y medio de personas de manera aproximada en todo el mundo. El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) es una enfermedad que destruye de una forma progresiva y constante el sistema inmunitario debido a la infección del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH).

El sistema inmune del sujeto afectado es atacado por el VIH, produciendo una disminución de la capacidad defensiva del organismo humano y volviéndolo, por tanto, vulnerable a enfermedades oportunistas que son poco probables en sujetos sanos. Según AIDS Info (2014), el SIDA es una enfermedad del sistema inmunitario causado por la infección por el VIH, que destruye las células T CD4 del sistema inmunitario, dejando al organismo expuesto en mayor medida a infecciones y tipos de cáncer potencialmente mortales. Al hablar de SIDA estamos hablando, pues, de la etapa más avanzada de la infección por VIH.

Los virus solo sobreviven en el interior de otro organismo, reproduciéndose dentro de células vivas, entrando en su código genético para reproducirse a través de este.

En una de las ilustraciones elaborada en el estudio sobre «Compuestos polifuncionales basados en el anillo de 1,3,5-triazina: síntesis y estudio de sus propiedades ANTI-VIH» (Lozano, 2011:13) se puede observar con detalle este proceso, desde la absorción del virus a la célula huésped hasta la inserción del ADN vírico en el ADN cromosómico de la célula huésped.

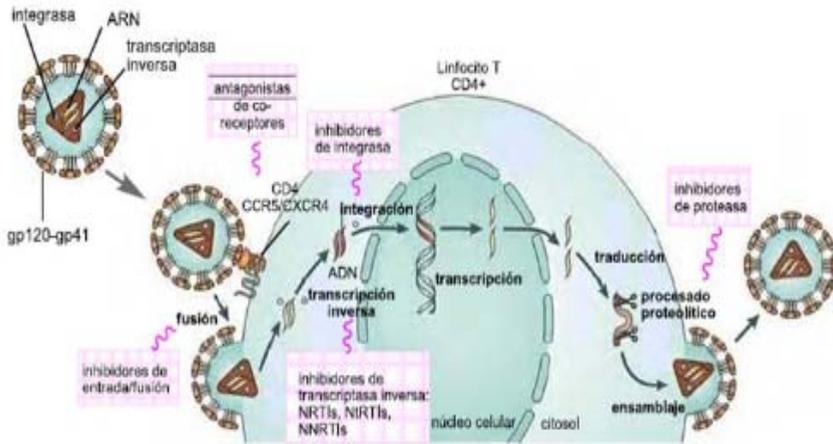


Ilustración 39: Ciclo Vírico del VIH-1

(Fuente: Lozano Rosas, V. 2011).

El VIH ataca preferentemente a los linfocitos T CD4+, que son los encargados de ayudar a coordinar la respuesta inmunitaria al estimular a otros inmunocitos, como pueden ser los macrófagos, los linfocitos B y los linfocitos T CD8, para combatir la infección. Lo que hace el VIH al destruir estos linfocitos es precisamente destruir el sistema inmunitario (AIDS Info, 2014).

Según las recomendaciones terminológicas de ONUSIDA (2007), cuando se lleve a cabo una descripción del SIDA debemos tener en cuenta las siguientes orientaciones: «El sida se describe como una enfermedad incurable, mortal, pero esto crea mucho temor y solo sirve para aumentar el estigma y la discriminación. También ha sido descrito como una enfermedad crónica, tratable, similar a la hipertensión o diabetes, pero esto puede llevar a las personas a creer que no es tan serio como pensaban». Es por ello que en esta guía elaborada por ONUSIDA se apuesta por la siguiente definición: «El sida, síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es una enfermedad letal, causada por el VIH, el virus de la inmunodeficiencia humana. El VIH destruye la capacidad del organismo

para combatir la infección y la enfermedad, lo que al final puede llevar a la muerte. En la actualidad, los medicamentos antirretrovíricos o antirretrovirales hacen más lenta la reproducción vírica y pueden mejorar mucho la calidad de vida, pero no eliminan la infección por el VIH». ONUSIDA (2007:8).

El Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC,2013) establece, a modo de criterios para el diagnóstico del SIDA, que la personas con VIH deben padecer una afección característica del SIDA, o presentar un recuento de linfocitos CD4 inferior a $200/\text{mm}^3$ aunque no tenga una afección característica del SIDA. Cuando hablamos de infección característica del SIDA, nos referimos a aquellas enfermedades que el CDC incluye en la lista de criterios de diagnósticos, como infecciones oportunistas y varias clases de cáncer, potencialmente mortales para una persona con VIH. Las infecciones oportunistas son aquellas infecciones que aparecen con mayor frecuencia o con mayor virulencia en las personas inmunodeprimidas, en comparación con aquellas que poseen un sistema inmunitario sano.

Los tipos de cáncer que manifiestan el desarrollo de SIDA tras el diagnóstico del VIH pueden ser, entre otros, el sarcoma de Kaposi, el linfoma no hodgkiniano y el cáncer cervicouterino invasivo. Las infecciones oportunistas según ONUSIDA (2007) son aquellas «enfermedades causadas por diversos microorganismos, algunos de los cuales no causan enfermedad en personas con el sistema inmunitario saludable. Las personas que viven con la infección por el VIH pueden sufrir infecciones oportunistas en los pulmones, el cerebro, los ojos y otros órganos. Entre las enfermedades oportunistas comunes en personas diagnosticadas con sida se incluye la neumonía por *Pneumocystis carinii*, la criptosporidiosis, la histoplasmosis, otras infecciones parasitarias, víricas, micóticas, y también algunos tipos de cáncer»(p.12).

Es por ello fundamental y oportuno distinguir entre personas que viven con el VIH (PVV) y personas que han desarrollado el SIDA, y con el propósito de esclarecer aquello que separa a unas de las otras explicaremos sus diferencias a través de una conceptualización etimológica basada en las definiciones terminológicas de «HIV/AIDS Glossary» (AIDS Info, 2014):

SIDA	
Síndrome	Grupo de síntomas o afecciones que ocurren juntos y que colectivamente guardan relación con una enfermedad específica o con el riesgo de manifestación de esta última.
Inmunodeficiencia	Imposibilidad de producir una respuesta inmunitaria adecuada por causa de una insuficiencia o ausencia de anticuerpos o de linfocitos o de ambos. Los trastornos de inmunodeficiencia se pueden heredar, como en el caso de la inmunodeficiencia mixta grave; se pueden contraer por medio de infección, como la causada por el VIH; o pueden ser el resultado de tratamientos con quimioterapia.
Adquirida	Cuando se habla de una enfermedad adquirida, se hace referencia a aquellas que han sido contraídas por el sujeto a lo largo de su vida, no siendo heredadas genéticamente.

Tabla 1: Definición de SIDA
(Fuente:Elaboración propia de AIDS info 2014).

Tabla 2. Definición de VIH.

VIH	
Virus	Agente infeccioso microscópico que requiere de una célula huésped viva para multiplicarse. Los virus suelen causar enfermedad en el ser humano, como por ejemplo, el sarampión, parotiditis, rubeola, poliomielitis, resfriado común o el virus del VIH, que es el causante del SIDA.
Inmunodeficiencia	Es la imposibilidad de producir la respuesta inmunitaria que hemos descrito en la tabla anterior.
Humana	Afecta a los seres humanos. Al virus que afecta a los primates se le denomina SIV (simian immunodeficiency virus).

Tabla 2:Definición de VIH
(Fuente:Elaboración propia de AIDS Info 2014).

En lo concerniente a este último dato, podemos decir que el artículo publicado en la revista «Medicina Clínica» y titulado *Origen y evolución del virus de la inmunodeficiencia humana* (Holguín y Soriano, 2000) habla de que existe una «relación filogenética que el VIH tiene con otros lentivirus de primates no humanos, que también causan inmunodeficiencia en varias especies de simios (SIV, simian immunodeficiency virus). Tanto el VIH-1 como el VIH-2 parecen ser el resultado de transferencias múltiples de lentivirus que infectan de manera natural a otros primates en África».

Cuando hablamos de lentivirus nos referimos a un subgrupo de retrovirus entre los que se incluye el VIH. Los retrovirus constituyen, a su vez, un grupo de virus empleados por el ARN como material genético. Una vez que ha infectado una célula, el retrovirus hace uso de una enzima transcriptasa inversa para convertir el ARN en ADN, integrando su propio ADN en el de la célula huésped, provocando la multiplicación (AIDS Info, 2014). Los lentivirus de primates no humanos pueden clasificarse al menos en seis grupos, cada uno de ellos infecta a una especie diferente de monos africanos. La infección por SIV generalmente no produce inmunodeficiencia en los simios que son sus huéspedes naturales, a pesar de establecerse una infección crónica.

Esta simbiosis se explica por la evolución conjunta de las diferentes especies de huéspedes y el SIV durante largos períodos de tiempo, que habría permitido una adaptación mutua favorable para ambos. Sin embargo, un virus puede comportarse como virulento cuando infecta a una especie distinta de primates. Así, cuando un primate de una especie es infectado por un grupo de lentivirus de otra especie de primate, desarrolla un cuadro similar al de los seres humanos cuando se encuentran en la fase de desarrollo de la enfermedad del SIDA. Algunos SIVs están genéticamente muy relacionados con los aislamientos humanos del VIH-1 y del VIH-2. En la ilustración 40 reflejamos las definiciones de ambos virus y las ca-

racterísticas que los distinguen con base en las conceptualizaciones terminológicas de ONUSIDA (2007):

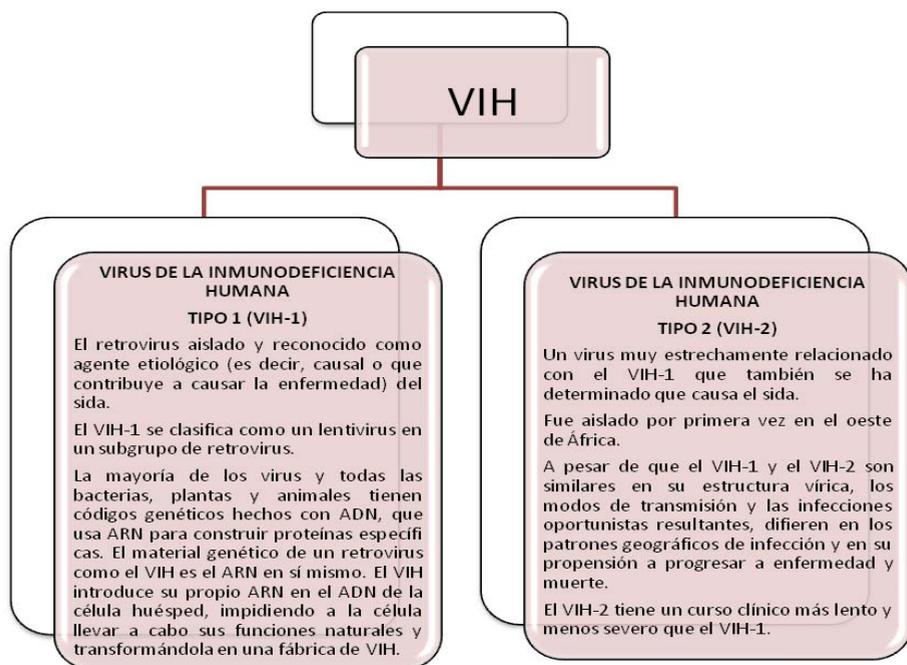


Ilustración 40: Principales características de los subtipos VIH-1 y VIH-2
(Fuente: Elaboración propia de ONUSIDA, 2007).

Las razones por la que se cree que existió una transmisión de primates a humanos se cimientan sobre las siguientes evidencias (Holguín, A. y Soriano, 2000): a) Semejanzas en la organización genómica; b) Estrecha relación filogenética; c) Alta prevalencia en el huésped natural; d) Coincidencia geográfica y e) Conocimiento de los mecanismos probables de transmisión.

De forma adicional, en este artículo que tiene como objetivo analizar el origen y la evolución del VIH, los autores afirman que los mecanismos por los que se ha podido realizar la transmisión del lentivirus de los si-

mios a los seres humanos pueden ser varios, al igual que ha ocurrido con la transmisión del Ébola o del herpesvirus de simios a humanos: «Los mecanismos por los que puede haber ocurrido la transmisión de lentivirus de los simios al hombre son diversos».

Se han implicado posibles contactos sexuales con monos infectados, el empleo de éstos como alimento, la realización de experimentos científicos en los que se inyectó sangre de monos a humanos en 1971 para demostrar la transmisión del paludismo. En ciertas regiones de África, algunas comunidades consideraban que la inoculación de sangre de monos era mágica y curativa, o bien formaba parte de rituales sexuales. La transmisión de virus entre diferentes especies de huésped probablemente ocurriría en la naturaleza con más frecuencia de lo pensado».

La siguiente imagen persigue el fin de ilustrar lo que lo autores exponen en su artículo acerca de los mecanismos de transmisión interespecie:



Ilustración 41: Transmisión interespecie
(Fuente: Elaboración propia de Holguín, Á. y Soriano, V., 2000).

Muchas de las transferencias del SIV a los seres humanos no habrían evolucionado por la selección genética, pero la transmisión entre seres humanos a través de la transmisión sanguínea explicaría la transformación de SIV a HIV, iniciándose esta evolución en la primera década del siglo XX tras la introducción de jeringuillas en determinadas zonas de África: «La primera infección por VIH-1 podría haber ocurrido en una de estas comunidades aisladas donde permaneció el virus retenido hasta su expansión a otras zonas» (Holguín, Á.; Soriano, V; 2000). Por otro lado, los autores también aclaran que los diferentes grupos del VIH-1 (M,N,O) «serían el resultado de al menos tres transmisiones diferentes del SIVcpz desde el *P.t. troglodytes* a la población humana».

Los virus dentro de cada grupo pueden reclasificarse por subtipo: de este modo, el grupo M del VIH-1 incluye por lo menos nueve subtipos (AIDS Info, 2014).

Algunos de estos subtipos han sido creados a través de recombinaciones de los intersubtipos favorecidos por los flujos migratorios y el turismo, por lo que la mayoría de las infecciones causadas por el VIH-1 en el mundo corresponden al grupo M. Igualmente interesante resulta la aportación de Holguín y Soriano (2000), cuando insisten en que los inicios de la epidemia moderna datan de los años treinta pero que, con anterioridad, en los siglos XVII y XVIII se habría producido la transmisión del simio al ser humano. Empero, se apresuran a clarificar que muchas de esas «nuevas infecciones habrían sido abortivas en sujetos o comunidades cerradas en lugares remotos de África».

Lo que propició que a partir de la década de los 80 aumentasen los casos de infección por VIH y muerte por enfermedades relacionadas con el diagnóstico de SIDA fueron, entre otros, el incremento de los flujos migratorios, la intensificación del uso de jeringuillas, los bancos de san-

gre y los hemoderivados, el largo periodo de incubación del VIH y la aparición de nuevas tendencias culturales que rigen las pautas hacia una sexualidad más libre.

96 Cuando se hace referencia al largo periodo de incubación del virus, esto quiere decir que cuando el VIH entra en el organismo humano puede permanecer en estado latente durante años mientras la persona no presenta síntoma alguno: las células infectadas por el VIH permanecen en reposo sin que el virus llegue a estar presente de forma activa; una etapa que suele coincidir con la fase más temprana, la que sucede a la infección.

Según AIDS Info (2014), aunque el tratamiento antirretroviral puede reducir la concentración de VIH en la sangre a un nivel indetectable, los reservorios del virus latente siguen sobreviviendo, pudiéndose reactivar la infección.

Es por este motivo que el tratamiento antirretroviral no puede curar la infección por VIH. Cuando el VIH empieza a ser activo y a multiplicarse, comienza a destruir los linfocitos T CD4+, debilitando el sistema inmune del individuo y desatando la aparición de sintomatología relacionada con el SIDA. Las etapas clínicas demarcadas la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2005) en la infección por VIH en adultos y adolescentes son las siguientes:

- ❑ Clinical stage 1 (Etapa clínica 1): asintomática o Linfadenopatía generalizada persistente (PGL).

- ❑ Clinical stage 2 (Etapa clínica 2): conlleva pérdidas de peso de menos del 10 % del peso corporal, infecciones recurrentes del tracto respiratorio (ITR, sinusitis, bronquitis, otitis media, faringitis), herpes zoster, úlceras orales recurrentes, erupciones papulares pruriginosas y dermatitis seborreica.

❑ Clinical stage 3 (Etapa clínica 3): conlleva pérdida de peso severa de más del 10 % del peso corporal, diarrea crónica sin causa aparente de duración superior a un mes, fiebre persistente sin explicación (intermitente o constante durante más de un mes), candidiasis oral, leucoplaquia vellosa oral, tuberculosis pulmonar diagnosticados en dos últimos años, infecciones bacterianas graves, inflamación necrotizante aguda en la boca y anemia inexplicable.

❑ Clinical stage 4 (Etapa clínica 4): las personas que se encuentran en esta etapa han desarrollado el SIDA, el VIH presenta un síndrome de desgaste, neumonía *Pneumocystis* recurrente, neumonía bacteriana grave o radiológica, herpes simple, infección crónica (orolabial, genital o ano-rectal de más de un mes de duración), candidiasis esofágica, tuberculosis extrapulmonar, Sarcoma de Kaposi, sistema nervioso central (SNC) toxoplasmosis y encefalopatía por VIH, entre otros síntomas.

Tomamos como referencia a Lamotte, J.A. (2004), para describir cada una de las fases clínicas de la infección y desarrollo de la enfermedad por VIH/SIDA:

a) Fase de infección aguda retroviral.

Se corresponde con la entrada del virus en el sujeto y se caracteriza, desde el punto de vista clínico, por dos situaciones: primero, puede ser asintomática, como ocurre en la mayoría de los pacientes y segundo, sintomática, en cuyo caso el cuadro clínico presenta síntomas muy variados, a saber:

- Síntomas generales: fiebre, faringitis, linfadenopatías (cuadro parecido al de la mononucleosis infecciosa), artralgias, mialgias, anorexia y pérdida de peso).

- Síntomas dermatológicos: erupción eritematosa maculopapular, urticaria difusa y alopecia.
- Síntomas gastrointestinales: náuseas, vómitos, diarrea y ulceraciones mucocutáneas.
- Síntomas neurológicos: cefalea, dolor retroorbitario, meningoencefalitis, neuropatía periférica, radiculitis y síndrome de Guillain-Barré.

En esta primera fase, al ser la gran mayoría de estas manifestaciones tan inespecíficas, es frecuente que médicos y pacientes no les concedan importancia y ello dificulte la tarea de determinar con exactitud la frecuencia de este cuadro clínico agudo. Estos síntomas se manifiestan aproximadamente durante un periodo de entre 6 y 8 semanas. Cuanto más sintomática y duradera sea esta fase, peor pronóstico tendrá la evolución clínica del paciente, al haberse generado una gran viremia inicial, con la consecuente destrucción de las células del sistema inmunológico y su disminución en número. A lo largo de este proceso, se da una respuesta inmune contra el virus por parte del organismo que reduce el volumen de partículas virales en la sangre, pero su replicación continúa en los órganos linfáticos (sobre todo en ganglios linfáticos y bazo, que constituyen

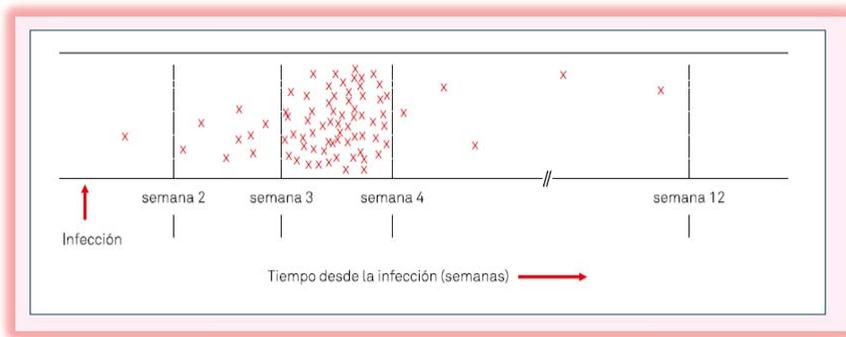


Ilustración 42: Tiempo hasta el desarrollo de los anticuerpos (Fuente: gTt-VIH 2013).

el principal reservorio del virus): la respuesta inmune inicial no basta para eliminar el virus. Otra de las grandes desventajas de esta etapa es que el resultado de la serología del VIH resultaría negativo, aunque los antígenos virales sean positivos.

En la ilustración 42, extraída de la *Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales*, elaborada por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH, se observa el tiempo transcurrido hasta el desarrollo de anticuerpos, con un incremento de estos del 95% en la cuarta semana y más del 99,9% en la semana 12.

Una vez transcurrido este primer periodo, continuamos describiendo las fases posteriores conforme a lo expuesto por Lamotte, J.A. (2004), recogiendo los aspectos más relevantes y significativos.

b) Fase o período de portador asintomático.

Después de la primera fase, el paciente pasa a padecer la etapa más larga de la enfermedad: la de portador asintomático, con una duración promedio de 11,5 años, aunque los nuevos tratamientos la han prolongado.

c) Fase de complejo relacionado con el SIDA.

A medida que pasan los años y la enfermedad avanza en su desarrollo, el afectado alcanza la fase conocida como complejo relacionado con el SIDA, que representa una fase intermedia entre el portador asintomático y la de caso SIDA o final.

Aparecen los primeros síntomas o se presentan enfermedades relacionadas con una inmunodeficiencia subyacente, por lo que estos pacientes ya no estarán como en la fase anterior, pero los problemas serán todavía menos graves que en la siguiente.

Esta fase se conoce también como SIDA menor o presida, y clínicamente se reconoce por distintos tipos de síntomas: los generales (malestar general, astenia persistente, síndrome febril prolongado y pérdida de peso), los hematológicos (anemia y trombocitopenia con síndrome purpúrico o sin él), los linfadenopáticos, o digestivos (diarrea), los dermatológicos (candidiasis oral, dermatitis seborreica, herpes simple recurrente, herpes zoster y verrugas genitales), y los neurológicos (polineuropatía, síndrome ansioso-depresivo y meningitis aséptica). La duración de esta fase depende de factores como la clase de cepa viral infectante, la respuesta inmunológica del huésped, el tratamiento impuesto, tanto antirretroviral como de cada una de las situaciones clínicas. En ella se da una tendencia al aumento progresivo de la replicación viral así como a una disminución de las funciones inmunes del organismo.

d) Fase SIDA o caso SIDA.

Es el estadio final de la infección por VIH y se caracteriza por la aparición de infecciones oportunistas y tumores raros. Desde el punto de vista inmunológico, en esta fase el enfermo acusa una grave inmunodepresión, acompañada de una depleción notable del número de linfocitos CD4, cuya vital participación en la respuesta inmune es bien conocida. Además, se produce una alta replicación viral, favorecida por la debilidad del sistema inmunológico.

Desde el punto de vista clínico, se considera que un paciente es un posible caso SIDA cuando presenta alguna de las afecciones relacionadas con el VIH en la fisiopatología que se han extendido con el tiempo, teniendo en cuenta las informaciones provenientes de los centros para el control de enfermedades. Suele ser frecuente, incluso, que un enfermo en esta fase padezca varias afecciones indicadoras de SIDA al mismo tiempo.

En la actualidad, además de las enfermedades consideradas indicadoras de SIDA, también se ha incluido en el informe de caso SIDA a pacientes con recuento de células CD4 $<$ de 200 por mm^3 , con independencia del estado clínico en que se encuentren. Esto se conoce como SIDA inmunológico. Una vez aclaradas las fases o etapas clínicas de la infección por VIH y los síntomas de desarrollo de la enfermedad (SIDA), pasaremos a una de las cuestiones con mayor relevancia en cuanto a la prevención de la infección: el conocimiento de las vías de transmisión del virus.

El desconocimiento acerca de las vías de transmisión del VIH ha acrecentado el miedo y el estigma hacia la enfermedad. Es por ello que organismos nacionales e internacionales así como asociaciones y colectivos de personas afectadas por ese estigma han fomentado el desarrollo de campañas informativas que ayudan a los ciudadanos a disponer de una información fidedigna y de calidad.

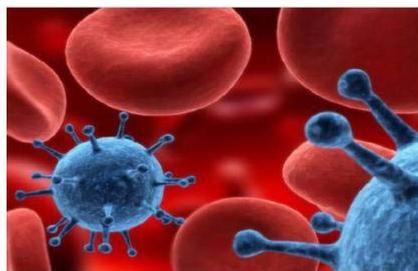


Ilustración 43: Imagen del VIH vista al microscopio.

Para que se produzca la transmisión han de darse una serie de factores muy concretos como, por ejemplo, que la cantidad de virus presente en el organismo sea lo suficientemente significativa para transmitirse.

Es por ese motivo que el VIH únicamente se trasmite a través de la sangre, las segregaciones vaginales y el flujo seminal, ya que es en ellos donde podemos encontrar una concentración de virus suficiente para contagiar

la infección. Así, una persona con una carga viral indetectable tiene menos probabilidad de infectar en relaciones sexuales no protegidas.

Cuando hablamos de carga viral, nos referimos a la concentración de VIH en sangre, es decir, el número de copias del ARN del VIH por milímetro de sangre.

Como consecuencia, al decir indetectable nos referimos a un estado en que la concentración del VIH en la sangre es demasiado baja para ser detectada mediante la prueba de carga viral.

Los medicamentos antirretrovirales pueden reducir la carga viral de una persona y hacerla indetectable en la pruebas; sin embargo, este hecho no significa que la persona no esté infectada por VIH, ya que una concentración del virus se mantiene en forma de reservorios del virus latente.

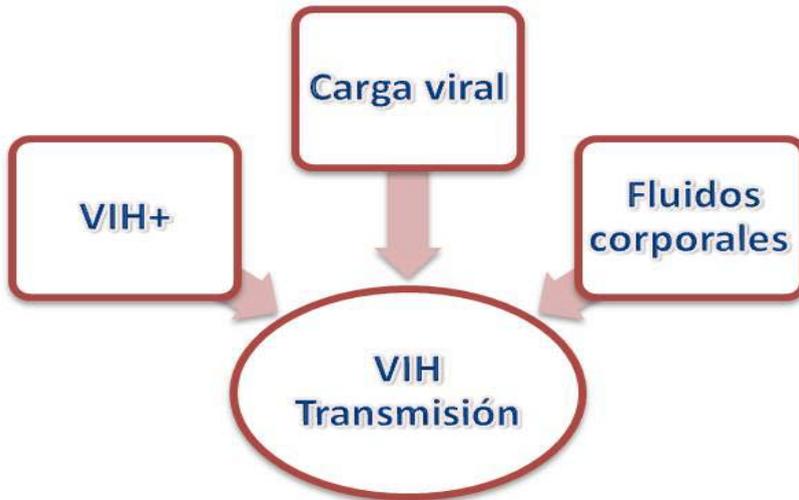


Ilustración 44: Condiciones para la transmisión del virus
(Fuente: Elaboración propia).

Esto explica por qué es necesario tomar todas las medidas preventivas posibles para evitar la infección a otras personas.

Adicionalmente, para que se produzca la transmisión de la infección debe existir penetración o contacto con la sangre de la persona infectada en una cantidad considerable, ya que el virus no puede sobrevivir una vez fuera del organismo.

Esto es, para que el virus se contagie, los flujos vaginales, el semen o la sangre tienen que entrar en contacto con el torrente sanguíneo del sujeto sano. En resumen y a grandes rasgos, para que el virus se transmita entre seres humanos es necesario que existan estas tres condiciones (ver ilustración 44):

- VIH+: para que exista la transmisión del virus, debe establecerse un contacto con una persona seropositiva (persona que tiene anticuerpos detectables contra el VIH). Por lo tanto, una persona no infectada por el VIH nunca podrá transmitir el virus. Se debe establecer una relación serodiscordante, en la cual uno de los sujetos esté infectado por el VIH y el otro sujeto no. Sin embargo, otro caso distinto es cuando un sujeto VIH+ mantiene relaciones o contacto con otro sujeto VIH+. En este caso se puede producir la reinfección de alguno o ambos sujetos, complicando el cuadro diagnóstico.

- Fluidos corporales: solo a través de los tres fluidos corporales (sangre, leche materna y flujo vaginal y semen) puede transmitirse el VIH.

- Carga viral: como ya hemos comentado en líneas anteriores, debe transmitirse una cantidad suficiente de virus para que una persona sana sea infectada. En la imagen siguiente, extraída de la «Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales» elaborada por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) en el 2013, se muestra la importancia de la carga viral en la transmisión del virus (ver ilustración 45).

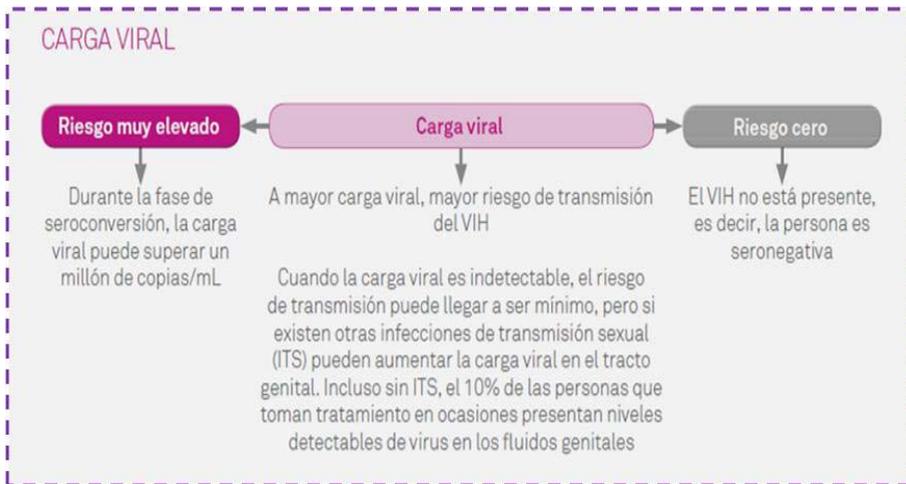


Ilustración 45: Importancia de la carga viral en la transmisión
(Fuente: gTt-VIH 2013).

Una vez expuestas las condiciones necesarias para se produzca la transmisión de la infección de un sujeto seropositivo a una persona sana, pasamos a explicar en detalle cada una de las distintas vías de transmisión y sus peculiaridades:

a) **Transmisión Horizontal:** Es la transmisión del VIH o de otra enfermedad infecciosa de una persona a otra, con la excepción de que se contagie de uno de los padres biológicos a un hijo (transmisión vertical). La transmisión horizontal se puede dar durante las relaciones sexuales a través del semen, flujo vaginal o sangre, o también debido al uso compartido de jeringuillas o agujas (AIDS Info, 2014). Conforme a las recomendaciones terminológicas de ONUSIDA (2007) con respecto a la última vía de contagio nombrada, es preferible utilizar «equipo de inyección no esterilizado» cuando se hace referencia al riesgo de exposición al VIH, y «equipo de inyección contaminado» si se tiene conocimiento de que el equipo contiene presencia del VIH o ha tenido lugar la transmisión del VIH (ver ilustración 46).



Ilustración 46: Transmisión horizontal
(Fuente: Elaboración propia).

a.1) Transmisión sexual. La transmisión sexual hace referencia a las relaciones sexuales con penetración vaginal o anal sin barreras de protección (preservativos) que pueden transmitir el VIH cuando uno de los sujetos es seropositivo.

Las prácticas sexuales que conllevan riesgo de infección son, según Pérez, I. (2013):

- Coito vaginal o coito anal: existe una transmisión de fluidos, entrando en contacto con la vagina o el pene de una persona VIH+ con la de una persona sana, siendo las mucosas del ano y de la vagina un canal eficiente hacia el torrente sanguíneo.

La autora también habla de que las prácticas de sexo anal presentan mayor riesgo de infección por VIH que las vaginales, ya que el VIH también puede penetrar a través de pequeñas heridas habituales durante las prácticas sexuales. y al ser las membranas del ano más delgadas y frágiles ,

además de carecer de lubricación natural, propicia la aparición de pequeñas lesiones. Por todo ello, el uso de preservativo tanto masculino como femenino es la única forma de prevenir la infección cuando se realiza algunas de estas prácticas sexuales.

- Sexo oral: la transmisión en las prácticas de sexo oral se produce si se ha eyaculado en la boca, o se ha tragado el semen, pudiendo acceder el virus al torrente sanguíneo. La autora aclara que por ahora, no se conoce ningún caso de transmisión por cunnilingus. Otro aspecto a tener en cuenta, es que aunque existe riesgo de infección, la probabilidad de que esto ocurra es baja si se compara con la probabilidad de infección cuando se realiza una práctica sexual en la que exista penetración vaginal o anal, debido a que la boca es un ambiente inhóspito para el VIH: «la saliva contiene enzimas que destruyen el virus y la piel de la boca es más gruesa que la del ano o la vagina. No obstante, el sexo oral es peligroso si se ha producido alguna herida en la boca y, especialmente, si además existe eyaculación. El sexo oral es más seguro cuando se realiza con condón u otro tipo de barreras» (p.172).

Todo lo anteriormente expuesto se debe tener en cuenta si es conocido que uno de las personas que mantienen relaciones sexuales es seropositiva y puede transmitir la infección, o bien, si ambas son VIH+ y se corre el riesgo de una reinfección. Según ONUSIDA (2007):

«Las relaciones sexuales son ciento por ciento seguras ya que no son el vehículo de transmisión del VIH, cuando los dos miembros de la pareja conocen su estado serológico VIH-negativo y ninguno de ellos se encuentra en el período silente que va de la exposición al VIH a la aparición de anticuerpos contra el VIH detectables mediante la prueba del VIH. En otras circunstancias, la reducción del número de parejas, y el uso correcto y sistemático de preservativos masculinos o femeninos, pueden reducir el riesgo de transmisión del VIH. El término relaciones sexuales más seguras refleja más exactamente que se

pueden elegir opciones y conductas para reducir o minimizar el riesgo»(p.16).

a.2) Transmisión parenteral o sanguínea. La transmisión en este caso se produce cuando se atraviesa la capa de la piel con una aguja no esterilizada y contaminada por el VIH, provocando el paso del virus al torrente sanguíneo. Esta se convirtió en una de las vías de transmisión más frecuente durante las décadas de los 80 y los 90 dada la proliferación del uso de drogas por vía inyectable (ver ilustración 47). Hoy día, pese a que el número de nuevas infecciones por uso compartido de jeringuillas ha ido decreciendo progresivamente, en algunos sectores, como las instituciones penitenciarias, se mantiene como la principal vía de transmisión entre internos.



*Ilustración 47: Uso de las jeringuillas en la transmisión del VIH SIDA
(Fuente: Getty Images (2014)).*

En nuestro país, según el Boletín Epidemiológico de Instituciones Penitenciarias de 2012, continúa el descenso de la prevalencia de la infección por VIH en reclusos. Como muestra, la prevalencia conocida del VIH en el año 2010 fue del 6,5%. El número de casos detectados desde 1995 a 2010 había sido de un 93% con un descenso anual medio de un 6,2% en estos años, y cabe ser notado igualmente que la prevalencia de infección en mujeres reclusas es

inferior a la de hombres reclusos (una mujer por cada 11,7 varones). Con todo, la utilización de drogas por vía parenteral sigue siendo el factor de riesgo más importante en este ámbito (UDI).

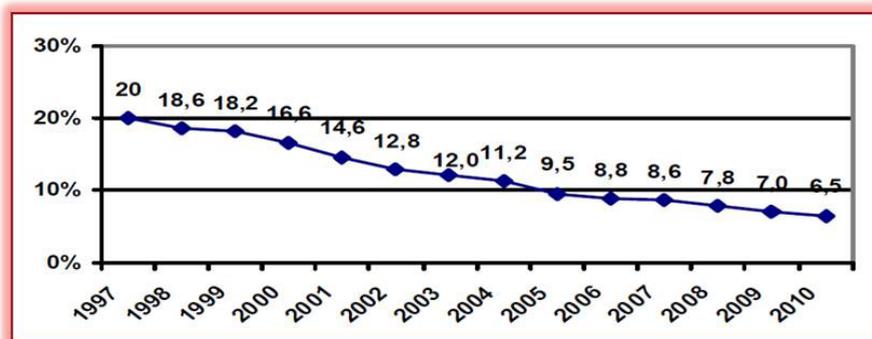


Gráfico 1: Evolución de la prevalencia de infección VIH en instituciones penitenciarias españolas en el período 1997-2010

(Fuente: Secretaría General de Instituciones Penitenciarias, 2012).

Compartir jeringuillas, cuchillas, agujas para piercing y cualquier material punzante no esterilizado y contaminado por el VIH aumenta las probabilidades de infección. Además, el riesgo de contagio mediante procedimientos médicos tales como las transfusiones de sangre, hemoderivados y trasplantes de órganos, entre otros, ya son casi inexistentes en países desarrollados debido a los protocolos vigentes en el entorno sanitario y los exhaustivos controles a los que las donaciones sanguíneas son sometidas. Gracias a estas medidas, actualmente estas vías no constituyen prácticas que conlleven riesgos.

Ante este panorama general, el Informe de ONUSIDA (2012) comunica la necesidad de concentrar los esfuerzos preventivos en las poblaciones de mayor riesgo, entre las que se encuentran los usuarios de drogas inyectables. Los datos que nos ofrece este informe, corroboran el riesgo de este grupo: «Las personas que se inyectan drogas son quienes se encuentran en peor situación: las pruebas procedentes de 49 países muestran que su ries-

go de infección por el VIH es 22 veces mayor que el de la población en general. En 11 países las posibilidades se multiplican por 50. En países de Europa oriental, se produce hasta un 40% de nuevas infecciones por el VIH entre personas que se inyectan drogas y sus parejas sexuales» (p.36).

109

b) Transmisión Vertical o materno-infantil. La transmisión vertical del VIH se refiere al proceso de transmisión del virus de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o por la lactancia materna (AIDS Info, 2014).

Si tenemos en cuenta las recomendaciones terminológicas de ONUSIDA (2007) sabremos que algunas veces se utiliza el término transmisión vertical para indicar la transmisión de un patógeno como el VIH de la madre al feto o bebé durante el embarazo o parto, pero que puede ser utilizada de igual modo para referirse a la transmisión genética. En la ilustración 48 podemos ver en qué momento se puede producir esta transmisión:

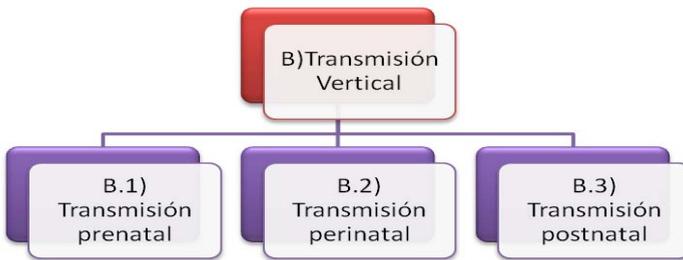


Ilustración 48: Mecanismos de transmisión vertical
(Fuente: Elaboración propia).

La transmisión maternoinfantil puede producirse en tres momentos (García, M.D; 2010): prenatal, perinatal y postnatal.

b.1) Transmisión prenatal.

Investigaciones clínicas han asegurado que el VIH es capaz de atravesar la placenta e infectar al feto. Esto puede suceder a partir de la octava sema-

na de gestación; sin embargo, es mucho más frecuente que ocurra en las últimas semanas, concretamente en los últimos 60 días del embarazo

b.2) Transmisión perinatal.

El recién nacido puede ser infectado en la etapa final de la gestación y en el parto. El mecanismo de esta infección opera a través de las secreciones vaginales o la sangre de la madre aquejada por el VIH por vía ascendente, algo que se agudiza a causa de las contracciones uterinas preparto.

b.3) Transmisión postnatal.

El VIH, al igual que otros virus, es capaz de excretarse a través de la leche materna. El mecanismo de infección del recién nacido por esta vía es desconocido, pudiendo infectarse por penetración del virus en piel o mucosas del niño a través de soluciones de continuidad, o mediante el paso a través de la barrera gastrointestinal. No todos los niños lactados de pecho por madres infectadas se infectan. Se calcula que la tasa de transmisión atribuible a la lactancia materna es del 14%, y aumenta hasta un 29% si la madre que amamanta a su hijo se ha infectado después del parto. Como consecuencia, en países desarrollados se desaconseja la lactancia materna a las madres infectadas por el VIH, con lo que prácticamente desaparece esta vía de infección. En cambio, en los países en vías de desarrollo, la OMS aconseja mantener la lactancia materna ya que es mayor el riesgo de morir que el de adquirir la infección si se priva al recién nacido de la lactancia.

Habitualmente, la infección materno-filial se produce durante el parto, si bien Pérez, I. (2013) aclara que «no todos los niños cuya madre tiene VIH/SIDA se convierten en portadores. Cuanto mayor sea la carga viral de la madre mayor será la probabilidad de contaminación... por otra parte, en el caso de encontrar anticuerpos del VIH en el niño, habrá que

esperar 18 meses para saber si es un verdadero caso de VIH, ya que podrían haber pasado anticuerpos desde la madre y, por tanto, no ser propios» (p.177).

De acuerdo con el Informe de ONUSIDA elaborado para el día mundial del SIDA del año 2012, el número de nuevas infecciones por VIH en niños ha descendido considerablemente.

Algunos de los aspectos más destacados de este informe en relación a la transmisión maternoinfantil son los siguientes:

- Las nuevas infecciones por el VIH en niños disminuyeron un 43% entre 2003 y 2011. Esta merma se ha acelerado por el rápido progreso logrado en los últimos dos años al brindar acceso a servicios de prevención y tratamiento a un mayor número de mujeres que viven con el VIH.

- Cuando las mujeres que viven con el VIH reciben profilaxis antirretrovírica durante el embarazo, el parto y la lactancia, el riesgo de transmisión del VIH se reduce a menos del 5%.

- Persisten acentuadas desigualdades geográficas. De los niños que contrajeron el VIH en 2011, cerca de cero viven en países de ingresos altos y más del 90% viven en África subsahariana. Resulta alentador, empero, observar que el número de niños que se infectaron en dicha región se redujo un 24% entre 2009 y 2011.

- Los países de ingresos altos han alcanzado y consolidado una cobertura casi universal de los medicamentos antirretrovíricos para las mujeres embarazadas.

Una vez explicadas todas las vías de transmisión del VIH, podemos entender la confusión en los primeros años debido al desconocimiento de lo anteriormente expuesto. La falta de información fue instigadora del mie-

do a la infección, así como generadora de ideas infundadas y erróneas, que hicieron que se propagaran falsas creencias sobre vías de contagio que, desde los inicios de la enfermedad, habían sido científicamente desmentidas. Por todo lo anterior, muchas campañas de información se basan en ofrecer una información veraz y completa, en una lucha por la eliminación de aquellos mitos establecidos socialmente, causantes del estigma al que se han visto sometidas las personas con VIH.

Un claro ejemplo de ello es el programa GALIA, subvencionado por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (Plan Nacional sobre el Sida), el cual pretende abordar la información, la formación y la intervención de los jóvenes en relación al VIH/SIDA y que en uno de sus folletos no sólo explica la diferencia entre VIH y SIDA y las vías de transmisión del virus, sino que además expone explícitamente las vías de NO transmisión (ver ilustración 49):



Ilustración 49: Mitos sobre la transmisión del VIH SIDA
(Fuente: Programa GALIA, Plan Nacional sobre el SIDA, 2010).

Una vez dilucidadas las vías de transmisión y los mitos que las rodean abordaremos cómo detectar si se ha producido el contagio. El hecho de no conocer el estado serológico de una persona impide que esta sea cons-

ciente del riesgo que corre y al que expone a sus parejas sexuales. La única forma de saber si una persona es VIH+ es sometiéndola a las pruebas, que no pueden ser realizadas sin el consentimiento del sujeto y cuyo resultado es confidencial.

Cabe destacar el hecho de que son gratuitas y se realizan en cualquier centro sanitario, en los centros de Enfermedades de Transmisión Sexual (ETS) y en aquellas entidades sociales que se dedican a la prevención del VIH. En los dos últimos casos, no se pide la tarjeta sanitaria ni ningún tipo de documentación para asegurar la confidencialidad de los datos (ver ilustración 50).



Ilustración 50: Imagen representando una prueba para la detección del VIH en sangre.

Una vez dilucidadas las vías de transmisión y los mitos que las rodean abordaremos cómo detectar si se ha producido el contagio.

El hecho de no conocer el estado serológico de una persona impide que esta sea consciente del riesgo que corre y al que expone a sus parejas sexuales. La única forma de saber si una persona es VIH+ es sometiéndola a las pruebas, que no pueden ser realizadas sin el consentimiento del sujeto y cuyo resultado es confidencial.

Cabe destacar el hecho de que son gratuitas y se realizan en cualquier centro sanitario, en los centros de Enfermedades de Transmisión Sexual

(ETS) y en aquellas entidades sociales que se dedican a la prevención del VIH. En los dos últimos casos, no se pide la tarjeta sanitaria ni ningún tipo de documentación para asegurar la confidencialidad de los datos. La necesidad de hacer más accesible la realización de la prueba así como de lograr un incremento en el número de personas que se la realizan son algunos de los objetivos prioritarios de todos los organismos que se dedican a la lucha contra el SIDA.

El informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA en el año 2011, advierte que «más del 60% de las personas que viven con el VIH desconocen su estado serológico, lo que dificulta el acceso al tratamiento y a los servicios de atención, a la vez que obstaculiza la difusión de iniciativas de prevención. Es imperativo, por tanto nuevas, que se ejecuten iniciativas específicas para promover el conocimiento y la realización de las pruebas del VIH y conseguir que más personas conozcan su estado serológico»(p.22).



Ilustración 51: Escasa realización de la prueba
(Fuente: Informe ONUSIDA, 2012).

En el informe realizado por la misma organización un año más tarde, en el 2012, con motivo del día mundial del SIDA, ya se habla de un 50% de personas que desconocen su estado serológico positivo. Sin embargo, aunque el porcentaje haya descendido levemente, el hecho de que la mitad de las personas con VIH del mundo no conozcan su estado seropositivo constituye un enorme obstáculo para el control de la pandemia, así como para la preservación de una buena calidad de vida o la probabilidad de fre-

nar el desarrollo de la enfermedad del SIDA en las personas con VIH que no saben que padecen la afección (ver ilustración 51).

En el informe del año 2012 se justifica el creciente número de personas que acceden al tratamiento mediante la argumentación de que el número de personas VIH+ que conocen su estado serológico, efectivamente, ha aumentado. Así, por ejemplo, las cifras de personas que se habían realizado las pruebas de detección del VIH en Etiopía eran notablemente superiores a las de seis años atrás (21% de los hombres adultos se sometieron a las pruebas del VIH en 2011, a diferencia de aproximadamente el 2% en 2005), y en otro país africano, Kenia, alrededor del 23% de los hombres adultos se realizó las pruebas del VIH entre 2008 y 2009, en comparación con el 8% en 2003.

Si bien la tendencia hacia un crecimiento de las tasas de realización de pruebas basadas en la población es alentadora, las evidencias que se ponen a nuestra disposición no muestran de manera concluyente que los programas de pruebas del VIH estén llegando a todas las personas pertenecientes a los grupos más vulnerables.

A finales de 2011, se estima que solo la mitad de las personas que viven con el VIH en todo el mundo conocen su estado serológico (ONUSIDA, 2012). La guía elaborada por el Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH), en el año 2013, busca facilitar la comprensión del funcionamiento e importancia de las pruebas de detección y concienciar del riesgo en las prácticas sexuales de manera clara y fiable. Pero esta guía, además, da cuenta de la situación del VIH en España y apunta que 130.000 y 160.000 personas están infectadas por VIH en España y que de estas, entre 39.000 y 48.000 desconocen que tienen la infección.

Las pruebas de detección realizadas en ese año fueron aproximadamente 1.500.000, de las cuales más del 99% de los resultados fueron negativos (ver ilustración 52).

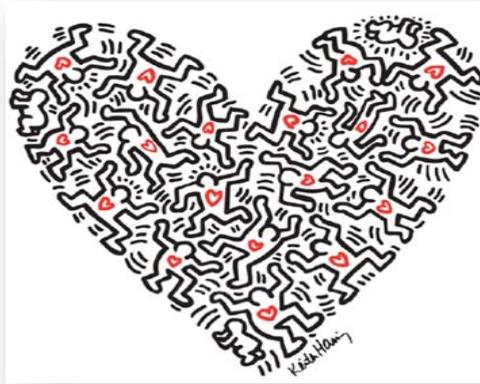


Ilustración 52: Keith Haring Foundation, 1984

(Fuente: «Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo de las prácticas sexuales», en gT&t-VIH, 2013).

El diagnóstico tardío en personas con enfermedad avanzada fue de un 29,1%, estando este hecho relacionado con la mitad de todas las muertes vinculadas al VIH.

Como obvia consecuencia de estos resultados, la guía apunta que estas muertes podrían haberse evitado promoviendo el diagnóstico precoz de la infección. Las pruebas serológicas se pueden clasificar en dos tipologías distintas dependiendo del método utilizado:

a) Métodos directos: son aquellos métodos que detectan el propio virus o algunos de sus componentes como ácidos nucleicos o proteínas.

b) Métodos indirectos: los que reconocen los anticuerpos específicos producidos por el sistema inmunitario como respuesta a la infección vírica.

Uno de los métodos indirectos más utilizados son las pruebas rápidas. Las ventajas de este tipo de pruebas es que se pueden llevar a cabo con un equipamiento mínimo, su lectura es visual y muy sencilla y se pueden obtener los resultados en 20 minutos. Su única desventaja radica en que

si el resultado es positivo, este ha de ser contrastado con otra prueba de detección distinta.

Según la «Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales» (gTt-VIH, 2013), se entiende por prueba rápida el tiempo en que se obtienen los resultados y no el periodo transcurrido desde la exposición para poder utilizarse. Las pruebas de detección rápida pueden ser sanguíneas, colocando una gota de sangre del paciente sobre una tira reactiva y esperando unos 15 ó 20 minutos.

Otras pruebas rápidas funcionan con muestras orales en lugar de muestras de sangre, y suelen ser denominadas pruebas de saliva, si bien esta denominación no es del todo exacta. Las muestras orales recogen células de la superficie de las encías, no de la saliva, ya que las células de esa parte de la boca contienen anticuerpos contra el VIH.

Día 0	Semana 4	Semana 12
Possible exposición	Las pruebas ELISA de cuarta generación del VIH detectarán el 95% de las infecciones tras 28 días	En caso de un resultado negativo a los 28 días, se confirma con una segunda prueba a los tres meses

Un resultado negativo en la prueba del VIH cuatro semanas después de una exposición es una buena noticia, pero tendrás que confirmarlo con otra prueba tres meses desde el posible riesgo.

*Ilustración 53: Tiempo recomendado desde la exposición hasta la prueba el VIH
(Fuente: Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo de las prácticas sexuales, gTt-VIH 2013)*

Una vez diagnosticada la presencia del virus en el cuerpo humano, el médico deberá valorar la idoneidad del tratamiento farmacológico para cada caso particular. En opinión de Lozano (2011), la complejidad que entraña la selección de un determinado tratamiento, la severidad de los

efectos secundarios asociados y la necesidad de evitar la aparición de cepas virales resistentes, el tratamiento actual frente al VIH-1 se basa en el empleo de una combinación de fármacos.

Esta terapia, que se conoce como «*terapia antirretroviral de alta eficacia*» o *alta actividad TARGA* o también conocida por sus siglas en inglés como (HAART), ha ido evolucionando a lo largo de los años desde un régimen de más de 20 píldoras al día, a una única píldora diaria comercialmente conocida como *Atripla*.

Según la autora también existen «*otras formulaciones triples como Triomune, así como distintas combinaciones de fármacos que se administran en función de la evolución de la enfermedad*» (p.14). En la «*Guía para gays y hombres bisexuales con VIH*» (2010) financiada por la Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA, se detalla una serie de motivos que alientan a iniciar la terapia antrirretroviral de alta actividad:

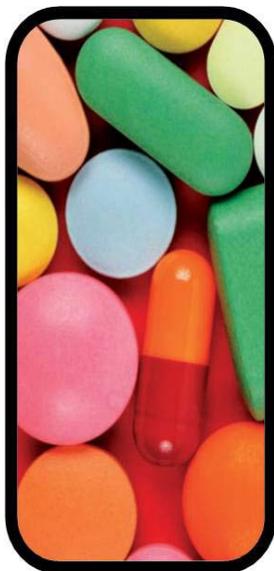


Ilustración 54: Terapia de alta actividad
TARGA o HAART.

1. Control de la replicación viral. Esto se traducirá en una menor carga viral en las pruebas analíticas.
2. Recuperación inmunológica. El reflejo se puede observar en un aumento de linfocitos CD4.
3. Se ven disminuidas las posibilidades de sufrir una enfermedad oportu-
nista (aquellas que pueden aparecer en estado de inmunodepresión).
4. Disminución de la transmisibilidad del VIH. Hay evidencias que mues-
tran que cuanto menor es la carga viral, menos probabilidad hay de trans-
mitir el VIH, aunque siga siendo posible.

Por todo lo anteriormente dicho con respecto a la importancia del trata-
miento, podemos decir que no solo el acceso al tratamiento antirretroviral
hace decrecer la posibilidad de desarrollar la enfermedad y reduce la pro-
babilidad de morir a causa de ello, sino que mejora la calidad de vida de
las personas VIH+, así como la capacidad de contagiar a parejas VIH- o la
reinfeción de parejas VIH+.



1.3. Situación actual de la pandemia

En el primer punto de este capítulo se ha realizado un recorrido histórico por la evolución del VIH/SIDA a través de documentos científicos, informes de organismos institucionales, prensa internacional y nacional e incluso mediante un análisis de la repercusión de la enfermedad en la cinematografía. Posteriormente, hemos descrito aquellos aspectos generales con el fin de entender los aspectos médicos más destacados sobre el virus y sobre las enfermedades relacionadas con el SIDA, así como el funcionamiento de las pruebas actuales para el diagnóstico y la aplicación del tratamiento farmacológico al que se puede acceder actualmente.



Ilustración 55: Portada del último informe mundial de ONUSIDA en 2013.

El paso siguiente consistirá en acercarnos a la situación reciente y actual de la pandemia, ofreciendo datos que consideramos relevantes y que han sido extraídos de distintos informes de organizaciones internacionales y nacionales como ONUSIDA, UNESCO, Fundación para la Investigación

y la Prevención del Sida en España (FIPSE) y la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, entre otros. El último Informe anual de ONUSIDA se hace público a finales de 2013 con motivo de la cercana celebración del 1 de diciembre, fecha en la que, como hemos repetido en varias ocasiones, se conmemora el Día Internacional de la lucha contra el SIDA (ver ilustración 55). Gracias a este último informe podemos conocer datos importantes tales como que hoy día 35,3 millones de personas viven con VIH, dos millones más que en el año 2009, incrementándose la cifra de afectados diagnosticados y sometidos a terapia gracias a la mayor facilidad para acceder al tratamiento en algunos países, una realidad que propicia al mismo tiempo un menor número de fallecidos a causa de SIDA.

En la tabla que se encuentra a continuación, se ha pretendido recopilar datos de relevancia ofrecidos por ONUSIDA en los últimos cinco informes anuales, pues de esta forma se aprecia con mayor claridad el avance positivo de algunos indicadores ante la respuesta al VIH/SIDA.

Panorama Mundial					
	2009	2010	2011	2012	2013
PVV	33,4	33,3	34	34	35,3
Personas que no conocen su estado serológico				50%	36%
Muertes	2	1,8	1,8	1,7	1,6
Nuevas infecciones	2,7	2,6	2,7	2,5	2,3
Acceden a TARGA		5		8	10,6

Tabla 3: Panorama mundial del VIH SIDA

(Fuente: Elaboración propia a partir de los Informes Anuales de ONUSIDA).

Mientras que el número de personas que viven con el VIH (PVV) ha aumentado, el de muertes ha descendido, una correlación que responde al aumento de personas que acceden al tratamiento antirretroviral.

También es un dato esperanzador que el número de personas que no conoce su estado serológico haya disminuido, si bien el porcentaje de las mismas continúa siendo alto (36%). De ahí la necesidad de seguir desarrollando y fomentado programas para la realización de las pruebas de detección de anticuerpos.

Otro dato a comentar es el hecho de que, aunque el número de nuevas infecciones haya decrecido, el reto de reducir este indicador permanece latente, pues aún queda lejos la meta marcada en el año 2009, según la cual se pretendía llegar al 2015 con «cero nuevas infecciones».

El informe de ONUSIDA del 2012, elaborado con motivo del día mundial del VIH, incluye en sus primeras páginas los resultados de las campañas socioeducativas para el control de la epidemia, así como datos estadísticos que describen aspectos de relevancia para conocer la situación a nivel mundial y regional.

En este documento, utilizaremos tanto los términos epidemia como pandemia porque, teniendo en cuenta las recomendaciones terminológicas de ONUSIDA (2007), el término *pandemia* se utiliza para referirnos a «una enfermedad prevalente en un país, continente o en el mundo entero...» (p.14), siendo el uso recomendado *pandemia* para referirnos a enfermedad mundial, mientras que el uso de *epidemia* es pertinente cuando se hace referencia al problema a nivel de país o región. De cualquier modo, para simplificar, ONUSIDA usa en numerosas ocasiones *epidemia*.

Algunos de los datos publicados en el Informe del 2012 son los que a continuación se detallan (ver ilustración 56):



Ilustración 56: Portada de ONUSIDA 2012
(Fuente: Informe ONUSIDA 2012).

- El primer dato que ofrece el informe resulta esperanzador debido, en gran parte, a los resultados de las campañas de prevención y al acceso al tratamiento antirretroviral en países con menos recursos sanitarios: «En el año 2011, hubo unos 700.000 casos menos de nuevas infecciones por el VIH a nivel mundial que en 2001. En los últimos seis años, África ha reducido en un tercio las muertes relacionadas con el sida»(p.2).

El informe justifica estos datos aclarando que el hecho de ampliar el número de servicios y recursos provoca que su utilización sea mayor y, por tanto, el número de nuevos infectados desciende, al tiempo que lo hacen las cifras de muertes relacionadas con el SIDA.

- Algo que explica por qué el informe dice que se están acelerando los resultados es el hecho de que lo que «antes se conseguía en una década, ahora se logra en 24 meses: en los últimos dos años se ha registrado un aumento del 60% en el número de personas que acceden a tratamientos que salvan vidas»(p.2).

- Otro dato alentador es el siguiente: «En la mayor parte del mundo, hemos visto una reducción de las nuevas infecciones por el VIH entre los jóvenes»(p.2), que son, sin duda alguna, una población de alto riesgo en la transmisión del VIH.

Una vez extraídos todos los datos relevantes acerca de los resultados obtenidos hasta ese momento, en sus primeras páginas, el documento marca una serie de objetivos prioritarios, resumidos en estos tres puntos:

1. El 50% de las personas que necesitarían iniciar el tratamiento de alta actividad (TARGA) no lo han hecho o no han tenido acceso al mismo, por lo que se ha de luchar por la accesibilidad a la terapia para todos los afectados en cualquier lugar del mundo.

2. Evitar cualquier nueva infección por VIH en niños antes de llegar al 2015. La propuesta de esta fecha se debe a que en el año 2000, Los Estados miembros de las Naciones Unidas establecen los Objetivos de Desarrollo del Milenio, cuyo sexto objetivo es «el acceso universal al tratamiento para todas las personas afectadas por VIH y reducir la propagación de la enfermedad» (ONU, 2014).

3. Erradicar la marginación y exclusión social padecida por las personas afectadas por el VIH. De manera complementaria, en la siguiente tabla hemos recogido algunos datos estadísticos que el informe ofrece y que sirven para entender el panorama mundial del VIH/SIDA:

1. Personas que viven con el VIH (PVV)	34 millones en el mundo
1. Personas que conocen su estado serológico positivo	Aproximadamente el 50% de esos 34 millones de personas conocen que son VIH+
1. Muertes	1,7 millones de muertes están relacionadas con el SIDA
1. Nuevas infecciones	2,5 millones de nuevos infectados por el virus
1. Cumplen requisitos para TARGA	14,8 millones de personas cumplen los requisitos para recibir al tratamiento
1. Acceden a TARGA	Sin embargo sólo 8 millones están recibiendo el tratamiento

Tabla 4: Datos relevantes del Informe ONUSIDA 2012
(Fuente: Elaboración propia a partir del Informe Anual de ONUSIDA).

Y para que la visión sea todavía más completa, la imagen que se muestra más abajo, también extraída del informe del cual estamos hablando, despliega de un modo notablemente ilustrativo los pasos a seguir para alcanzar los objetivos del 2015, entre los que se encuentran los ya comentados: la reducción de las nuevas infecciones, el acceso universal al tratamiento, llegar a todas las mujeres embarazadas para evitar la transmisión vertical, dar información a los jóvenes y promover un liderazgo para evitar la sexualización de la enfermedad, generar más inversiones y compromiso por parte de la comunidad, lograr que un mayor número de personas se someta a las pruebas para la detección del VIH con el fin de que la mitad de las personas que conviven con el virus y no lo sabe se vuelva consciente de su estado serológico positivo, seguir aumentando los recursos para que el número de personas que acceden a estos servicios sea cada vez mayor y por último, continuar e intensificar los esfuerzos en alcanzar aquellos «grupos de población claves» que se encuentran, en muchos aspectos, en una situación de desventaja con respecto a aquellos grupos con mayor capacidad para acceder a los recursos.

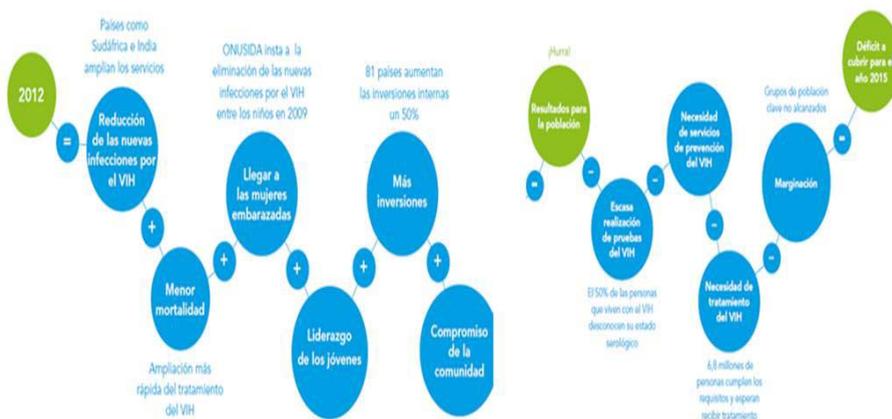


Imagen 57: Estrategias a seguir para conseguir los objetivos para el 2015
(Fuente: Informe Anual de ONUSIDA 2012).

La extensión y riqueza informativa del documento que nos ocupa aún da para aportar otros números interesantes para nuestra investigación: «de los 34 millones de personas que viven con el VIH, se estima que 2,3 millones pertenezcan a América del Norte, Europa Occidental y central, representando el 6,7% de la población seropositiva»(p.7). Más concretamente, en la siguiente imagen, extraída del informe, se puede observar la prevalencia en España. Según las recomendaciones terminológicas de ONUSIDA (2007), entendemos como prevalencia «la proporción de individuos en una población que tiene el VIH en un momento específico de tiempo»(p.15).

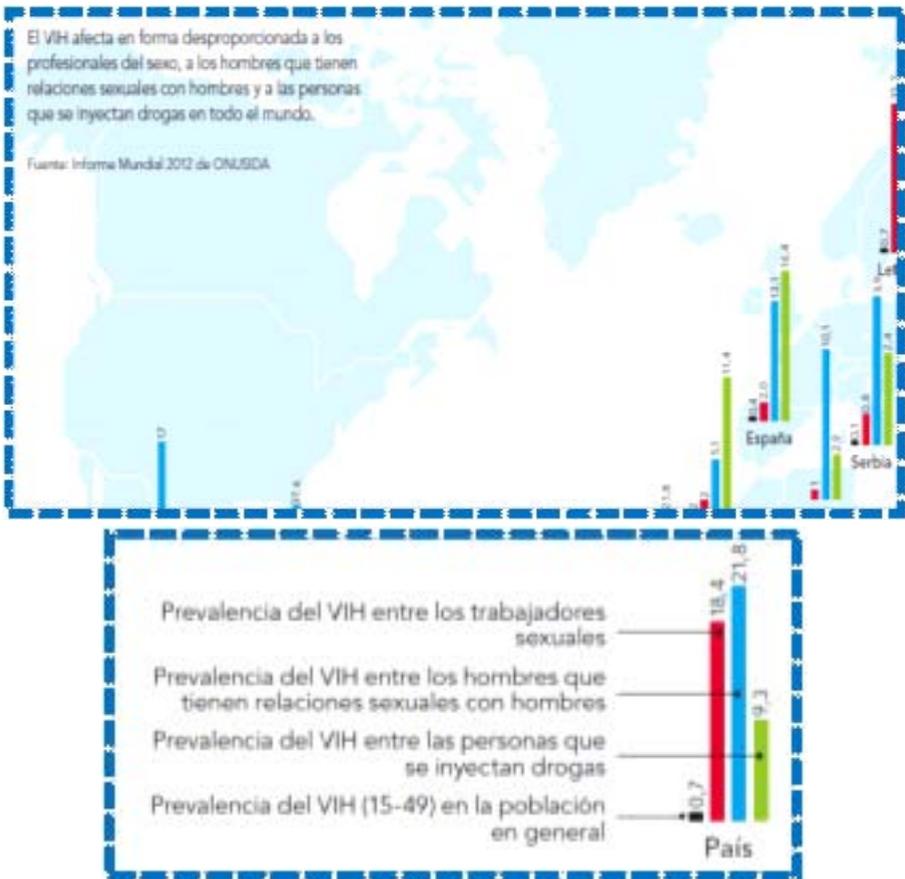


Imagen 58: Prevalencia del VIH en adultos y poblaciones clave
(Fuente: Informe Anual de ONUSIDA 2012).

En nuestro país, el grupo de personas con mayor prevalencia sigue siendo el de las «personas que se inyectan drogas» (UDI) con 16,4%, seguidos de los hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH) con 13,1%, siendo solo un 2% la prevalencia entre los trabajadores sexuales y un 0,4% la prevalencia entre la población general de 15 a 49 años.

El informe de 2011 sacó a la luz el hecho de que «actualmente más personas que nunca viven con el VIH, en gran parte debido al mayor acceso al tratamiento. A finales de 2010, aproximadamente 34 millones de personas [31,6 millones–35,2 millones] vivían con el VIH en todo el mundo, un 17% más que en 2001. Esto refleja el creciente número de nuevas infecciones por el VIH de forma paralela a una expansión significativa del acceso al tratamiento antirretrovírico, que ha ayudado a reducir las muertes relacionadas con el sida, especialmente en los últimos años»(p.6).



*Imagen 59: Portada Informe ONUSIDA 2011
(Fuente: Informe Anual de ONUSIDA 2011).*

Aunque el número de nuevas infecciones parece estable a nivel mundial e incluso se aprecia una tendencia descendente (2,7 millones en el año 2008; 2,6 en el 2009; 2,7 en el 2010 y 2,5 en el 2011), el número de personas que viven con VIH es superior en cada uno de los informes que

estamos estudiando en este punto, algo que puede explicarse por el mayor índice de personas que pueden acceder al tratamiento. Ahí es, indudablemente, donde radica el descenso del número de muertes relacionadas con el VIH. Sumado este hecho a que las cifras de infectados son aproximadamente las mismas desde el 2008, está justificado que el informe determine que «actualmente más personas que nunca viven con el VIH»(p.6).

En este informe se hace público el dato de que las muertes relacionadas con el SIDA durante el año 2010 con el VIH ascendieron a 1,8 millones, siendo 2 millones la cifra de fallecidos dos años antes en todo el mundo. El número de personas que fallecieron como consecuencia de estar enfermos de SIDA alcanzó su máxima entre los años 2004 y 2006, comenzando a disminuir a partir de ese año.

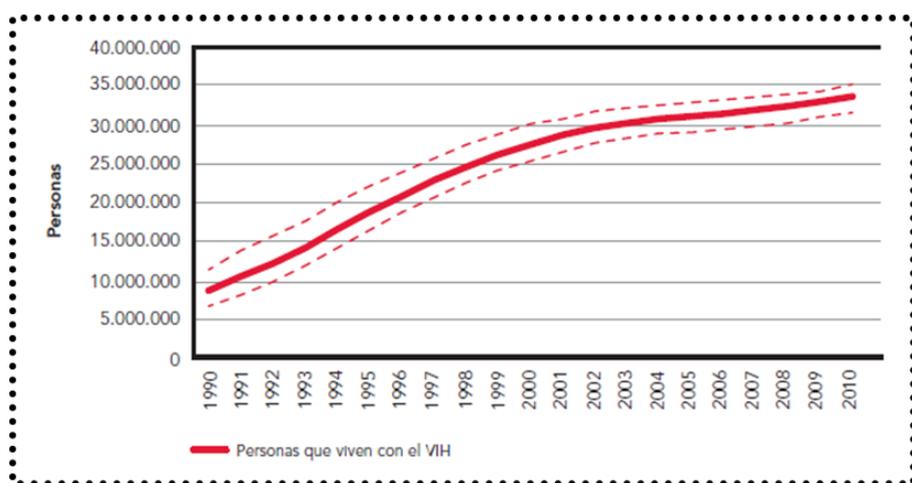


Gráfico 2: Personas que viven con el VIH
(Fuente: Informe ONUSIDA 2011).

De ahí en adelante el descenso se volvió progresivo, presentando significativa notoriedad en los países de ingresos bajos y medianos gracias, entre otros motivos, al alcance del tratamiento antirretroviral para un mayor

número de personas seropositivas. El siguiente gráfico extraído de dicho informe refleja los datos que se han comentado sobre estas líneas (ver gráfico 3):

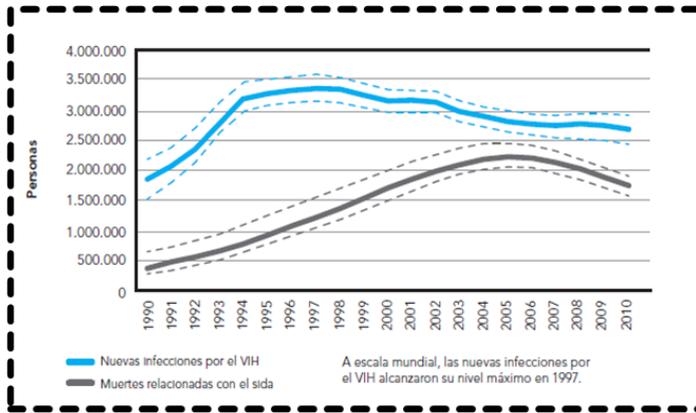


Gráfico 3: Nuevas infecciones por el VIH y muertes relacionadas con el SIDA
(Fuente: Informe ONUSIDA 2011).

Por añadidura, en el gráfico se observa igualmente el número de nuevas infecciones hasta el año 2010, cuya máxima se alcanzó en el año 1997. Durante el 2010 se diagnosticaron 2,7 millones de nuevas infecciones, de las cuales la organización estima que 390.000 casos se dieron en niños, siendo el descenso del número de nuevas infecciones más acentuado en unos países que en otros.

Es por ello que analizamos de manera conjunta los datos que el informe ofrece sobre América del Norte y Europa occidental y central, pues la organización los contabiliza de forma agrupada al poseer características comunes, como la de englobar países de medianos y altos ingresos, y la de proporcionar facilidad de acceso al tratamiento así como una gran variedad de recursos para la prevención en el ámbito sanitario y educativo. La organización califica la situación de la epidemia en estas regiones como «obstinadamente estable» (p.9), habiendo cambiado poco la incidencia desde el 2004: «El número total de personas que viven con el VIH en América

del Norte y Europa occidental y central alcanzó un número estimado de 2,2 millones [1,9 millones–2,7 millones] en 2010, aproximadamente un tercio (34%) más que en 2001. Más de la mitad (cerca de 1,2 millones) de las personas con VIH en esta región residen en los Estados Unidos de América» (ONUSIDA, 2011:9). Dentro de la región varían, como era de esperar, las tendencias sobre la progresión de la epidemia. Así, «las tasas de casos diagnosticados de infección por el VIH se duplicaron entre 2000 y 2009 en Bulgaria, República Checa, Hungría, Lituania, Eslovaquia y Eslovenia, y aumentaron más del 50% en el Reino Unido. Por otro lado, los diagnósticos nuevos de infección por el VIH disminuyeron más del 20% en Letonia, Portugal y Rumania»(p.9).

En el documento también encontramos datos estadísticos regionales reveladores sobre la pandemia y, si hacemos un análisis de la progresión de la región en la cual se encuentra nuestro país, podemos observar que la progresión de personas que viven con el VIH (PVV) ha ascendido considerablemente entre los años 2001-2010 debido al acceso universal de muchos de los países que conforman esta región. Es por ello que el número de PVV en el año 2001 fue de 630.000, mientras que en el año 2010 la cifra ascendió a 840.000. El número de muertes que se producen a causa del SIDA es levemente inferior en la comparativa de ambos años, siendo 10.000 los fallecidos en el 2001 y 9.900 en el año 2010. Si atendemos, no obstante, al número de fallecidos durante los mismos años en otra de las regiones que ONUSIDA clasifica, podremos observar una diferencia notable. En el caso de la región de Europa Oriental y Asia Central, el número de personas que vivían con VIH en el 2001 era inferior al de América del Norte y Europa Occidental (410.000 y 630.000 respectivamente). Sin embargo, cuando nos fijamos en las cifras reportadas casi una década después, la situación en ambas regiones ha seguido un curso considerablemente distinto, siendo el número de personas seropositivas en Europa Oriental y Asia Central de 1,5 millones en el 2010 y en Amé-

rica del Norte y Europa Occidental en el mismo año de 840.000. En ambas regiones, el número de PVV ha aumentado, pero en Europa Oriental y Asia Central el número de casos en el 2010 se ha triplicado con respecto al 2001. Un dato esperanzador en cuanto a esta distribución geográfica es que el número de infecciones se ha reducido en esta región (160.00 nuevos casos en el 2010 frente a los 210.000 del 2001).

Aunque el número de nuevas infecciones es ampliamente superior en esta región a la región de América del Norte y Europa Occidental, aún preocupa que no descienda el número de casos de nuevas infecciones en esta última (30.000 en el año 2001 y 30.000 en el 2010). La prevalencia en adultos en esta última región es la misma en ambos años (0,2%) y la prevalencia entre mujeres y hombres jóvenes con edad comprendida entre 15 y 24 años es la misma en ambos sexos y en ambos años (0,1%). Todos los datos comentados en líneas anteriores pueden ser consultados en el siguiente cuadro resumen extraído del informe que estamos analizando:

		Adultos y niños que viven con el VIH	Nuevas infecciones por el VIH en adultos y niños	Prevalencia en adultos (%)	Muertes de adultos y niños a causa del sida	Prevalencia (%) en jóvenes (15-24 años)	
						Varón	Mujer
CARIBE	2010	200.000 [170.000-220.000]	12.000 [9.400-17.000]	0,9 [0,8-1,0]	9.000 [6.900-12.000]	0,2 [0,2-0,5]	0,5 [0,3-0,7]
	2001	210.000 [170.000-240.000]	19.000 [16.000-22.000]	1,0 [0,9-1,2]	18.000 [14.000-22.000]	0,4 [0,2-0,8]	0,8 [0,6-1,1]
EUROPA ORIENTAL Y ASIA CENTRAL	2010	1,5 millones [1,3-1,7 millones]	160.000 [110.000-200.000]	0,9 [0,8-1,1]	90.000 [74.000-110.000]	0,6 [0,5-0,8]	0,5 [0,4-0,7]
	2001	410.000 [340.000-490.000]	210.000 [170.000-240.000]	0,3 [0,2-0,3]	7.800 [6.000-11.000]	0,3 [0,2-0,3]	0,2 [0,1-0,2]
EUROPA OCCIDENTAL Y CENTRAL	2010	840.000 [770.000-930.000]	30.000 [22.000-39.000]	0,2 [0,2-0,2]	9.900 [8.900-11.000]	0,1 [0,1-0,1]	0,1 [0,1-0,1]
	2001	630.000 [580.000-690.000]	30.000 [26.000-34.000]	0,2 [0,2-0,2]	10.000 [9.500-11.000]	0,1 [0,1-0,1]	0,1 [0,1-0,1]

Tabla 5: Estadísticas regionales del VIH y el SIDA, 2010 y 2011

(Fuente: Informe ONUSIDA 2011).

Es digno de mención que el informe también dedica muchas de sus páginas a la importancia de las inversiones que pretenden mejorar las cifras actuales, incidiendo en lo adecuado de las estrategias que se están llevando a cabo en cada país. Un buen ejemplo de la inversión adecuada en los lugares correctos y con las estrategias correctas es, sin ir más lejos, el de Brasil, que ha experimentado una mejora en los datos referentes a nuevas infecciones, acceso al tratamiento, descenso en número de muertos, etc. La clave de esta evolución positiva es que, tal como se declara en el informe, «Brasil ha invertido adecuadamente durante años y se ha destacado en garantizar el acceso a los servicios de prevención y tratamiento del VIH para las personas más vulnerables y marginadas. En 2008, el país invirtió más de U\$S600 millones, cercano a la cifra estimada de lo que se necesita para una respuesta completa»(p.29).



*Ilustración 60: Meta de ONUSIDA
(Fuente: Informe ONUSIDA 2011).*

Pero el informe de ONUSIDA también se ocupó de elaborar una comparativa entre países que, aun invirtiendo una cuantía económica importante, no han obtenido resultados tan favorables, principalmente por la ausencia de optimización de la inversión: «En la Federación de Rusia, las inversiones anuales en 2008 relacionadas con el VIH rondaron los U\$S800 millones, casi igual al monto total requerido en 2015. No obs-

tante, las nuevas infecciones por el VIH están aumentando, ya que una porción pequeña del total invertido se destina a programas de reducción de daños para las personas que se inyectan drogas, los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres o los profesionales del sexo... Un cambio en la estrategia para adoptar la reducción de daños y redefinir las prioridades de los recursos existentes podría reducir considerablemente las nuevas infecciones por el VIH»(p.29).

Es por esta razón que se quiere transmitir la idea de que, aunque la epidemia aún no ha terminado, el final solo estará cerca si los países invierten de una manera inteligente para impulsar un «mayor impacto en los programas»(p.26).

Es también importante destacar cómo en el documento se habla de la reducción de los recursos financieros destinados a la lucha contra el SIDA y a las ayudas internacionales a raíz de la crisis económica mundial, tal como se expresa en las siguientes líneas extraídas del documento:

«La resistencia de la respuesta al sida ha amortiguado algo el impacto adverso de esta reducción en los recursos, pero el déficit acumulado en los fondos es uno de los factores que impidió que el mundo alcanzara los objetivos establecidos en 2001 para 2010. El futuro de los recursos para el sida depende de la inversión inteligente: gastar ahora para cercenar la necesidad de gastar más, por siempre»(p.26).

La organización elabora un Marco de Inversiones en el cual se establece una hoja de ruta para dar respuestas concretas y optimizar los fondos, existiendo cuatro objetivos manifiestos (ONUSIDA, 2011):

- Maximizar los beneficios de la respuesta al VIH.

- Utilizar la epidemiología específica del país para garantizar una asignación racional de los recursos.

- Alentar a los países a ejecutar los programas más eficaces en función del contexto local.

- Aumentar la eficiencia en la prevención, el tratamiento, la atención y el apoyo relacionados con el VIH.

- Generar un alto rendimiento de la inversión.

Dentro de este Marco de Inversiones para el VIH, el informe habla además de una serie de actividades programáticas básicas, indispensables para lograr unos resultados óptimos, que deben adecuarse a las características de cada región y país. Estas actividades son las que se describen a continuación (ONUSIDA, 2011):

1. Intervenciones dirigidas a grupos de población clave más expuestos (especialmente profesionales del sexo y sus clientes, hombres que tienen relaciones sexuales con hombres, y personas que se inyectan drogas);

2. Eliminación de nuevas infecciones por el VIH entre niños;

3. Programas de cambio de conductas;

4. Promoción y distribución de preservativos;

5. Tratamiento, atención y apoyo para personas que viven con el VIH/SIDA.

6. Circuncisión masculina médica y voluntaria en países con prevalencia alta del VIH y tasas bajas de circuncisión.

La circuncisión masculina disminuye la vulnerabilidad a la infección debido a que cuando existe una carencia de ésta, se incrementa el número de células diana para el VIH. Se ha convertido, por ello, en una de las seis actividades básicas a realizar según lo sugerido por ONUSIDA.

En la siguiente imagen (ver ilustración 61), que pertenece al informe que estamos analizando, podemos observar la propuesta de distribución de inversiones en la región de Europa occidental y central para el 2015.

La actividad en la que se deben invertir los mayores esfuerzos es aquella que se dirige a los grupos de población expuestos en mayor medida, seguida por las actividades que fomenten el acceso al tratamiento, la atención y el apoyo de las personas VIH+ y su entorno, así como otras acciones específicas encaminadas a la promoción del uso del preservativo.

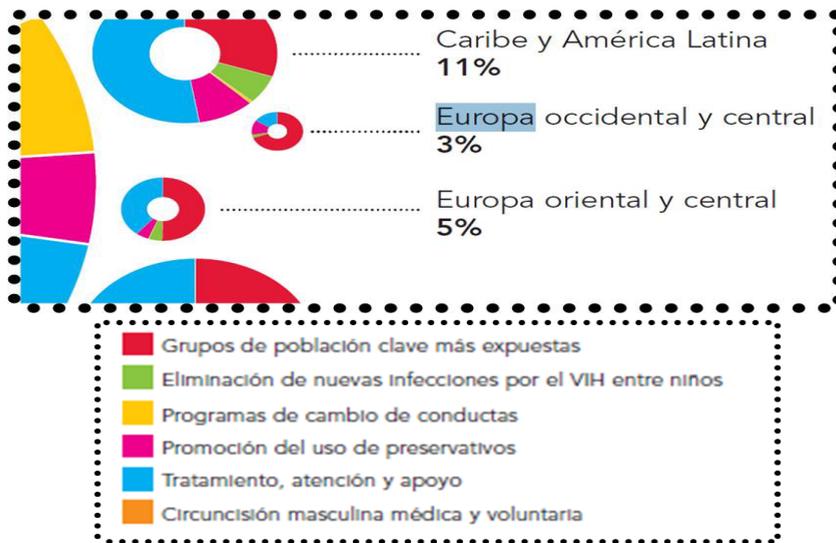


Ilustración 61: Asignación del marco de inversiones
(Fuente: Informe ONUSIDA 2011).

El informe del año 2010 del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) subraya la necesidad de una nueva visión para la consecución del objetivo «cero nuevas infecciones»(p.4). Para ello resulta imperativo, conforme a lo expuesto en el documento, que los

países reevalúen sus estructuras, creencias y sistemas de valores, pues estos podrían obstaculizar los esfuerzos de prevención (ver imagen 62).



Ilustración 62: Portada del Informe sobre la epidemia mundial
(Fuente: Informe ONUSIDA 2010).

El Informe aclara que existen, de hecho, algunos factores que entorpecen los avances en la prevención de nuevas infecciones, del acceso al tratamiento y del descenso de la mortalidad a causa del SIDA. Se trata de los descritos en la siguiente imagen (ver ilustración 63).

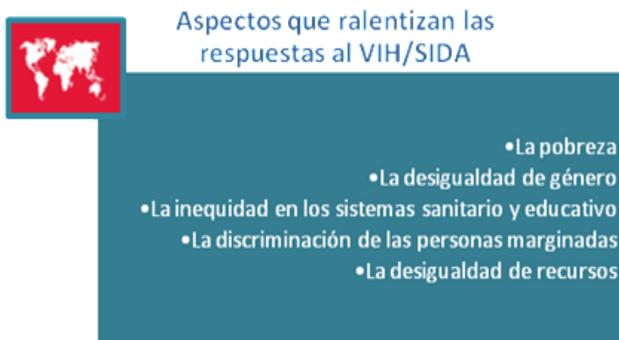


Ilustración 63: Aspectos que ralentizan las respuestas al VIH SIDA
(Fuente: Informe ONUSIDA 2010).

El contenido del informe denota un esfuerzo por ofrecer una visión esperanzadora cuando expresa que llegar al desafío de «cero discriminación, cero nuevas infecciones y cero muertes relacionadas con el sida»(p.4), es posible si se lleva a cabo un máximo aprovechamiento de los recursos existentes:

«Los planificadores, administradores de programas y ejecutores deben realizar un esfuerzo continuo y dedicado para utilizar los mejores datos sociales y científicos disponibles. Fortalecer los programas con la información más actual y las mejores prácticas posibles para ofrecer servicios de prevención, tratamiento y atención efectivos a las personas que los necesitan o que están expuestas a situaciones de riesgo, es muy efectivo»(p.12).

Asimismo, el informe recopila, como es habitual en los documentos anuales de esta organización, los datos y cifras más relevantes en cuanto a la evolución de los progresos en la repuesta al VIH/SIDA, y que en las líneas siguientes exponemos de forma resumida:

□ Durante el 2009, recibían tratamiento antirretroviral 5 millones de personas en el mundo. Un dato importante es que en ese mismo año, el número de personas que iniciaron el tratamiento fue de 1,2 millones, subiendo la cifra un 30% con respecto a años anteriores: «el número de personas que recibe tratamiento se ha multiplicado por trece, hasta 5,25 millones, desde 2004»(p.8).

□ El acceso a la terapia antirretrovírica ha propiciado la reducción de las muertes a causa del sida: «los fallecimientos de personas que viven con el VIH se redujeron en un 19% desde 2004 hasta 2009»(p.8).

□ Continúan sin acceder al tratamiento 10 millones de personas seropositivas, lo que dificulta la prevención y aumenta la probabilidad de fallecimiento de esas personas.

□ Los programas encaminados a la prevención de nuevas infecciones empiezan a ver datos favorables como recoge este informe. De este modo, países en los cuales la epidemia estaba haciendo verdaderos estragos entre la población, empiezan a obtener resultados positivos y alentadores: «Entre 2001 y 2009, la incidencia del VIH disminuyó más de un 25% en 33 países, de los cuales 22 se encuentran en África subsahariana. Las mayores epidemias de esta región (Etiopía, Nigeria, Sudáfrica, Zambia y Zimbabwe) o bien se han estabilizado o están mostrando signos de decrecer»(p.8). En 2009, se contabilizó un número estimado de 2,6 millones [2,3 millones-2,8 millones] de personas que se infectaron por el VIH.

□ El Informe clarifica que aunque las nuevas infecciones se están reduciendo en muchos de los países más afectados por el virus, la tendencia no es general ya que «en siete países, cinco de los cuales están en Europa oriental y Asia central, la incidencia del VIH aumentó más de un 25% entre 2001 y 2009».(p.8) La organización también asevera que un cambio de conductas puede alterar el curso de la epidemia y muestra de ello son los países nombrados en el apartado anterior. Con todo, «el estigma y la discriminación, la falta de acceso a los servicios y las leyes opresivas solo pueden hacer que empeore»(p.9). Tanto cuando el progreso es positivo como cuando es negativo, el informe expone que «los efectos suelen ser profundos»(p.9).

El siguiente gráfico agrupa los datos ofrecidos en líneas anteriores, reflejando cómo gracias a los programas para dar respuesta al VIH/SIDA se van obteniendo resultados positivos; sin duda alguna, uno de los indicadores clave es la variación del número de infecciones (ver gráfico 4):

En el año 2009 hubo un 19% menos de nuevas infecciones que diez años antes, siendo 1997 el año en que el mundo fue testigo del mayor número de nuevas infecciones con 3,2 millones de personas infectadas solo durante esos doce meses.

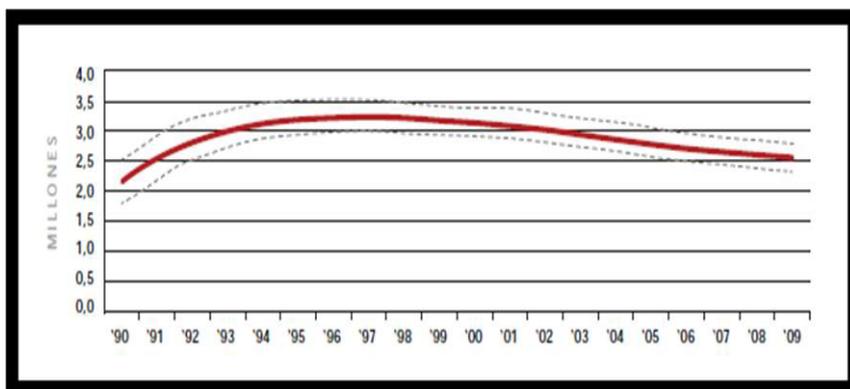


Gráfico 4: Número de nuevas infecciones por VIH
(Fuente: Informe ONUSIDA 2010).

La revisión del Informe de una manera detallada llama a la inevitable reflexión sobre uno de los puntos que lo conforman: la preocupación por el resurgimiento de la epidemia del VIH entre hombre que mantienen relaciones sexuales con hombres (HSH), siendo América del Norte y Europa Occidental las regiones donde este es más acentuado.

Los siguientes datos ofrecidos por distintos estudios y recogidos por el informe hacen alusión a lo que se está comentando:

❑ En un estudio realizado en 23 países europeos durante el intervalo entre los años 2000 y 2006, según el informe «los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres aumentó un 86% entre 2000 y 2006»(Likatavicius, 2008).

❑ El documento recoge otra investigación llevada a cabo por Lattimore (2008) en la que se habla sobre la situación del VIH en Reino Unido y que se hace eco de «los 3160 nuevos diagnósticos entre hombres que tienen relaciones sexuales con hombres que se registraron en 2007 en el Reino Unido fue el mayor número que se había registrado hasta ese momento»(p.50).

□ Otra de las investigaciones que el informe toma como referencia para justificar este resurgimiento en los grupos de HSH es el estudio realizado por Sullivan (2009), en el cual se afirma que en países como Canadá, Alemania, los Países Bajos, España y los Estados Unidos de América, las nuevas infecciones por el VIH entre HSH presentaron un aumento considerable entre los años 2000 y 2005.

□ De acuerdo con el estudio realizado por Hall (2008), recogido por ONUSIDA (2010), las nuevas infecciones por el VIH atribuidas a las relaciones sexuales sin protección entre hombres, aumentaron más del 50% desde 1991-1993 hasta 2003-2006 en los Estados Unidos.

El informe también comenta los resultados de un estudio realizado en nuestro país, concretamente en Cataluña, en el que se concluye que «un tercio (32%) de los hombres que tienen relaciones sexuales con hombres recientemente habían tenido coito anal sin protección con una pareja ocasional» (Folch, 2009:50). Otros estudios tales como el de Cowan (2008) realizado en Dinamarca, o como el de Jansen (2010) en los Países Bajos, muestran datos similares.

Centrándonos en la situación en nuestro país, el Informe que estamos analizando asegura que España se encuentra entre los 19 países en los que las infecciones por el VIH en usuarios de drogas inyectables representan el 20% o más del total de casos de personas seropositivas.

Es más, si se consulta el Boletín epidemiológico de instituciones penitenciarias (2013) sobre los casos de SIDA y prevalencia de VIH en instituciones penitenciarias, corroboramos la dificultad que nuestro país sigue teniendo ante la infección de UDIs. Según el boletín, continúa el descenso de la prevalencia en la infección de reclusos por el VIH, siendo esta del 6,5% en el año 2010.



Ilustración 64: Países en los que las infecciones por el VIH entre usuarios de drogas inyectables representan el 20% más del total de personas seropositivas (Fuente: Informe ONUSIDA 2010).

La prevalencia de infección en mujeres reclusas es, como se comentó con anterioridad, inferior a la de hombres reclusos (una mujer por cada 11,7 varones). Prueba de todo ello es que desde las Instituciones Penitenciarias se informa de que «la utilización de drogas por vía parenteral sigue siendo el factor de riesgo más importante y además este año ha invertido la tendencia decreciente observada en el último decenio, ya que ha aumentado casi un 11% con relación a 2009. Este aumento se produce a expensas del descenso de los casos atribuidos a las relaciones heterosexuales de riesgo. En cualquier caso es importante mantener todas las medidas de prevención encaminadas a disminuir las prácticas de riesgo ya sean por vía parenteral o sexual sobre todo si tenemos en cuenta que la población ingresada en prisión proviene, en general, de un entorno poco favorecido y con hábitos poco saludables»(p.1).

A modo de conclusión, recopilamos algunos datos que nos ofrece el Informe acerca de la situación en nuestro país en particular:

□ En los datos ofrecidos por el Informe de ONUSIDA (2010), la prevalencia en nuestro país entre usuarios de drogas inyectables es cercana a ese 20%, concretamente un 19,5% en 2008. El informe se basa en la recogida de datos llevada a cabo en las capitales de distintos países, entre ellos España.

□ La prevalencia del VIH entre hombres que mantienen relaciones sexuales con hombres es del 10,2% mientras que en mujeres profesionales del sexo es solo del 0,9%.

□ El número de personas que viven con VIH en España es superior al del año 2001. En este año vivían en nuestro país 120.000 personas seropositivas, mientras que en el 2009 la cifra ofrecida en el informe es de 130.000.

Como podemos observar partiendo de los datos compartidos en dicho documento, nuestro país es uno de los que presenta una de las cifras más altas de PVV en Europa Occidental y Central, siendo únicamente superado por Francia e Italia, donde también se ha visto incrementado el número de personas que viven con VIH en los últimos años.

En otros países como Reino Unido e Irlanda, aunque el número de PVV es inferior al de nuestro país, se ha duplicado la cifra con respecto al año 2001. Hemos de tener en cuenta que, tal como los informes de ONUSIDA repiten continuamente, en la actualidad hay más personas viviendo con VIH que nunca, debido entre otros aspectos a la posibilidad de acceso a la terapia antirretrovírica y al descenso de defunciones causadas por el SIDA.

Otro dato reseñable es que en la región de Europa Oriental y Asia Central, en la Federación de Rusia vivían 1.200 personas seropositivas mientras que 8 años más tarde, el número de PVV ha aumentado hasta 37.000. En el siguiente cuadro se aporta la información de los países que ha servi-

do para ilustrar las variaciones en las cifras en modo comparativo (ver tabla 6):

Número de personas que viven con VIH		
	Año 2001	Año 2009
España	120.000	130.000
Francia	120.000	150.000
Italia	130.000	140.000
Reino Unido de Gran Bretaña e Irlanda del Norte	43.000	85.000

Tabla 6: Número de personas que viven con VIH en algunos de los países neuropeos
(Fuente: Informe ONUSIDA 2010).

□ De las 130.000 personas que vivían con VIH en el año 2009, 32.000 eran mujeres, es decir el 24,6 % de las PVV. El número de mujeres que son seropositivas había aumentado de forma notable desde el 2001, año en el que se detectaron 28.000 casos, si bien el porcentaje con respecto al total es similar (23,3%).

□ Se estima que el número de nuevas infecciones por VIH en nuestro país durante el 2009 fue de entre 2.200 y 4.100. En Italia, las nuevas infecciones en ese mismo año estuvieron entre 1.700-6.200, un promedio solo superado por Francia, donde se calcula que se produjeron 6.800 nuevas infecciones (entre 3.900-10.000). Aunque hablamos de los tres países con mayor número de nuevas infecciones de Europa occidental y central, la tasa de incidencia es la misma que en el resto de los países de esa misma región (menor al 0,10%)

□ El número estimado de defunciones relacionadas con el SIDA en nuestro país durante el 2009 fue de 1.600 fallecimientos, mientras que ocho años antes se habían registrado 1.800 muertes.

❑ En España, de las 130.000 personas que vivían con el VIH durante el 2009, recibían tratamiento 79.500 es decir, el 61% de la población seropositiva. Tenemos que tener en cuenta que el 39% restante incluía personas que, aun conociendo su situación de seropositividad, no necesitaban tratamiento antirretrovírico en ese momento, y dentro de ese 39% se contemplan también los sujetos que, según lo estimado, desconocen su estado serológico positivo.

En el informe realizado por ONUSIDA para el día mundial del Sida en el año 2009 se ofrece unos datos básicos para entender la situación de la epidemia durante el 2008 (ver ilustración 65):

❑ El número de personas que vivían con el VIH en el 2008 ascendía a la suma de 33,4 millones de adultos y niños en todo el mundo.

❑ Las nuevas infecciones que se produjeron durante este año fueron aproximadamente 2,7 millones.

❑ El número de defunciones asociadas al padecimiento de SIDA se estima en dos millones.

De los 33,4 millones de adultos y niños con VIH en todo el mundo que se calculaban en este informe, 850.000 casos se encuentran dentro de la región de la Europa occidental y central, lo que viene a suponer el 2,6% de la población mundial de PVV (ver ilustración 66).



Ilustración 65: Portada de ONUSIDA 2009
(Fuente: ONUSIDA, 2009)



Ilustración 66: Personas que viven con el VIH
(Fuente: ONUSIDA, 2009)

Por otro lado, de los 2,7 millones de nuevas infecciones que el informe declara que se producen en el mundo, 30.000 casos se dan en la que analizamos más exhaustivamente, dado que nuestro país se ubica en dicha región (Europa occidental y central), lo que supone un 1,1% de la población mundial.

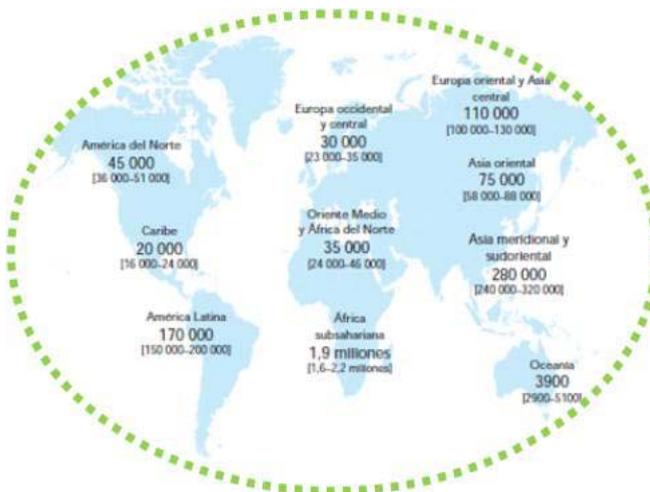


Ilustración 67: Casos de nuevas infecciones
(Fuente: ONUSIDA, 2009)

Del total de defunciones a causa del SIDA estimado en el informe -2 millones de adultos y niños durante el año 2008-, 13.000 pertenecen a la región de Europa occidental y central, lo que supone el 0,6% de los casos a nivel mundial. Esto se explica por un mayor acceso al tratamiento en estas regiones que en países con menores recursos económicos y peor asistencia sanitaria, siendo el caso más preocupante el de la región del África subsahariana, donde se registra el 70% del total de las muertes mundiales relacionadas con el SIDA.

147

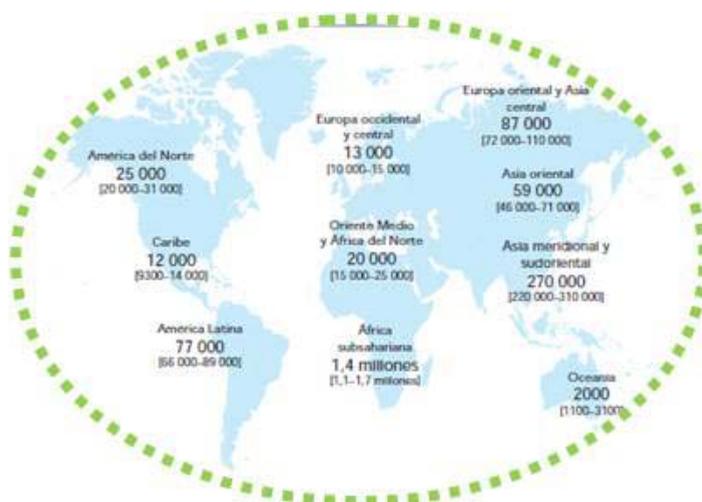


Ilustración 68: Muertes relacionadas con el SIDA
(Fuente: ONUSIDA, 2009)

En las líneas siguientes, haremos un repaso pormenorizado de la evolución de la epidemia en nuestro país, a través de la revisión de varios documentos, como el informe elaborado por la Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación «Mortalidad por VIH/SIDA en España año 2011. Evolución 1981-2011» (2013) y el número del 2 de diciembre del 2011 de la *Revista ZUM*, editada por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad y que hace un repaso a los 30 años del VIH en nuestro país.



Ilustración 69: Portada de la revista ZUM en una edición especial de la respuesta en los 30 años de la pandemia (Fuente: Revista ZUM, 2011)

En la siguiente ilustración se detallan algunas de las cifras publicadas en esta revista que hemos citado anteriormente (ver ilustración 70):

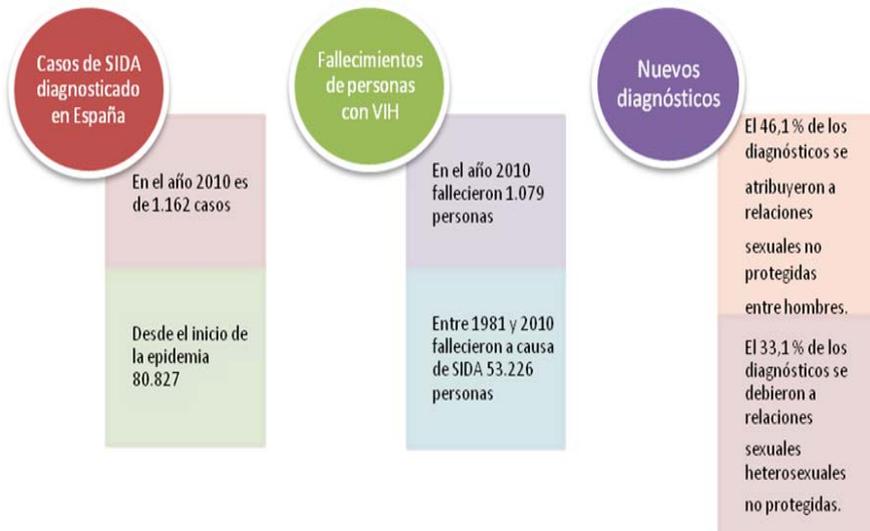


Ilustración 70: Información epidemiológica (Fuente: Revista ZUM, número del 2 de diciembre de 2011)

El artículo resalta la importancia de conocer la información epidemiológica en nuestro país porque esto ayudará a dar respuestas más eficaces al sida a través de una toma de decisiones ajustadas a las necesidades reales que, a su vez, ayuden a guiar las políticas socio-sanitarias.

Durante años, los datos y cifras manejados acerca de la epidemia y los resultados de los programas de intervención se obtenían a partir de los diagnósticos de SIDA. Sin embargo, en este número de la revista editada por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, se manifiesta que «aunque conocer el número de casos de sida es clave para evaluar la efectividad de los tratamientos y las intervenciones que tienen mayor impacto en su desarrollo, esta información ha dejado de ser la imagen del avance de la epidemia ya que muchas personas con VIH no llegan a desarrollar sida»(p.4), por lo que era necesario nuevos sistemas de información que dieran una información más completa de la situación epidemiológica y así conocer datos que hasta entonces era difícil registrar como los casos de nuevas infecciones por VIH, porque «puede ocurrir que mientras los casos de sida disminuyen, aumenten las nuevas infecciones»(p.4)... En comparación con 2009, en el año 2010 el número de casos de sida descendió un 16% entre los varones y un 18% entre las mujeres.

Además, los casos de sida notificados en 2010 suponen un 83% de descenso con respecto a 1996. Por otro lado, y haciéndonos eco de lo que expone el informe de ONUSIDA (2011) ampliamente comentado más arriba, en algunas regiones como América del Norte y Europa occidental y central la situación de la epidemia es «obstinadamente estable», habiendo cambiado poco la incidencia desde el 2004.

El Sistema de Vigilancia de Nuevos Diagnósticos de Infección por VIH (SINIVIH), ha facilitado una mayor cantidad de datos precisos sobre la epidemia, enfatizando que la vía de transmisión más habitual en España

es la sexual. Esta información ayuda a ofrecer respuestas más eficaces y gestionar mejor los recursos de nuestro país en materia de prevención y atención a personas seropositivas. Algunos de estos datos tomados del número de la mencionada revista publicado con motivo de los 30 años del VIH en nuestro país, y obtenidos del sistema SINIVIH, son los siguientes:

❑ Como ya se ha comentado, la vías de transmisión más habitual en nuestro país son las relaciones sexuales desprotegidas. En comparación con el año 2004, durante el 2010 el número de infecciones en personas heterosexuales descendió de un 41,8% en el 2004 a un 28,9% en el 2010. Sin embargo, el porcentaje de hombres que ha mantenido relaciones sexuales con otros hombres (HSH) ha aumentado de un 27,7% en el 2004 a un 39% en el 2010.

❑ Durante el año 2010 se notificaron en nuestro país 2.907 nuevas infecciones. Aunque las cifras de nuevos diagnósticos por VIH son similares a las de otros países de nuestro entorno como puede ser Francia, con respecto a los países miembros de la Unión Europea se encuentra por encima de la media (Tabla 7. Tasas de nuevos diagnósticos de VIH por 100.000 habitantes en los países de la Unión Europea en el año 2009).

❑ De estas nuevas infecciones, el 82% fueron hombres y la edad media se situó en 36,5 años.

❑ El 38,4% de esos nuevos casos de personas con VIH durante ese año eran originarios de otros países. El documento hace referencia a la necesidad de abordar esta cuestión debido a la especial vulnerabilidad del colectivo:». En consonancia con el aumento de población inmigrante en España en los últimos años, las personas originarias de otros países suponen más de un tercio de los nuevos diagnósticos de VIH. Aunque el aumento en el número de casos es moderado, su representación porcentual

es creciente. Por ello es necesario diversificar los programas de prevención para adaptarlos a las necesidades de este colectivo, social y culturalmente muy heterogéneo, y especialmente vulnerable»(p.5).

❑ El 45,4% de estos nuevos diagnósticos fueron detectados de forma tardía.

❑ En el año 2010, el 6% de los diagnósticos se dio entre usuarios de drogas inyectables mientras que en el año 2004 este colectivo conformó el 18,9% de los casos.

Una vez más, en la siguiente tabla pueden consultarse de forma conjunta algunos de los datos ofrecidos hasta ahora (ver tabla 7):

TASA NUEVOS DIAGNÓSTICOS POR MILLÓN DE HABITANTES					
	% población cubierta en el SINIVIH	CCAA y Ciudades Autónomas que notifican casos	Usuarios/as de drogas inyectadas (UDI)	Heterosexual	Hombres que tienen sexo con hombres (HSH)
2010	71%	17	6,4	28,9	39,0
2004	31%	9	18,9	41,8	27,7
	↑	↑	↓	↓	↑

Actualización a 30 de junio de 2011. Fuente: Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.

Tabla 7: Comparativa entre los años 2004 y 2010 en las tasas de nuevos diagnósticos por millón de habitantes

(Fuente: Revista ZUM, número del 2 de diciembre de 2011)

En la página anterior hacíamos mención a las nuevas infecciones detectadas en nuestro país y a las cifras vigentes en otros países de la Unión Europea. En el siguiente gráfico aparecen algunos de los países y sus tasas de nuevos diagnósticos, observándose como nuestro país está por encima de la media de la UE, que se encuentra en el 5,7% por cada 100.000 habitantes (ver gráfico 5).

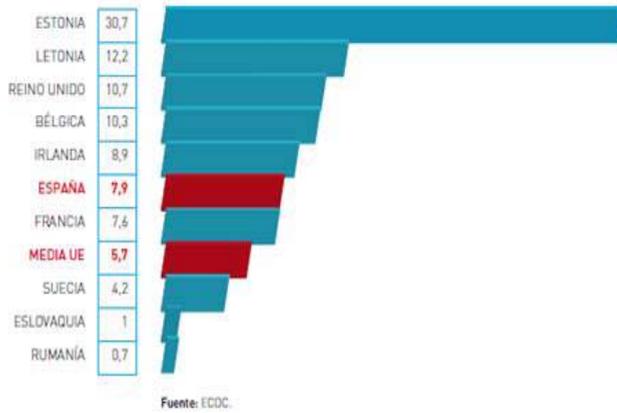


Gráfico 5: Tasas de nuevos diagnósticos del VIH por 100.000 habitantes en los países de la Unión Europea (Fuente: Revista ZUM, número del 2 de diciembre de 2011)

En los puntos 1 y 3 previamente comentados, se hablaba de que el porcentaje de infecciones entre HSH había aumentado desde el año 2004, representado en el 2010 el 39%. Por otro lado, también se comentaba la edad media de los hombres que se había infectado durante ese año siendo de 36,5 años. En la siguiente gráfica podemos ver cómo dentro del grupo de HSH que se diagnosticaron durante el año 2009, el porcentaje más abultado correspondía a la franja comprendida entre los 25 y los 34 años (39,9%).

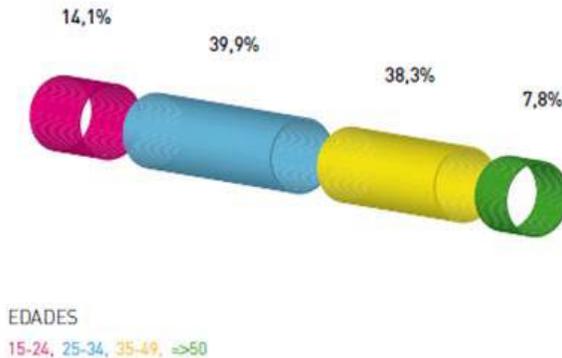


Gráfico 6: Porcentajes en los intervalos de edad de nuevos diagnósticos en el año 2009 de HSH (Fuente: Revista ZUM, número del 2 de diciembre de 2011)

Un dato similar se observa en el intervalo de 35 a 49 años (38,3%). Tenemos que tener en cuenta que este intervalo de edad hace referencia a la edad en la que se produce el diagnóstico, pudiendo variar en menor o mayor grado en función de cuándo se produjo la infección.

153

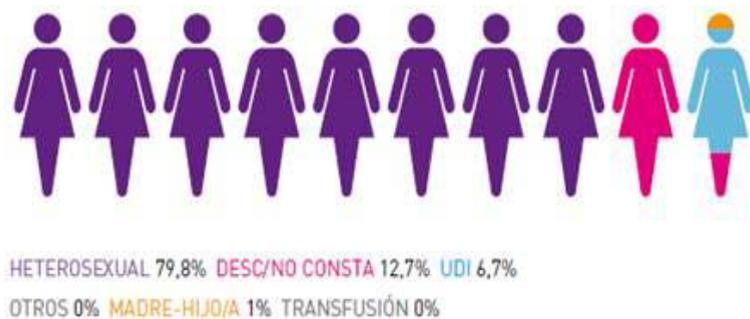
Gracias a los datos procedentes del Sistema de Vigilancia de Nuevos Diagnósticos de Infección por VIH (SINIVIH) es posible comentar la siguiente imagen en la que se ilustra la forma en que 3 de cada 10 nuevos diagnósticos en el año 2010 se dieron en personas originarias de otros países (ver ilustración 71).

El mayor porcentaje de nuevas infecciones en HSH inmigrantes está formado por procedentes de países latinoamericanos (27,5%).



*Ilustración 71: Procedencia de HSH diagnosticados durante 2010
(Fuente: Revista ZUM, número del 2 de diciembre de 2011)*

Como se ha comentado anteriormente, durante el 2010, el 82% de los nuevos diagnósticos fueron hombres cuya edad media era de 36,5 años. En la imagen siguiente (ilustración 72) se puede observar cómo se produce la transmisión en el 18% restante, la población femenina diagnosticada en este año.



Fuente: Vigilancia epidemiológica del VIH en España. Nuevos Diagnósticos de VIH, periodo 2003-2010.

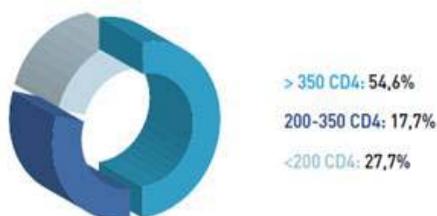
Ilustración 72: Vía por la que se transmitió el VIH en mujeres diagnosticadas en 2010
(Fuente: Revista ZUM, número del 2 de diciembre de 2011)

Del grupo de personas a las que se les diagnosticó su situación de seropositividad, el 18% fueron mujeres, de las cuales el 79,8% se habían contagiado por la vía de transmisión horizontal. Las usuarias de drogas inyectables representaban un 6,7% y resulta igualmente significativo que el 12,7% desconoce cómo se ha producido el contagio y/o no quiere revelar esa información. Por lo tanto, los datos sobre las nuevas infecciones que reporta la revista *ZUM* basándose en aquellos recogidos por el Sistema de Vigilancia de Nuevos Diagnósticos de Infección por VIH (SINIVIH), corroboran la sexualización de la enfermedad en nuestro país, ya que como hemos comentado anteriormente, de los nuevos diagnósticos, el 46,1% se atribuyó a relaciones sexuales sin protección entre hombres y el 33,1% a relaciones heterosexuales no protegidas.

Se puede concluir que durante el año 2010, el 79,2% de los nuevos diagnósticos se había producido por la vía sexual y es esta línea en la que nuestro país debe incidir con mayor insistencia, invirtiendo más recursos y fomentando respuestas en el ámbito social y educativo para llegar pronto al reto marcado por el Informe de ONUSIDA de 2010 de «cero nuevas infecciones»(p.4). Como ya se comentó en el punto 1.2. , el Cen-

tro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) establece como criterios para el diagnóstico del SIDA que las personas con VIH deben tener una afección característica del SIDA, o un recuento de linfocitos CD4 inferior a $200/\text{mm}^3$ aunque no presente una afección característica del SIDA. Los datos ofrecidos por el SINIVIH sobre los casos diagnosticados durante el 2010 denotan que fueron, en más de la mitad de las ocasiones, diagnósticos tardíos.

En el documento que estamos tomando como referencia (revista ZUM, 2011), editado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida de la Dirección General de Salud Pública y Sanidad Exterior del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad se alerta de que: «un diagnóstico tardío significa que en el momento en el que se detecta la infección por VIH, la infección está bastante avanzada. Diagnosticar precozmente es uno de los objetivos prioritarios del Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el sida 2008-2012 y con ello se mejorará, no solo el pronóstico de la persona, sino también el curso de la epidemia en nuestro país»(p.9). Teniendo en cuenta este hecho, además del de prevenir nuevas infecciones, un objetivo claro para nuestro país es evitar los diagnósticos tardíos ya que, como se muestra en la siguiente ilustración, continúan siendo un problema sin respuesta (ver gráfico 7):



Fuente: Vigilancia epidemiológica del VIH en España.
Nuevos Diagnósticos de VIH, periodo 2003-2010.

Gráfico 7: Tasa de diagnósticos tardíos que se produjeron en nuestro país durante 2010
(Fuente: Revista ZUM, número del 2 de diciembre de 2011)

Teniendo en cuenta el criterio marcado por el Centro para el Control y la Prevención de Enfermedades (CDC) para diagnosticar los casos de SIDA, durante el año 2010, el 27,7% de los nuevos diagnósticos en nuestro país ya habían desarrollado la enfermedad de SIDA.

El 17,7 % de estos nuevos diagnósticos tenía recuento de linfocitos CD4 entre $200/\text{mm}^3$ y los $350/\text{mm}^3$, por lo que se concluye que el diagnóstico ha sido tardío. Además, el 45,4% de estos nuevos diagnósticos tenía un recuento de linfocitos CD4 inferior a $350/\text{mm}^3$, representando este dato una dificultad para prevenir nuevas infecciones debido a la carga viral de estas personas que, al desconocer su situación de seropositividad, pueden no tomar medidas de protección en sus relaciones sexuales, así como adquirir mayores probabilidades de un peor pronóstico ante la enfermedad.

En el último apartado de este capítulo se ha pretendido informar de las diferencias existentes entre la evolución de la pandemia en las distintas regiones y países, mostrándose de este modo que, mientras en algunas regiones la mortalidad debido al SIDA sigue siendo bastante elevada, ha descendido notablemente el número de nuevas infecciones.

África es un buen ejemplo de ello, ya que aunque el número de fallecidos a causa de la epidemia sigue siendo elevado por la dificultad de acceder al tratamiento en muchos de los países que forman el continente, los programas de prevención para evitar la transmisión están teniendo un éxito rotundo. Sin ir más lejos, la propia organización ONUSIDA hace un hueco en sus últimos informes para reconocer esos grandes esfuerzos. Sin embargo, en países con recursos suficientes para proveer acceso al tratamiento antirretroviral de alta actividad (TARGA) ha descendido el número de muertos pero sigue sin decrecer el alto número de nuevas infecciones. Una vez más, como ya se ha comentado en este documento, ONUSIDA califica esta situación de «obstinadamente estable»(p.9).

No difiere mucho de esto la realidad en la que se encuentra inmerso nuestro país, donde el número de fallecimientos se ha reducido considerablemente pero es necesario que se eviten casos de nuevas infecciones, principalmente aquellos provocados por relaciones sexuales no protegidas. Igualmente, debe preocuparnos que un porcentaje alto de nuevos diagnósticos se realice de forma tardía, volviéndose urgente la difusión y concienciación sobre el uso de las pruebas de detección al mayor número de ciudadanos españoles posible.

CAPÍTULO 2

R
EPRESENTACIÓN Y
 S
IGNIFICACIÓN DEL VIH/SIDA

2.1. Teoría de la representación social



Para encontrar el origen de la teoría de la representación social es necesario remontarse a la literatura francesa del psicoanálisis, y más concretamente a la obra de su impulsor, Serge Moscovici. La inquietud de este psicólogo social nacido en Rumanía no fue otra que la de fomentar, mediante su tesis doctoral publicada por primera vez en 1961, el estudio de cómo se formaban las creencias y conocimientos que se propagaban dentro de una comunidad y qué factores determinaban tal proceso.

Araya (2002) en su trabajo sobre los ejes teóricos para la discusión de las representaciones sociales, establece que estas son conformadas en base a la conjunción de una serie de condicionantes muy diversos. El primero de todos sería el fondo cultural que una sociedad ha ido acumulando desde sus orígenes: un compendio de creencias, valores y referencias históricas «que conforman la memoria colectiva y la identidad de la propia sociedad» (p.33), y que salen a relucir, por ejemplo, a través de sus lenguas o dialectos o en los objetos de su cultura.

Otro condicionante identificado por dicha investigación está constituido por las vías de comunicación social: sobre todo la televisión, la radio, la prensa escrita e internet, no solamente debido a su alcance generalizado sino por su elevado poder persuasivo para transmitir -o, prácticamente, imponer- valores, creencias y modelos de comportamiento, si bien no hay que olvidarse de la comunicación social interpersonal que se produce a diario y en la que un importante flujo de información se intercambia.

Al eclosionar todo aquello que configura la tradición cultural de una sociedad, esto es, los valores básicos que la caracterizan, su historia, sus referencias culturales y sus creencias más arraigadas, con información externa procedente de los medios de comunicación o de otros individuos de la cual emanan nuevos conocimientos y percepciones, se genera, desde la perspectiva de Araya (2002), la formación de representaciones sociales. Lo descrito implica que el nuevo conocimiento se convierta en una representación colectiva que, al mismo tiempo, queda profundamente integrado en el fondo cultural de la sociedad.

Para explicar el proceso mediante el cual una cultura adopta una representación social, Mora (2002) ahondó en las nociones de objetivación y anclaje, ambas partes esenciales de la formación de las representaciones sociales ya introducidas en su día por Moscovici.

Conforme a este estudio, en la objetivación «lo abstracto como suma de elementos descontextualizados debe tornarse una imagen más o menos consistente en la que los aspectos metafóricos ayuden a identificarla con mayor nitidez» (p. 11), o lo que es lo mismo, lo conceptual se vuelve real, y lo que antes era una imagen se materializa; posteriormente, en el anclaje «la representación social se liga con el marco de referencia de la colectividad y es un instrumento útil para interpretar la realidad y actuar sobre ella» (p.12).

Si se regresa sobre la investigación de Araya (2002), esta división del proceso de formación de las representaciones sociales puede estudiarse de una forma más pormenorizada. La autora comienza sirviéndose de ideas abstractas como el amor, la amistad o la educación para ejemplificar cómo en el día a día las personas hablan de ellas como si de algo tangible se tratase: en esos casos se está haciendo uso de la objetivación, al transformar lo invisible en algo perceptible. La autora se apoya, además, en las

tres fases de la objetivación demarcadas por la doctora Denise Jodelet en la década de los ochenta: la construcción selectiva, el esquema figurativo y la naturalización.

En la primera fase, la de la construcción selectiva, se descontextualizan y retienen elementos específicos que se organizarán más tarde de manera aleatoria.

Sin embargo, la selección de dichos elementos no ocurre aleatoriamente sino que responde a las normas y criterios impuestos por la propia cultura de origen. Esto, según la investigación, puede explicar el hecho de que conceptos idénticos sean interpretados de forma radicalmente diferente por distintas personas. En el esquema figurativo, el discurso toma forma y adquiere una estructura compuesta por imágenes claras que sustituyen a las ideas abstractas previas. Al tener lugar esta simplificación, se hace posible el entendimiento entre las personas -al hablar alguien de la imagen todos saben a qué se está refiriendo-, así como la adopción de la imagen como algo cotidiano, después de que se haya utilizado un número considerable de veces en circunstancias variadas. Por último, con la naturalización, la transformación del concepto en imagen «pierde su carácter simbólico arbitrario y se convierte en una realidad con existencia autónoma» (p.36).

Lo que ocurre realmente, es que la distancia entre el objeto y su representación se desvanece, dando paso a una imagen perceptible y real. Cabe señalar, no obstante, que al sustituir lo abstracto por algo tangible, el objeto percibido queda reconstruido para que pueda ser explicado y sea factible convivir con él, es decir, que quede completamente integrado en la vida cotidiana con total normalidad. En cambio, cuando se «ancla» un concepto, lo que se hace es, de algún modo, crear una contradicción, al menos en primera instancia.

Pero para entender esto hay que volver a remitirse al trabajo de Araya (2002), que define el proceso de anclaje mediante sus dos modalidades: la de la inserción de un objeto en un marco de referencia preexistente, y la de la conversión del objeto en un instrumento útil de comunicación en una sociedad predeterminada.

La diferencia más acentuada entre el proceso de objetivación y el de anclaje es que el segundo «permite afrontar las innovaciones o el contacto con objetos que no son familiares para las personas» (p.36) y, como consecuencia, no todos los grupos sociales se muestran receptivos a adoptar tales novedades.

Aquí entran en juego los valores e intereses de cada sociedad, condicionantes prioritarios de la selección de la información, y que flexibilizarán los esquemas preestablecidos para acoger el nuevo concepto o harán que la adopción del mismo resulte más complicada.

La investigación de Valencia, Agirrezabal y Salaverria (2006) quiso profundizar en el rol de las teorías previamente expuestas específicamente en referencia al fenómeno social del SIDA, reconociendo las representaciones sociales como elaboraciones colectivas de objetos sociales -siguiendo la estela de Moscovici-, las cuales persiguen el fin de la comunicación y la consolidación de comportamientos dentro de un mismo grupo social, y que terminan por convertirse en realidades.

Valencia et al. (2007) establecieron un paralelismo con la teoría de la formación de representaciones sociales al detallar cómo se produjo la elaboración simbólica que produjo el fenómeno social de la aparición del virus, con sus correspondientes procesos interrelacionados de anclaje y objetivación. No hay que olvidar que el surgir de la enfermedad suponía una novedad absoluta pero, por encima de eso, se trataba de una infor-

mación a comunicar que resultaría amenazante para la sociedad y que provocaría miedo y rechazo ante lo desconocido. Introducir este cambio implicaba, por tanto, un proceso de anclaje.

Con el propósito de suavizar el inevitable choque, al introducir el nuevo objeto en un marco de referencia preexistente había que compararlo con enfermedades ya conocidas como la sífilis, o de creencias infundadas como la teoría del «castigo divino», ya que, como se dijo anteriormente, cada fondo cultural preestablecido se flexibilizaría en mayor o menor medida ante determinados conceptos, por lo que una sociedad extremadamente religiosa adoptaría la segunda explicación en pos de salvaguardar los rasgos característicos de su identidad.

Pese a que, a medida que se avanzó en el conocimiento de la enfermedad, aparecieron representaciones más exactas sobre el virus, el anclaje inicial del concepto en comparación con males ya conocidos era un paso imprescindible, el primer estadio para que la sociedad acogiese una innovación que, de otro modo, habría provocado un impacto insoportable. En otras palabras, anclar el objeto supuso el primer paso de la aceptación de un fenómeno en ciernes. A partir de entonces comenzaría «la elaboración simbólica del fenómeno social» (p.5), mediante la objetivación. Esto se hizo ilustrando la idea en términos de las prácticas y los grupos de riesgo con las cuales se la relacionaba, así se «puso cara» a la enfermedad, transformándola en una imagen nítida y clara. Y esta imagen, al igual que ocurría en la fase de anclaje, sería aceptada en mayor o menor medida en función de los comportamientos que caracterizan a cada grupo social y de acuerdo con sus propios intereses.

Otra autora que puede arrojar luz sobre la teoría de las representaciones sociales en relación con el SIDA es Alfonso (2005), si se toma como referencia su estudio elaborado para el Instituto Superior Politécnico «José

Antonio Echeverría», en Cuba. Fiel a las ideas de Moscovici, como tantas otras investigaciones, afirma que la representación social:

«[...] concierne a un conocimiento de sentido común, que debe ser flexible, y ocupa una posición intermedia entre el concepto que se obtiene del sentido de lo real y la imagen que la persona reelabora para sí. Es considerada además proceso y producto de construcción de la realidad de grupos e individuos en un contexto histórico social determinado» (p.5).

Por lo que puede deducirse igualmente que la representación social no solamente difiere entre grupos sociales, sino también puede hacerlo entre individuos ya que no posee la misma imagen de la enfermedad un afectado que una persona sana que estigmatiza la infección. Para completar y mejorar la definición aún más si cabe, al entenderla como «proceso» y «producto de construcción de la realidad» o, como se mencionaba anteriormente, «parte de un fenómeno en ciernes», la representación social, que depende del contexto temporal en el que sucede, es cambiante y se ve modificada a medida que la información sobre la enfermedad %en este caso% aumenta, la medicina avanza, y las personas se conciencian en materia de prevención y solidaridad con los afectados.

En su estudio sobre educación y prevención del SIDA, García (2005), hizo hincapié de manera expresa en las representaciones sociales de la enfermedad, comenzando por la que señala y coloca una marca estigmatizadora sobre los afectados, que les empuja a avergonzarse y a autoexcluirse de su propia comunidad. Apoyándose en diversos estudios anteriores, esta investigación en concreto quiso destacar lo sorprendente de que la imagen que se tiene del virus, tras pasar las fases de anclaje y objetivación, se mantenga invariable con el paso de los años, especialmente en el mundo occidental, así como del hecho de que la representación social negativa

de grupos que ya padecían el rechazo de la sociedad (como por ejemplo las prostitutas o los usuarios de drogas inyectadas) se haya visto fortalecida también con el tiempo.

En el año 2006, se publicaron dos estudios altamente relevantes sobre las representaciones sociales de la sexualidad y el VIH/SIDA en adolescentes y universitarios mexicanos. La primera investigación, realizada por García en el mencionado año, perseguía una mejora en la implementación de programas institucionales de prevención y cuidado de la salud pública, y uno de sus hallazgos más curiosos fue el del predominante desinterés por el tema detectado en los individuos de la muestra -eran, en este caso, el grupo más joven: entre 13 y 19 años-, puesto que la imagen que tenían de la enfermedad correspondía a un mal que tan solo afectaba a las personas mayores y, por tanto, creen firmemente que en ningún caso podrían contraerla. Una creencia infundada como esa es lo que provoca que este grupo social en concreto no acepte la información nueva y se quede con una representación social más acorde a la despreocupación característica de la adolescencia.

El estudio de García (2006) detalló, adicionalmente, todo un entramado de representaciones sociales que estos jóvenes mexicanos habían anclado y objetivado acerca de la infección por VIH, a partir del debate de temas de su interés reflejados en el cuadro inferior. De la discusión se pudo extraer una serie de características que perfilan la representación social de la enfermedad que poseían los adolescentes, y estas fueron, entre otras:

□ El hecho de que la asumen con enfermedad de transmisión sexual, o que puede contagiarse por contacto con la sangre de la persona infectada o al nacer de una madre seropositiva.

❑ La consideración de que Internet es la fuente de información más fiable con respecto a la prevención, la enfermedad y las vías de contagio.

❑ El condicionante de la vergüenza a la hora de comprar o pedir métodos de prevención por parecer inexpertos en materia sexual, reforzado por la idea de que los consideran innecesarios al estar convencidos de no ser grupo de riesgo.

❑ La temprana iniciación sexual, alentada por la creencia de que son demasiado jóvenes para infectarse, unida a la no utilización de métodos anticonceptivos y/o preventivos, especialmente cuando las relaciones son inesperadas.

❑ La declaración de que, en caso de estar infectados, acudirían antes a la familia o a los amigos que a un médico.

❑ La manifestación de muchos de su práctica de la abstinencia o del rechazo hacia la opción homosexual.

En este estudio se detectó un determinante sociocultural decisivo para que estos jóvenes hubiesen adoptado una representación de la enfermedad que los hacía sentirse exentos de la misma, fuera de su alcance: únicamente un 18% de los encuestados conocía a alguien infectado por VIH. Paradójicamente, los pocos que aseguraron saber de alguien que había contraído el virus confirmaron lo erróneo de la imagen hecha real por el resto, al declarar que su edad estaba comprendida precisamente entre los 13 y los 19 años (ver ilustración 73).

La investigación sobre *El SIDA y los jóvenes* asociada a sus representaciones sociales que llevaron a cabo Flores y de Alba (2006), se centró, como se ha adelantado, en los jóvenes universitarios. Posibilitó la detección de los dos referentes simbólicos que conformaban la representación social

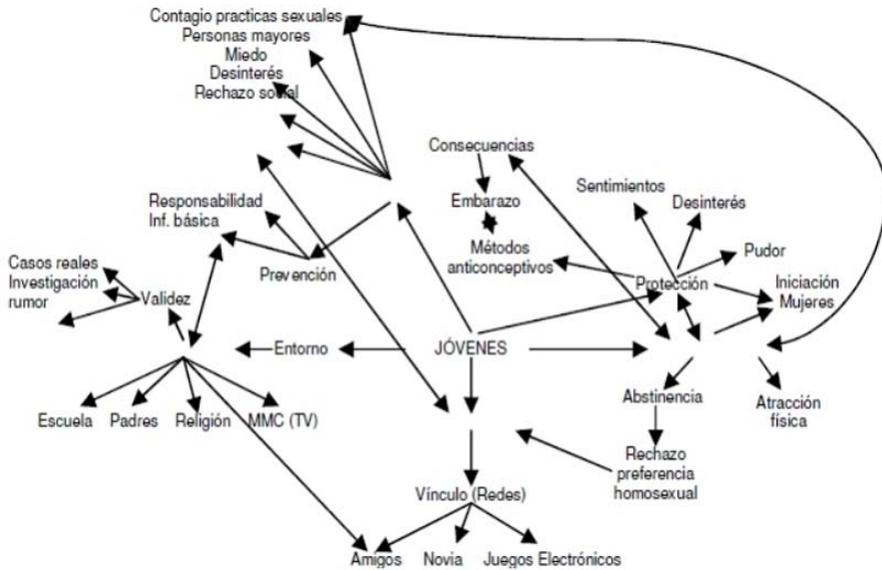


Ilustración 73: Mapa ideológico de los grupos de discusión en jóvenes sobre sexualidad y VIH/SIDA (Fuente: García González, J., 2008).

de la enfermedad para la muestra objeto de estudio. El primer referente está asociado a conocimientos de sentido común asociados con «temores, mitos y miedos colectivos que despierta la pandemia» (p.5), mientras que el segundo se corresponde con conocimientos de base racional y científica que una minoría de estudiantes universitarios ha obtenido de fuentes de información especializada.

Mediante su análisis, Flores y de Alba (2006) descubrieron que la representación social del SIDA que poseían los estudiantes universitarios de la muestra había sido formada primordialmente en base a la información que provenía de la interacción social cotidiana y de los medios de comunicación, esta última una vía particularmente propicia para la difusión de simbología acerca del virus. Eso mismo explica el por qué un porcentaje considerablemente bajo utilizó vocabulario especializado al hablar de la

enfermedad, y quienes lo hicieron la definieron como una afección incurable que debilita el sistema inmunológico.

Pero las dos líneas fundamentales que definían la imagen del VIH/SIDA que tenía el alumnado universitario de la citada investigación eran la de una enfermedad contagiosa que se puede prevenir, siendo el contagio y la prevención los temas más recurrentes que afloraron en las respuestas dadas en el estudio, conformando la representación social aceptada por

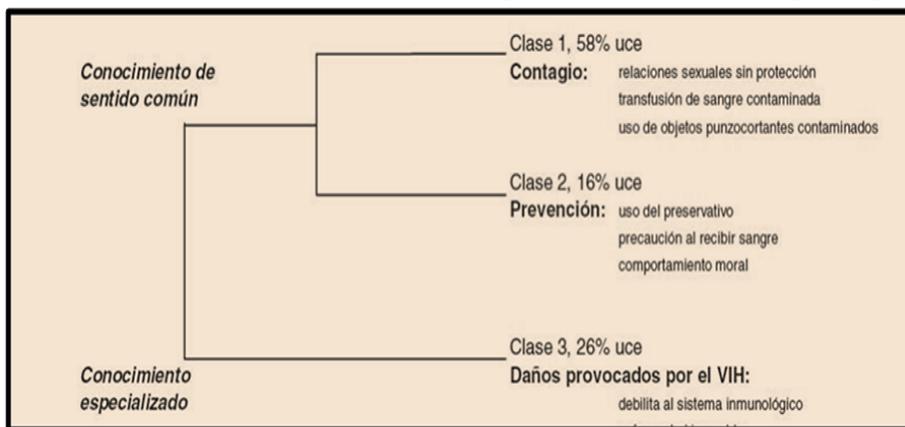


Ilustración 74: Dendrograma sobre las representaciones del VIH/SIDA en el estudio *El SIDA y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales* (Fuente: Flores y Alba, 2006).

Estudios posteriores como el de las representaciones sociales de la masculinidad ante el fenómeno homosexual conocido como *barebacking* (buscar activamente ser contagiado por el virus a través de las relaciones sin preservativo), realizado por Aguilar (2010), ponen en evidencia la existencia de representaciones sociales fuertemente condicionadas por la propia ideología, produciéndose en situaciones en las que la creencia aislada de un subgrupo social ancla y objetiviza su propia imagen de la enfermedad.

Aguilar (2010) manifestó que según las teorías sociológicas del riesgo, este se mide por la probabilidad de que ocurra y por el alcance de sus posibles daños, por lo tanto se puede clasificar por categorías para determinar el grado de prevención oportuno a aplicar. Pero, al mismo tiempo, el riesgo se divide en dos tipos, el objetivo y el subjetivo, perteneciendo el segundo a individuos como los *barebackers*, cuya peculiar percepción de la enfermedad hace que tengan una representación social del riesgo distorsionada si se compara incluso con el grupo social de la población homosexual, en el cual se engloba su subgrupo.

Dado que la formación de representaciones sociales depende directamente de la manera particular en la que cada grupo o individuo interioriza una información y la comunica, es esencial comprender tal proceso en sus tres dimensiones, definidas a finales de la década de los setenta por Moscovici: información, campo de representación o núcleo representativo y actitud.

La información es la dimensión de los conocimientos sobre el objeto social que se representa, los cuales se adquieren en el intercambio verbal con otras personas o por el contacto directo o experiencias con el propio objeto; el campo de representación es la dimensión más importante de las tres, pues se trata de la imagen de ese objeto que ha sido construida por la sociedad y por el propio sujeto y, por último, la actitud es la dimensión de las posiciones en referencia al objeto, esto es, las percepciones negativas o positivas que se tienen de él, siempre influenciadas por el marco de referencia previo, como se ha visto.

A continuación, el desarrollo del tema por parte de algunos de los autores ya citados en este trabajo arrojará un poco más de luz sobre el significado de cada una de las dimensiones de la representación social.

2.1.1. Información

Alfonso (2007), en su trabajo sobre la teoría de las representaciones sociales, concuerda con Moscovici y el resto de autores en que esta dimensión abarca los conocimientos que se tienen sobre el objeto a representar, pero añade que estos varían en cantidad y calidad en función de diversos factores, como la pertenencia a un grupo y la inserción en una sociedad, que mediatizan fuertemente los conceptos y nociones que perciben los individuos, aún dentro de una comunidad. La investigación subraya, además, en concordancia también con ideas anteriormente expuestas, que las prácticas sociales y referencias culturales de un grupo determina igualmente el grado de cercanía o lejanía que mantienen con el objeto.

Sin perder de vista los principios del psicólogo social rumano, Mora (2002) fue otro de los autores que perfiló un poco más la definición afirmando que la información es la «organización o suma de conocimientos» que un grupo social posee «acerca de un acontecimiento, hecho o fenómeno de naturaleza social» (p.10), y que en base a la marcada incidencia de una variedad de condicionantes relacionados con la tradición cultural de ese grupo pueden ser estereotipados, carentes de base empírica, triviales o completamente originales. Es por esto que la investigación deduce que la dimensión de la información propicia el enriquecimiento social en cuanto a conocimientos y posibles explicaciones acerca de la realidad.

En línea con las pinceladas que Mora dio a las definiciones de Moscovici, Araya (2002) también ve esta dimensión como un conjunto de conocimientos organizados en la conciencia de una persona o grupo en referencia al ya mencionado «objeto social», denominado de tal forma porque puede tratarse de una situación o un fenómeno que ocurra durante un período determinado de tiempo, en el marco de una sociedad específica. Pero esta autora, al hablar de los estereotipos, prejuicios y referencias

históricas del grupo que condicionan los datos que se elaboran e intercambian, añadió una idea relevante: la de que al distinguir tales influencias en esta dimensión, se vislumbra la presencia de otra de las dimensiones de la representación social, la actitud, pudiendo predecirse qué tipo de orientación %fundamentalmente negativa o positiva% se tiene con respecto a ella.

Asimismo, se estima que la cantidad de información disponible y su grado de precisión se ven, a su vez, condicionados por la pertenencia a un grupo o a otro, o por la ubicación social. Similar es lo que ocurre con el origen de esa información, ya que la índole de la experiencia, el contacto o la práctica desarrollada en relación con él incide, conforme a la perspectiva de Araya (2002), de manera mucho más pronunciada que la de la interacción social cotidiana.

2.1.2. Campo de la representación

Especial atención merece la dimensión del campo de la representación debido al lugar central -otorgado por Moscovici- que ocupa dentro del conglomerado de la representación social, por lo que resulta conveniente estudiarla con detenimiento y hacer una «disección» apropiada de la misma.

No en vano autores como Alfonso (2007) se hicieron eco de las teorías del rumano al manifestar que:

«El campo representacional se estructura en torno al núcleo o esquema figurativo, que constituye la parte más estable y sólida de la representación, compuesto por cogniciones que dotan de significado al resto de los elementos. En el núcleo figurativo se encuentran aquellos contenidos de mayor significación para los sujetos, que expresan de forma vívida al objeto representado» (p.9).

Queda claro, de este modo, que sin el campo de representación los individuos o grupos se quedarían sin «imagen» a la que referirse. Aunque esta investigación va más allá y sugiere que el hecho de que exista un «núcleo» en torno al cual otros elementos giran y adquieren significado se traduce en la existencia de un hecho objetivo o situación objetiva en la representación social, que es interpretada de manera diferente en función del marco preexistente.

La aportación de Mora (2002) a este respecto es, tal y como sucedió con la dimensión de la información, novedosa. Para él, el campo de representación «expresa la organización del contenido de la representación en forma jerarquizada, variando de grupo a grupo e inclusive al interior del mismo grupo» (p.10). Además «permite visualizar el carácter del contenido, las propiedades cualitativas o imaginativas, en un campo que integra informaciones en un nuevo nivel de organización en relación a sus fuentes inmediatas» (p.10). Al dotar a esta dimensión de estructura jerárquica, reafirma su condición de «consolidadora» y establecedora de un orden dentro del objeto a representar. Sobre el establecimiento de ese orden y la jerarquización de elementos que configuran el contenido de una representación social profundizó Araya (2002), considerando que las «actitudes, opiniones, imágenes, creencias, vivencias y valores» (p.41) que coexisten en una sola representación adoptan su propio orden u organización interna alrededor del núcleo figurativo -mencionado anteriormente por Alfonso (2007) inspirándose en Moscovici- una vez este es construido mediante el proceso de objetivación: esta es la manera en la que se consolida y ordena una representación social, a través de la integración de todos sus elementos.

Con el fin de reforzar su argumento, Araya (2002) añade: «Este esquema o núcleo no sólo constituye la parte más sólida y más estable de la representación, sino que ejerce una función organizadora para el conjunto de

la representación pues es él quien confiere su peso y su significado a todos los demás elementos que están presentes en el campo de la representación» (p.41).

Por tanto, puede deducirse, conforme a la teoría expuesta en esta investigación, que para que se produzcan cambios sociales deben tener lugar actuaciones que modifiquen la organización interna de las representaciones sociales que han sido adoptadas por un grupo social determinado. Atendiendo a la explicación de las fases de formación de una representación social, se introducirían elementos novedosos mediante el anclaje y, con posterioridad, la asimilación de nuevas imágenes terminaría por desplazar las creencias y los valores antiguos.

Es por ello que la investigación de Araya (2002) no concibe que la modificación de una representación social ocurra con éxito si no se actúa directamente sobre el esquema o núcleo figurativo ya consolidado, ya que de él dependen todos los demás elementos de la representación.

El citado estudio, por medio de la realización de entrevistas, descubrió, no obstante, que puede darse el caso de representaciones sociales que no tengan un campo de representación, o que este no se encuentre bien definido. Esto sucede cuando las personas, al referirse a los objetos sociales representados, utilizan una descripción compuesta por elementos dispersos y desorganizados, evidenciando que la representación social no ha sido aún bien formada. Por ejemplo, si un individuo al que se le pregunta acerca del SIDA elabora un discurso sin orientación concreta, alejándose del concepto de la enfermedad, aunque rescate ideas sueltas relacionadas con el fenómeno social que constituye es evidente que carece de una imagen consolidada del objeto del que debe hablar.

2.1.3. Actitud.

176

Cuando lo emocional entra en escena, la dimensión de la actitud hace acto de aparición en la estructura de la representación social. Para Alfonso (2007), esta «se manifiesta como la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación» (p.8), esto es, la evaluación que cada persona, en función de sus propios valores y creencias o los que les ha inculcado la tradición cultural de su comunidad, hace del objeto social representado, viéndose marcadamente influenciado por ella el comportamiento que tendrá frente a él. Vuelve a aclarar que, en base a lo dicho, las reacciones emocionales de distintos grupos e individuos ante un mismo objeto social representado pueden tener direcciones opuestas, o presentar grados de intensidad de lo más variado.

Mora (2002), sin embargo, se limita a describir la dimensión de la actitud como el tipo de orientación (favorable o desfavorable) que el individuo guarda hacia el objeto de la representación social. Mas termina de perfilarla al reconocerla como «el componente más aparente, fáctico y conductual de la representación» (p.10), y por ello, considera que es especialmente propicia para llevar a cabo estudios más extensos y pormenorizados en comparación con las otras dimensiones, dada la estrecha conexión entre su naturaleza y los comportamientos y motivaciones de grupos e individuos.

Esta investigación admitió, en su descripción de la actitud como parte de la representación social, la mayor importancia concedida a esta dimensión por encima de la información y el campo de la representación, puesto que, si bien ninguna ha de poseer más relevancia que las otras en el proceso de formación de la imagen, si es cierto que es la que debería darse en primer lugar. Para explicar este argumento con mayor exactitud, Mora (2002) volvió a apoyarse en las palabras de Moscovici al subrayar

que normalmente, cuando se recibe una información y se construye una idea, ya existe una predisposición anterior a aceptar esa información como buena o mala, y a que al construir esa idea quede condenada como aceptable o inaceptable.

En concordancia con aquellos que ven esta dimensión como primer paso a la formación de la representación social, Araya (2002) expone que la actitud es, de hecho, un estímulo que se ha constituido previamente y ante el cual se reacciona de una manera u otra dependiendo de factores ya descritos, como la educación, las creencias o la tradición cultural del individuo. Así, la representación social actúa a modo de nexo entre ese estímulo y la respuesta o reacción frente al objeto representado. Pero las reflexiones realizadas en este estudio conducen a explicaciones mucho más elaboradas del papel de la actitud en el proceso de objetivación, como la de que «la respuesta que las personas dan ante un objeto determinado está prefigurada ya en la forma en que construyen ese objeto» (p.45), es decir, no es desacertado afirmar que el estímulo existe de antemano y que este provoca una reacción (positiva o negativa), mas no se debe olvidar que tal estímulo se ha formado a partir de las posibles reacciones que originará.

Aunque a la sombra de reflexiones tan complejas a simple vista, repletas de conexiones entrecruzadas y relaciones de causa y efecto recíprocas que convierten la función exacta de la actitud en algo complicado de definir, Araya (2002) esclarece su definición al aseverar que la actitud se encarga de dar orientación a la respuesta, o dirigir la reacción en una dirección u otra, cuando el individuo o grupo se enfrenta al estímulo, siendo tanto la respuesta como el estímulo componentes del todo de la representación social. Esto explica, desde la perspectiva de la autora, que la disposición particular a reaccionar de un modo u otro ante un estímulo se forma en consonancia con las características del mismo, y nunca de forma independiente o aislada.

2.2. Estereotipos, opinión e imagen en el estudio de las representaciones sociales



ería inadmisibile, sobre todo tras haber profundizado en la dimensión de la actitud, no añadir algunos comentarios sobre los estereotipos, la opinión y la imagen, tres conceptos ligados a la noción de actitud, susceptibles a confusión y que guardan, aparentemente, cierta relación con las representaciones sociales, salvando las diferencias.

De la disección de estos temas se encargó Araya en su trabajo sobre los ejes teóricos para la discusión de las teorías de representación social (2002), todos ellos conceptos especialmente propicios a ser incluidos en el debate sobre el comportamiento ante el VIH/SIDA, por cobrar sentido de manera especial cuando se habla sobre enfermedades estigmatizadas y grupos sociales marginados a raíz de prejuicios y creencias infundadas, carentes de base científica.

El estudio que sirve de guía en este apartado definió los estereotipos como «categorías de atributos específicos a un grupo que se caracterizan por su rigidez» (p.45), en contraposición a las representaciones sociales, que son modificables y, de hecho, sufren modificaciones continuas gracias a la comunicación e interacción cotidiana entre personas. Es decir, las noticias sobre avances médicos difundidas por la televisión pueden provocar un cambio en la mentalidad de las personas, y que pasen de ver la enfermedad como una condena de muerte degenerativa a verla como un virus con el que se puede convivir y llevar una vida normal; en este caso, se

estaría ante una representación social en proceso de mutación. No obstante, resulta mucho más difícil que un determinado grupo social -póngase el caso de una comunidad religiosa extremista- deje de ver a los homosexuales como portadores del virus de forma sistemática, si ya los han estereotipado de ese modo, quedando demostrada la naturaleza férrea e inmodificable de los estereotipos.

Por otra parte, estereotipos y representaciones sociales cumplen funciones diferentes a la hora de predisponer a las personas o grupos de manera positiva o negativa ante un objeto. Araya (2002) determina que el estereotipo es un estadio previo a la formación de una representación, pues constituye un dato o idea ya existente, aunque puede también ser la simple categorización de uno de los elementos que gira en torno al núcleo figurativo y que contribuirá a formar la imagen final. Cuando hay presencia de estereotipos negativos en la tradición o saber general de un grupo y estos son elementos que forman parte de los procesos de anclaje y objetivación, es altamente probable que la actitud que el grupo presente ante el estímulo sea poco favorable: los grupos sociales cuya representación social del VIH/SIDA es negativa, normalmente poseen de antemano visiones estereotipadas del fenómeno como las del «castigo divino a los libertinos» o aquellas que estigmatizan fuertemente a grupos vulnerables al virus sin base fundamentada.

El concepto de opinión es tan cercano a los de actitud y representación social que el propio Moscovici, según la investigación que nos ocupa, sintió la necesidad de apuntalar su significado. Una fórmula aceptada socialmente a la que adherirse, o la toma de posición individual o grupal acerca de un problema o fenómeno de interés común son algunas de las definiciones que mejor elucidan los rasgos principales de esta noción. Y aunque estas tienten a pensar que opinión y representación social son la misma cosa, se ha de hacer hincapié en que las representaciones sociales emanan significados, mientras que las opiniones simplemente hacen uso de

ellos. Es más, según Araya (2002), la representación social «informa del contexto, de los criterios de juicio y de los conceptos subyacentes en la opinión, mientras que la opinión solo informa sobre la reacción de las personas hacia los objetos dados desde afuera independientemente de los y las actoras sociales» (p.46).

Así, puede existir una inmensa diversidad de opiniones sobre el SIDA que varíen en función de circunstancias personales, situaciones concretas, prejuicios y creencias; las opiniones pueden diferir, incluso, en base al momento específico de la historia de un fenómeno social, todo ello dentro de un mismo grupo.

En cambio, la representación social del virus permanece, generalmente, inalterable dentro de un grupo, y es portadora de toda una jerarquía de conceptos e ideas compartidas por esa comunidad.

Sin embargo, no tendrá nada que ver la representación social de la enfermedad en un sector con la sociedad con la opinión que pueda tener de ella, por ejemplo, la madre de un infectado.

Como se viene viendo a lo largo del desarrollo de este trabajo, la utilización del concepto «imagen» como sinónimo de «representación social» es muy frecuente. Sorprende por ello, quizás, que pese a que transmitan una idea similar, la investigación de Araya (2002) logró desmenuzar ambos conceptos hasta llegar al fondo de sus características diferenciadoras. Desde la perspectiva de la autora, los dos se refieren a contenidos mentales que se asocian a un objeto considerado real, pero mientras la imagen reproduce interiormente un objeto que existe en el exterior, la representación social «consiste en un proceso de construcción mental de un objeto cuya existencia depende en parte del propio proceso de representación» (p.46). Apoyándose en estudios previos, añade además que la representación social en la mente de los individuos es más que un simple reflejo de algo exterior, ya que los marca socialmente e influencia sus interacciones con otras personas.

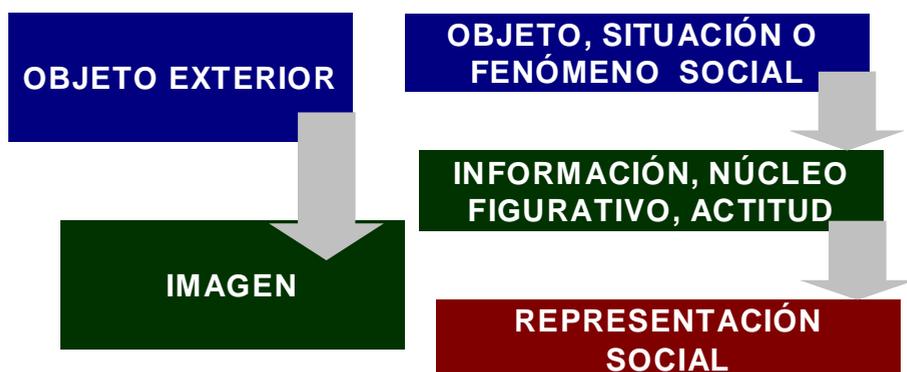


Ilustración 75: Diferencia entre la imagen y la representación social a través de su formación (Fuente: Elaboración propia a partir de Araya, 2002).

De algún modo se podría afirmar, pues, que la imagen se limita a reproducir, mientras que la representación social produce. Es posible que alguien que acompañase a un enfermo de SIDA en los años en los que la degradación física era rápida guardase esa imagen de la enfermedad como una fotografía en su mente, no obstante, la representación social que ha adoptado es, con total certeza, mucho más rica en información y conceptos organizados.

No ha sido erróneo, de cualquier modo, equiparar el concepto de imagen con el de representación social, pues tal y como el trabajo de Araya (2002) aclara, la fórmula del segundo lleva integrado al primero, es decir, toda representación social contiene una imagen a la que se refieren y recurren mentalmente los individuos cuando intentan explicarla. Por este motivo, la autora enfatiza que no existe línea divisoria que separe al sujeto del objeto representado y, por tanto, sus universos -el exterior y el interior- se encuentran entremezclados.

Una vez más se observa, pues, que es complicado extraer la actitud o las creencias preexistentes de las personas de la representación social construida una vez consolidada.

Por todo lo anteriormente expuesto, puede concluirse que las representaciones sociales no son un conjunto estático de datos, y no solamente porque sean modificables en el transcurso del tiempo y los acontecimientos, sino a causa de su variada organización interna que alberga lo que un individuo o grupo conoce, cómo lo interpreta y la reacción que le provoca. Sin posibilidades de escapar a las tres dimensiones que se han detallado previamente (información, campo de la representación y actitud) al tratar de ejemplificar esta definición, se antoja lógico que la representación social acerca del VIH/SIDA de cualquier individuo o grupo social dependa de la profundidad del conocimiento procedente de fuentes fiables -o no fiables- que posea sobre la enfermedad, de la imagen que haya formado de la misma y de la reacción instigada por sus experiencias anteriores y sus raíces culturales.

2.3. Significación social del SIDA a través de la obra de Susan Sontag



Una de las obras más esclarecedoras en cuanto al fenómeno social del SIDA y su repercusión en la visión social de la pandemia es la de Susan Sontag. El hecho de que la autora se haya convertido en un referente para el estudio de la significación y las distintas representaciones sociales de la enfermedad viene de su loable análisis de la estigmatización de afecciones que tuvieron un impacto similar en tiempos anteriores, como el cáncer y la tuberculosis, a través de su obra.

Con todo, el eje central de su aportación a la teoría de la representación social de manera específica para el VIH/SIDA se sitúa en su libro *El SIDA y sus metáforas* (1988), una continuación de su discurso en el que explica cómo, una vez obsoleta la novedad de enfermedades consideradas una amenaza en el pasado, el entonces prácticamente desconocido VIH/SIDA «absorbió» sus estigmas y dio lugar a las representaciones sociales más negativas a las que un virus jamás se había enfrentado. Sus antecesoras, las enfermedades que hasta hace no mucho eran generadoras de incompreensión y rechazo -la tuberculosis y el cáncer- son calificadas por Sontag como «intratables y caprichosas» (p.3) en el primer capítulo *La enfermedad y sus metáforas* (1978), mas la autora aclara que cualquier afección deja de ser incomprendida y objeto de reprobación cuando se logra dilucidar sus causas y se desarrolla un tratamiento eficaz para combatirla, tal y como ocurrió con la tuberculosis, y una asignatura aún en parte pendiente para el cáncer.

Aun así, cuando emergieron cada una en su momento histórico, amenazantes, y no se poseían los conocimientos ni los medios para controlarlas adecuadamente, ambas proyectaban a la sociedad la revulsiva imagen de degradación del individuo, justo como posteriormente ocurriría con el virus del VIH/SIDA.

2.3.1. El daño de las metáforas

En el citado libro de Sontag queda reflejada la forma en que representaciones sociales y estereotipos del pasado reciente achacaban el desarrollo del cáncer a personas excesivamente débiles psíquicamente, a los introvertidos, los deprimidos y los reprimidos, algo similar a lo que ocurría con la tuberculosis en siglos anteriores: parecía afectar exclusivamente a individuos de sensibilidad extrema, remarcables aptitudes artísticas y con tendencia a dejarse arrastrar por la pasión. No obstante, confirmando lo expuesto en este trabajo sobre la variabilidad de las representaciones sociales, cuando se avanza en el estudio de las enfermedades, las creencias de este tipo llegan a erradicarse y dan paso a otras nuevas en el esquema de la representación social, de manera que esta también cambia, cimentándose ahora sobre conocimientos con mayor base científica.

Este estudio considera altamente reseñable el hecho de que la literatura de Sontag (*La enfermedad y sus metáforas*, 1978; *El SIDA y sus metáforas*, 1988 y sus numerosos ensayos acerca del tema, profundice en las representaciones de la enfermedad precisamente para tratar de desenmascararlas, de mermar su poder o de eliminarlas. Su inquietud se hace patente en declaraciones publicadas en su obra de 1988 como:

«Me convencí de que las metáforas y los mitos matan. (Por ejemplo, infunden un miedo a las medidas eficaces como la quimioterapia, y fomentan la creencia en métodos totalmente inútiles como las dietas y la psicoterapia.) Quería ofrecer a los demás enfermos y a quienes cuidan de ellos un instrumento que disolviera estas metáforas, estas inhibiciones. Esperaba convencer a los aterrados de que consultaran a un médico, o cambiaran un médico incompetente por otro, competente, que fuera capaz de cuidar adecuadamente de ellos. Que debían considerar el cáncer como una mera enfermedad —muy grave, pero no más que una enfermedad—. No una maldición, ni un castigo, ni un motivo de vergüenza. Sin «significado». Y no necesariamente una sentencia de muerte [...]» (p.48-49).

En efecto, Sontag escribe «los demás enfermos» porque ella era una afectada más de la enfermedad de cáncer -de mama, en su caso-, y había vivido en primera persona la manera en la que las metáforas conducían, en gran número de ocasiones, a callejones sin salida. En cambio, la racionalidad y la confianza en la medicina normalizaban, desde su perspectiva, la convivencia con la enfermedad.

Tan convencida estaba del influjo negativo de los significados que se daban al cáncer y al SIDA, alentando la imaginación de los más débiles y arrastrándolos a la autoestigmatización y al abandono, que puso todos sus esfuerzos en que títulos como *La enfermedad y sus metáforas* (1978) y *El SIDA y sus metáforas* (1988) combatiesen la finalidad primera de la literatura, «vacando» los conceptos de la enfermedad hasta que quedasen sin significado. Su lucha se centró en derrocar toda interpretación, toda representación, para que así el cuerpo (y el mundo) fuesen capaces de ver el cáncer o el VIH/SIDA sin el filtro interpuesto por miedos infundados y prejuicios

En su texto de 1988, a caballo entre la confesión y la reflexión, Sontag reconoce que, en el transcurso de la década anterior, durante la cual había padecido cáncer y había logrado derrotarlo, las diversas posturas de la sociedad ante la enfermedad se volvieron más gentiles, desgraciadamente, en detrimento de aquellas que aparecían frente a la pandemia imparable del SIDA.

A finales de la década de los ochenta había emergido un nuevo «monstruo» que marcaba a individuos y grupos a los que ahora se podía señalar como «manchados» o «estropeados», quizá con motivos de mayor contundencia por su asociación a conductas tachadas de inmorales. Simultáneamente, la fobia al cáncer comenzaba a silenciarse, y sus afectados (en comparación con los libertinos que habían contraído el SIDA) no presentaban comportamientos por los que ser rechazados, desvaneciéndose así el carácter amenazador y temible de la dolencia. En *El SIDA y sus metáforas* (1988), la autora refuerza este argumento al enunciar que el SIDA es «una enfermedad cuya carga de estigmatización, cuya capacidad de echar a perder una identidad, es muchísimo mayor» « (p.50), algo derivado de sus vivencias y de sus contactos con afectados por el virus del VIH/SIDA: cuando finaliza la década de los ochenta, mientras ella había desafiado a su enfermedad y había salido victoriosa, los aquejados de un virus igual de cruel se demacraban, se debilitaban hasta el extremo, y morían.

En su observación de comportamientos y actitudes frente al SIDA por parte de las sociedades, la autora estima que siempre ha existido la necesidad de estigmatizar algún tipo de mal o enfermedad, pues constituye una vía fácil para condenar actuaciones no aceptadas y culpabilizar a quienes las llevan a cabo. Para Sontag lo curioso es que, en dichas circunstancias, el sentimiento de rechazo instigado es tan intenso que resulta muy difícil «obsesionarse» con más de un mal, y esto explica por qué a lo largo de la historia el estigma ha pasado de la tuberculosis al cáncer, y del cáncer al SIDA, si bien su investigación detectó un antecedente al hecho de

2.3.2. La significación del VIH/SIDA mediante la degradación de la identidad

Antes de que siquiera pudiese imaginarse que aparecería un virus como el de la inmunodeficiencia adquirida y, mucho menos, los estragos que provocaría en el cuerpo humano, la sífilis tuvo, en los inicios del siglo XX, una repercusión similar en Europa, originando «los prototipos de casi todas las imágenes y metáforas vinculadas al SIDA» hoy día (Sontag, 1988).

Pero, más allá de la imagen adoptada, esta enfermedad formó una representación social de gran similitud con la de la tuberculosis, pues, debido a que la mayoría de casos detectados se daban en escritores románticos de la época, esta se asoció a una actividad emotiva y mental extraordinaria. Tal representación, descrita por Sontag como una «fantasía persistente», desembocaba normalmente en demencia y lesiones cerebrales que si podrían ser comparables a algunos síntomas tardíos del SIDA.

Las consideraciones expuestas en *El SIDA y sus metáforas* (1988) manifiestan que se echa en falta algún tipo de «mitología compensatoria» para el virus, inexistente hasta la fecha y sin visos de hacer aparición. De haberse creado, una romantización del estilo de la de la tuberculosis o la de la recientemente mencionada sífilis otorgaría a los enfermos de SIDA un carácter hipersensible quizás, especialmente indicado para el desempeño de las artes o les atribuiría otra clase de sexto sentido superior al del resto.

Desafortunadamente, desde la perspectiva de la autora, no hay cabida en afecciones como el cáncer o el VIH/SIDA para visiones sentimentalistas, tal vez por estar ya fuertemente vinculadas al espectro de la muerte en la mentalidad de las sociedades. En el estudio de las metáforas y los significados aplicados tanto al cáncer como al SIDA, Sontag dirige la atención del lector hacia la profundidad del estigma del cáncer, principal causante de que muchos enfermos vivan la enfermedad con vergüenza y ocultación.

Aquí la reflexión ha de ser: si los afectados por el cáncer se ven estigmatizados tan gravemente sin que su enfermedad sea fruto de conductas consideradas inmorales, ¿cuán terrible será el estigma de los infectados por el VIH/SIDA, que parecen llevar tatuadas las palabras «culpa» y «escándalo» a ojos de la sociedad?

A excepción de los infectados por VIH en el África Subsahariana, donde aún persisten teorías que se apoyan en la brujería para explicar la expansión de la epidemia, el resto de enfermos alrededor del mundo conoce con precisión cuál fue su vía de contagio, como bien aclara la autora de *El SIDA y sus metáforas* (1978). La desventaja es que el resto de la sociedad conoce, al menos, la índole de todas las posibles vías de transmisión del VIH, y esto queda en evidencia al hacerse pública la condición del aquejado del virus.

Al quedar al descubierto su pertenencia a un grupo vulnerable o de riesgo, o la presunción de que haya llevado a cabo prácticas poco comunes, la mutación de su identidad se vuelve irreversible, como la enfermedad, una representación que tiene la fuerza suficiente para destruir un proyecto de vida.

Asimismo, cuando se revela el estado seropositivo de una persona ello supone el enraizamiento de una identidad que será, en adelante, inamovible. Probablemente no sea posible encontrar mejor ejemplificación para esto que la que propone Sontag (1988) a través de los varones estadounidenses homosexuales aquejados del VIH al inicio de la epidemia. Cada vez que aparecía un nuevo caso, al parecer, un foco de luz caía sobre el individuo, presentándolo a la sociedad como homosexual, al tiempo que en cierto modo lo desterraba de ella. Pero este proceso tenía una cara oculta, un fenómeno que iba nutriéndose del estigma y desarrollándose a sus espaldas: el de la creación de una comunidad gay unida, fuerte y solidaria para con sus miembros.



Ilustración 75: Monumento a la liberación gay en el parque Christopher en New York
(Fuente: http://es.wikipedia.org/wiki/Movimiento_de_liberaci%C3%B3n_LGBT, consultada en abril de 2014)

Lo que otorga fortaleza a la sociedad «señaladora» y estigmatizadora, la que sí se siente incluida, la que no ha sido marcada ni manchada, es la culpabilización de los enfermos por sus malas prácticas, por conductas erróneas con las que ellos mismos se han provocado su enfermedad.

Así se sienten, de alguna manera, superiores, a la vez que exentos del padecimiento de males frente a los cuales se consideran intocables. Para la autora de *La enfermedad y sus metáforas* (1978), el desequilibrio entre los juicios de moral que se efectúan para el cáncer y enfermedades similares y para el SIDA se antoja imparcial.

En el primer caso, se trata de explicar la aparición de las afecciones mediante el abuso de grasas animales en la dieta, la adicción al tabaco u otras

actitudes que no hacen más que evidenciar la falta de voluntad de los enfermos, pero en el segundo, el del virus naturalmente asociado las desviaciones sexuales, las sustancias ilegales y los comportamientos escandalosos, el intento de explicación ni tan siquiera se da: la condena social es instantánea.

Al analizar la manera en que se enjuicia a los enfermos de SIDA, Sontag quería enfatizar el hecho de que el carácter eminentemente sexual de la enfermedad que se le atribuyó desde sus inicios quedó arraigado de tal forma que vías de transmisión como las transfusiones sanguíneas o el compartir objetos punzantes contaminados por el virus quedaron en un segundo plano. Peor aún, la representación social del enfermo de SIDA en Estados Unidos en el momento de la publicación de *El SIDA* y sus metáforas (1988) correspondía a un individuo que no se limitaba a tener prácticas sexuales abundantes y variadas sino que era, por añadidura y definición, un perverso que había recibido su merecido castigo por disfrutar de conductas que se desviaban de lo aceptable.

No se equivocaba, pues, la autora, en su afán por advertir de los peligros de las metáforas, ya que, sin ir más lejos, la recién descrita llevó a la sociedad norteamericana a asegurar que la población heterosexual no estaba expuesta a la enfermedad, una información suicida, a la luz de la posterior indiscriminada propagación del virus, que no distinguía entre sexos, edades, orientaciones sexuales, ni situación social o económica. Así como los aquejados de sífilis en el siglo XX eran tachados de promiscuos, el que la vía sexual haya sido siempre considerada la primordial para la infección por VIH ha provocado que se haga lo mismo con los enfermos de SIDA. Para ilustrarlo, la escritora estadounidense recuerda que aquellos que fueron infectados mediante transfusiones de sangre contaminada son hoy, para la sociedad, víctimas del azar, de una broma macabra o del desconocimiento de la época, mientras que los que contraen el virus por

la vía sexual «se lo han buscado». Algunos grupos sociales, incluso, son reacios a aceptar las distintas formas de contagio y categorizan sistemáticamente a todos los enfermos como pervertidos o desviados sexuales, que han contraído la enfermedad a través de sus prácticas desenfrenadas e inmorales.

En el desarrollo de este trabajo se ha hecho referencia a menudo a los infectados por VIH, los enfermos de SIDA y los afectados por VIH/SIDA. Debe ser aclarado que ello responde a la necesidad de incluir todos los posibles casos en cada una de las situaciones, no obstante, desde la obra de Sontag también se abogó por erradicar generalizaciones como las que asumen que todos los que contraen el virus desarrollarán SIDA, o que infectarse los convierte en enfermos de forma automática (muchas personas viven muchos años o toda una vida como meros portadores).

El SIDA y sus metáforas (1988), en su capítulo tercero, contribuye a la difusión de información fiable basada en el razonamiento científico al afirmar que cuando un test del VIH resulta positivo está, sencillamente, confirmando la presencia de anticuerpos del virus en la sangre, lo cual no debe interpretarse sistemáticamente como que el virus ya está presente o que se ha desarrollado o se desarrollará la enfermedad.

Pero la metáfora cruel hace que la persona diagnosticada se sienta enferma en ese mismo instante, y asuma e incorpore la condición de enfermo a su propio ser; no menos irreflexiva es la actitud de los otros, los estigmatizadores, los que a partir de entonces los evitan por si «se les pega algo». Para Sontag, por tanto, existe toda una variedad de interpretaciones erróneas o, como mínimo, precipitadas, que deberían ser eliminadas de la mentalidad de la sociedad, siendo las más frecuentes dar por hecho que todos los afectados por el VIH/SIDA han contraído el virus por la vía sexual, creer que los que se contagian por esa vía son pervertidos o desvia-

dos, asumir que todas las personas pertenecientes a grupos considerados de riesgo están infectadas y pensar que todo portador del VIH está enfermo o que todo aquel que posee anticuerpos en su organismo tiene el virus.

En su estudio sobre las representaciones sociales de la enfermedad, la autora se interesó de manera destacada por estos dos últimos casos, por suponer para los afectados la aceptación de una incertidumbre que los expone como enfermos al juicio social cuando, en realidad, no lo están, sin que esto los exima de sufrir las mismas consecuencias que los que han desarrollado la enfermedad:

«A partir de ese momento, estar infectado significa estar enfermo. Esa inestimable idea propia de la medicina clínica, «Infectado pero no enfermo», (el cuerpo «cobija» muchas infecciones), está siendo sustituida por ideas biomédicas que, cualquiera que sea su justificación científica, no son sino la resurrección de la lógica anticientífica de la mácula, y transforma la frase infectado pero sano en una contradicción».

Ante la contradicción, sin embargo, la sociedad prefiere actuar como si la persona estuviese realmente enferma, como prevención, pero en situaciones en las que la actitud preventiva es innecesaria: despidos laborales, rechazo a compartir la misma aula o entorno y distanciamiento físico, entre otras.

Ante este panorama, se antoja hasta injusto pedir a una persona con un resultado de la prueba de detección de anticuerpos positivo que no sienta miedo, que ignore la tentación de ocultar su nueva condición, que viva con normalidad. La trayectoria hacia la normalización de la enfermedad aún es larga, pero precisamente porque las representaciones sociales del VIH obstaculizan su visibilidad, al condenarlo y estigmatizarlo. La autora

habla como en ese momento, en muchos países ya estaba vigente el derecho a no revelar la condición seropositiva (un derecho enteramente legítimo, al que solo debía renunciarse cuando se ponía en riesgo a otras personas), Sontag quiso sacar a la luz conductas estigmatizadoras producto de estas representaciones y metáforas, que se amparaban, al menos en el tiempo de publicación de la obra que nos ocupa (1988), en cuestiones políticas.

Sin ir más lejos, la escritora denunció el caso del Departamento de Defensa estadounidense, que obligaba al personal militar a someterse a la prueba de detección de anticuerpos del VIH y retiraba de los puestos de responsabilidad a aquellos que daban positivo, alegando que el virus mermaba las aptitudes mentales, cuando esto carecía de base científica probada. Igual de reprochable le parecía, en aquel momento, que el test para detectar la enfermedad fuese un requisito para la obtención del visado para entrar en Estados Unidos, algo que afortunadamente desapareció años más tarde.

Las normas discriminatorias de ese tipo normalmente se diluyen cuando las representaciones sociales se ven modificadas, por ejemplo, por un aumento de información médica fiable. Al reconocer que la mera presencia de una persona infectada no es un riesgo potencial, el gobierno tuvo que rendirse ante lo absurdo de aquella regulación o, quizá, ese estigma pasó a amenazas que le preocupaban mucho más, como la posible entrada de terroristas en el país. La metáfora fatal que convierte a la persona portadora del virus en un enfermo «produce lo que parece ser un despliegue infinito de síntomas de enfermedad y para el que sólo existen paliativos, y que para muchos significa una muerte social anterior a la muerte física» (1988). Esto es, lejos de las consecuencias laborales, académicas y sociales, la imagen que el VIH proyecta hacia la sociedad destruye interiormente a la persona y puede, incluso, sugestionarla de tal manera que

realmente llegue a sentirse enferma o que su estado mental debilitado acelere la aparición de síntomas. Y cuando alguien se siente deteriorado física y mentalmente, en una circunstancia en la que el propio entorno lo sitúa en la desventaja, se pierde la fe en toda posible curación, por lo que solo queda el abandono. Esto lo sabía bien la propia Sontag que, durante el proceso de su cáncer de mama, como ella misma declaró en *La enfermedad y sus metáforas* (1978), puso en ridículo el pesimismo de sus médicos.

La naturaleza luchadora de la autora hizo que se negara a aceptar las representaciones preexistentes de la enfermedad, rechazó el eco interno que la categorizaba como enferma y, con una actitud mental positiva, venció al mal que había tomado su propio cuerpo, pese a que, años más tarde, fuese la leucemia la que quisiese extenderse por él. Pero Sontag no se abandonó, no se autoexcluyó, ni aceptó imágenes construidas. Tan contraproducente como el autoabandono de los que descubrían que tenían cáncer o estaban infectados por el VIH le parecía a la autora de *El SIDA y sus metáforas* (1988) la posición de aquellos que dejaban todo en manos de los médicos, sin poner nada de su parte. Mas la soledad del afectado por VIH o SIDA es, casi siempre, tan inevitable, que ya sea elegida o no es muy poco probable que pueda escapar a ella.

Para plasmar esto, Sontag aludió a la obra *Devotions* de John Donne (1623), en la que el escritor inglés, aquejado de una enfermedad de la que poco o nada se sabía, manifestaba:

«Tal como la Enfermedad es la mayor de las miserias, así la mayor miseria de la enfermedad es la soledad que tiene lugar cuando la naturaleza infecciosa de la enfermedad disuade de acudir a quienes han de asistir; cuando hasta el Médico apenas se atreve a venir... se trata entonces de una proscripción, de una Excomunión del paciente...» (p.59).

Siguiendo esta línea argumental, Sontag inició el capítulo cuarto de su obra de 1988 demarcando el significado de la palabra «paciente»: una persona que padece o sufre. Y, seguramente, cualquier paciente es capaz de soportar cierto grado de sufrimiento, sobre todo si dispone de medicación gracias a la cual sobrellevarlo, o si alberga la esperanza de la curación total. Aquí radica la diferencia entre el SIDA y otras muchas enfermedades. Hasta la propia tuberculosis, temida como era, tenía una «muerte suave»; la degradación que conduce a la muerte en los casos de cáncer y SIDA no es deseable para nadie. Por ello, el paciente no teme a la enfermedad en sí, ni siquiera al sufrimiento que esta produce, sino a la agonía, a la destrucción física y mental, en ocasiones imparable.

2.3.3. La horrenda imagen del SIDA

La degradación y la destrucción descritas en el apartado anterior fueron consideradas por Sontag la fuente inagotable de imágenes que alimentó metáforas y representaciones sociales que asociaban al SIDA con muertes de una extrema dureza. El hecho, pues, de que sea mortal o no ha pasado a un segundo plano, pues las imágenes que quedan en la imaginación, lo que suscitan en el pensamiento las siglas VIH al ser mencionadas... eso es lo que permanece y lo que provoca el mayor de los terrores.

Probablemente baste para entender tal angustia con el ejemplo propuesto por la autora, el de la lepra, a la que describe como «quizá la más estigmatizada de las enfermedades» (p.61). Es difícil que un leproso llegue a morir a causa de su afección y, es más, contraer la enfermedad es sumamente difícil; con todo, sus efectos, la deformación del cuerpo, la extinción de la persona como ser humano reconocible se convierte en la peor de las pesadillas en la imaginación de la mente colectiva. Continuando su lucha contra las metáforas del VIH y el cáncer por las páginas de *El SIDA y sus metáforas* (1988), Sontag estableció su propia comparación entre las

cardiopatías y el cáncer o, mejor dicho, entre las distintas reacciones que provocan. Según expuso, por lo general se tiende a temer de forma más acentuada al cáncer que a enfermedades del corazón, incluso habiéndose detectado índices de defunción mayores en individuos que han sufrido un infarto que en aquellos que desarrollan cáncer en periodos similares de tiempo.

La explicación es sencilla: un infarto, aunque mortal, deja el exterior intacto, no degrada el físico ni atrae estigmas; sucede y queda en el olvido. En la mayoría de los casos, el hecho de sufrir un infarto conduce inclusive a mejoras en la calidad de vida, porque una vez pasado el riesgo el paciente se concienza de que ha de adoptar hábitos saludables y hasta su apariencia mejora. Cambios, no obstante, que no evitarán la muerte si su corazón ya ha fijado una fecha de caducidad.

Una de las ideas generales de la obra de Sontag que comienza a tomar forma en esta narración, es la de que «las enfermedades más aterradoras son las que parecen no sólo letales sino deshumanizadoras, en un sentido literal» (1988). Y en este caso la autora propone el ejemplo del brote de rabia originado en Francia en el siglo XIX, sin lugar a dudas la mejor demostración de lo que el término «deshumanización» supone al formar parte de cualquier imagen o representación social.

Los franceses argumentaban que los enfermos que contraían esta enfermedad por el contacto con animales se convertían en bestias, una extraña «fantasía de que la infección transformaba a las personas en animales enloquecidos y daba rienda suelta a incontrolables impulsos sexuales y blasfematorios» (1988).

De ahí que la rabia persistiera en la mente colectiva a través de los años como deformación macabra del cuerpo y el espíritu, mientras el dato de que causara una muerte fulminante permaneció subyacente y pocos lo tienen en cuenta.

Otras enfermedades mortales del pasado, que adquirirían tal categoría por el desconocimiento de la época, mencionadas por la autora fueron el cólera y la viruela. El horror ante la idea de ver el propio cuerpo descompuesto, el pánico a sufrir la diarrea y los vómitos que desecan el organismo y reducen a la persona a lo más parecido a un saco vacío... esas imágenes, esas metáforas son lo que verdaderamente aterriza a los seres humanos, y no la muerte. Salvaguardar la integridad física, la identidad y la dignidad se convierte en la prioridad en procesos clínicos como el del VIH/SIDA, una misión que, sin embargo, en tiempos de la publicación de *El SIDA y sus metáforas* (1988) era en la mayoría de casos una quimera.

Para que la identidad de una persona se muestre limpia, intacta e íntegra y se proyecte así ante los demás, parece tener que mantenerse al margen de lo que le ocurra al cuerpo. Un infarto, tal y como señala Sontag, no deforma la cara, por lo que el paciente de una cardiopatía jamás notará miradas de asombro o de repulsión procedentes de su alrededor, es más, es hasta probable que, pasado un tiempo, le hagan cumplidos acerca de lo saludable que luce, tras haber retomado la práctica de ejercicio físico y haber dejado de fumar.

Muy al contrario, una de las primeras imágenes que emergen en la mente del portador del VIH, al conocer que posee anticuerpos en su organismo, es la posibilidad de llegar a provocar espanto en los otros, fruto de la representación anticipada de la conocida degeneración causada por el SIDA.

Este miedo a desagradar y a constituir por uno mismo una imagen repulsiva nace, en concordancia con los pensamientos de la autora, en función de los juicios morales externos que se rigen por cuestionables normas estéticas sobre «lo bello y lo feo, lo limpio y lo sucio, lo familiar y lo extraño o pavoroso» (1988). Mientras que cicatrices de una operación a cora-

zón abierto y los hoyos de viruela repartidos por el rostro colocan el cartel de triunfador en la apariencia física del enfermo que derrotó a la enfermedad, los signos físicos del SIDA alertan de la descomposición o mutación progresiva que está sufriendo un paria, un estigmatizado, un perverso que ha recibido su castigo

2.3.4. Las representaciones sociales del SIDA vistas por Susan Sontag

Otra parte reseñable de la obra de Sontag que ayuda significativamente a dilucidar las causas de que hoy día se tenga la imagen que se tiene del VIH, es aquella en la que denuncia la manera en que el SIDA se ha equiparado con la peste.

Si bien esto llega a ser comprensible por la atrocidad que supuso en sus inicios, por cómo irrumpió en las vidas de las personas sin explicación ni compasión, en el tiempo de la publicación del libro y hoy, más que nunca, esta metáfora debería dejar de existir, ante todo, porque es errónea.

Y es que utilizar la epidemia de la peste de manera metafórica para hablar del VIH solamente busca calificarla de calamidad colectiva y flagelo, una representación que no favorece a los enfermos.

En la misma línea de argumentaciones encontradas en los ensayos y libros de Sontag, usar tal metáfora no hace más que reforzar la visión del SIDA como castigo inexplicable, justo como lo era la peste, arrasando comunidades enteras sin previo aviso. Inexplicable, sin embargo, hasta que se demuestra su origen, y tal como ocurrió en su momento con la sífilis, al desvelarse que este es de índole sexual, la calamidad pasa a ser estigma.

Al infectado por el VIH no se le tiene pena, porque parece que él mismo ha propiciado sus circunstancias actuales. Mas culpables o no, la autora vio estrechas similitudes entre el SIDA, la lepra, la sífilis e incluso el cólera, porque todas ellas pueden ser englobadas en lo que la sociedad consideraba, como lo hace ahora en menor medida, apestando, intocable y digno de destierro.

El capítulo quinto de *El SIDA y sus metáforas* (1988) define al cáncer como una enfermedad que es propiedad exclusiva del afectado y que le otorga una identidad en su lucha contra los retos que el proceso supone, pero el SIDA no es propiedad exclusiva del individuo sino, al mismo tiempo, del grupo vulnerable al cual pertenece. Así, lo revela simultáneamente como portador del virus y como miembro de una colectividad de personas que, a ojos de la sociedad, llevan a cabo prácticas que los distinguen del resto y los apartan.

Y aquí, una vez más, Sontag encuentra un nuevo paralelismo entre las imágenes de la peste y del SIDA: «la enfermedad siempre viene de otra parte» (1988) (p.65). Aquellos que han adoptado una representación social excesivamente negativa del fenómeno consideran a los infectados «los otros», personas pertenecientes a un grupo al que ellos jamás pertenecerán. Incluso remontándose a la historia de siglos pasados, incluye en su explicación datos que corroboran esta idea de la enfermedad como lo extraño, lo extranjero o lo que viene de fuera: los nombres que recibió la epidemia de la sífilis a su paso por Europa y Asia: «morbo gálico» para los ingleses, «morbo germánico» para los franceses, «enfermedad napolitana» para los habitantes de Florencia y «mal chino» para los japoneses.

La metáfora de la enfermedad como algo extranjero está estrechamente vinculada a otra tan o más frecuente como la de asociarla con las personas más desfavorecidas y de bajo nivel socioeconómico. Para los que las

ven así estas personas son, de hecho, extrañas. La versión más extrema de la representación del SIDA como virus de los pobres, más extendida de lo que pueda llegar a pensarse, ubica el origen de la epidemia en el denominado Tercer Mundo, desde donde se cree que se extendió hasta Haití, difundiéndose posteriormente por Norteamérica. No obstante, sin evidencias claras sobre las que cimentar tal suposición, Sontag afirma que tal localización geográfica para los inicios de la enfermedad se queda en un puro prejuicio con tintes racistas. No menos aleatorias, según la autora, son las ideas promotoras de la deshumanización de la enfermedad que sugieren que esta fue contagiada por primera vez por un mono verde o que fue una mutación del virus de la fiebre porcina africana.

Una teoría más de la que la escritora se hizo eco, ya arraigada a finales de la década de los ochenta, pone en evidencia el inevitable afán de los acusados por desmentir esa información. Se trata de la compartida por personalidades de la educación, la cultura y la política africanas, y que denuncia un «descontrolado acto de guerra bacteriológica» (1988) organizado por los Estados Unidos de América con el propósito de arrasar el continente africano, es más, con total seguridad creen el virus fue elaborado específicamente para este fin en un laboratorio compartido del ejército y la CIA. Como no podría ser de otro modo, una acusación tan polémica se expandió de manera global mediante publicaciones en diarios y emisiones de radio, de forma que en torno a la publicación del libro que nos ocupa, el mundo entero miraba hacia Estados Unidos como «creador del virus asesino».

Todas estas elucubraciones no aportan ningún avance para la prevención y la erradicación de la enfermedad y, en definitiva, solamente perjudican su imagen. Las teorías de conspiraciones entre continentes y las metáforas de un mal que se difunde a nivel global ha magnificado la representación social negativa del SIDA que poseen innumerables personas aunque

sea cierto que, lamentablemente, su carácter de pandemia se haya convertido en una realidad. Sin embargo, verla como una atrocidad que castiga, ya no solo a nivel individual sino colectivo «como lo hiciera la peste» sigue siendo perjudicial y constituyendo un freno a la investigación y normalización del virus. Desde la perspectiva de Sontag, inspirándose en las epidemias venéreas de siglos pasados, estas visiones fatalistas esconden el miedo a lo foráneo, a lo desconocido, y no son más reproducciones a escala mayor de lo que ocurre, por ejemplo, cuando un pueblo o ciudad comienza a ser «invadido» por minorías, vistas como portadoras de enfermedades y cuyos comportamientos se tachan de inmorales por un mal manejo de las diferencias culturales.

2.3.5. La crítica social en *El SIDA y sus metáforas*

La obra de Sontag, además de servir como punto de partida para la reflexión, no escatimó en declaraciones críticas y arremetió con cierta dureza contra la postura ante la enfermedad de su país natal y de las representaciones sociales que de él emanaban:

«La epidemia de sida sirve como una proyección ideal para la paranoia política del Primer Mundo. El llamado virus del sida no sólo es la quintaesencia del invasor del Tercer Mundo sino que equivale a cualquier amenaza mitológica. En este país, el sida ha provocado hasta ahora reacciones menos racistas que en Europa, incluida la Unión Soviética, donde se subraya el origen africano de la enfermedad. Aquí es tanto un recordatorio de los sentimientos asociados a la amenaza del Segundo Mundo como una imagen de la invasión por el Tercero. Como era de prever, los norteamericanos más dados a extraer lecciones morales de la epidemia

de sida, como Norman Podhoretz, son quienes tienen como caballo de batalla el mantener la belicosidad del país, sus gastos en armamentos, su posición firmemente anticomunista, y ven en todas partes las pruebas de la decadencia de la autoridad política e imperial de Estados Unidos» (p.72).

Asimismo, sugiere que el argumento de la «peste gay» constituye una excusa perfecta para que los sectores más conservadores de Occidente reafirmen su autoestima y su autoconfianza. Se posee al enemigo en casa, y es, sin duda alguna, un enemigo que vino de fuera, que «invadió el territorio», pero a su vez, lo hizo adoptando la forma de los pobres, los inferiores, los que no están a su nivel.

Pero para que no exista cabida alguna para el cargo de conciencia por albergar sentimientos tan mezquinos, los que se aferran a esta representación social de la enfermedad recurren a la teoría de que el SIDA es un castigo a los actos perversos y desviados en la vida sexual de las personas, por lo que ni tan siquiera pueden ser calificados de homofóbicos.

Y Sontag trabaja en la elaboración de estas metáforas todavía un poco más, hasta llegar a proponer explicaciones verdaderamente reveladoras, como las de las motivaciones de los llamados neoconservadores de la década de los setenta: lo que impulsa a crear representaciones e imágenes como las descritas no es otra cosa que la paranoia y el miedo ante lo desconocido, ante lo incontrolable o, como se ha expuesto más arriba, a aquello que ataca a comunidades enteras, a la «peste». Este miedo irracional a las enfermedades, a la posibilidad de caer enfermo, a perder la identidad (o la dignidad) responde a «vulnerabilidades individuales y sociales» por esa misma teoría de que el virus no estropea y marca únicamente al cuerpo, sino a la totalidad de la sociedad. Aun así, la metáfora política del «enemigo interno» carece de credibilidad para la estadouni-

dense, tanto en su país como en otros episodios de paranoia ante el VIH que termina convirtiéndose en asunto de estado detectados alrededor del mundo. Lo que resulta innegable es el poder infaliblemente expansivo de la imaginería que rodea a los virus en general y al virus del SIDA en particular, y para ilustrarlo, la autora insinúa la posible inspiración de los programas infecciosos que actúan a través de Internet en enfermedades contagiosas como la infección por VIH.

Los programas informáticos creados para infectar equipos informáticos (algo que guarda una curiosa similitud con la teoría conspiradora de la elaboración del VIH en un laboratorio estadounidense) tienen un comportamiento parecido al de los virus biológicos, que están preparados para captar el código genético de un organismo y modificarlo.

Y por si esto no recordase de manera consistente a la actuación del virus del SIDA en el cuerpo humano, Sontag añade que estos programas, al entrar en contacto con los de otros ordenadores o soportes informáticos, se introducen como copia habiendo sido de tal forma «contagiados» de un sistema a otro. Metáforas como esta, originadas en una cultura sumergida en el miedo a la expansión de las enfermedades de forma indiscriminada y a la invasión de lo desconocido, poseen tal poder que se desarrollan de forma idéntica en campos aparentemente no relacionados con la salud ni las enfermedades: los virus informáticos, tal y como lo hace el virus de inmunodeficiencia adquirida, no producen síntomas visibles durante un período de tiempo, por lo que puede propagarse rápidamente, en este caso, por el sistema invadido y causarle graves daños sin que tenga tiempo a combatir, a poner remedio.

Para la autora de *La enfermedad y sus metáforas* (1978) y *El SIDA y sus metáforas* (1988) todos estos paralelismos están fomentados por la «omnipresente conversación sobre el SIDA» (1988), y como prueba de que el

virus está presente en cualquier lugar y contexto, menciona los casos de «sida de PC» que han destruido bases de datos informáticas enteras, y cuyo nombre está obviamente relacionado con los estragos que causa la enfermedad. Ante la amenaza del VIH nadie queda impasible, parece ser una obsesión subyacente porque, aun cuando no se habla de ella, provoca desconfianza entre distintos grupos sociales, suscita paranoias, miedos infundados, hipocondría exacerbada y discriminación no justificada, si es que esta alguna vez lo es.

Sontag, que cerraba su libro aseverando que «no todas las metáforas que se aplican a las enfermedades y sus tratamientos son igualmente desagradables y distorsionantes» (p.86), dejó un gran legado para la lucha contra las metáforas dañinas, las imágenes y reales y las representaciones sociales negativas de cualquier enfermedad, pero especialmente de las degenerativas como el cáncer y contagiosas como el VIH, por los estigmas que generan de forma innecesaria.

El deseo de la autora era que las afecciones de tal índole dejaran de suscitar polémica y pavor, llegando a ser consideradas ordinarias, como la gripe, salvando las distancias:

«Aun la enfermedad más preñada de significado puede convertirse en nada más que una enfermedad. Sucedió con la lepra, si bien unos diez millones de personas, fácilmente ignorables pues en su mayor parte viven en el continente africano o el subcontinente indio, padecen de lo que hoy se llama, como parte de una saludable desdramatización, la enfermedad de Hansen (en nombre del médico noruego que descubrió hace más de un siglo su bacilo). Y sucederá con el sida, cuando la enfermedad esté mucho mejor comprendida y sea, sobre todo, tratable(1988:84)».

En el fragmento de texto citado, resulta especialmente destacable la sutil manera en la que Sontag acompañó al sustantivo «desdramatización» del adjetivo «saludable», una expresión reveladora de cómo la eliminación de metáforas distorsionadas que dramatizan la enfermedad e infunden miedos irracionales, perjudicando, más que a nadie, a los afectados, pero también frenando el avance en la prevención e investigación del virus, es la clave para que el monstruo retroceda, pierda fuerza y se llegue a desvanecer. Para la autora, la tarea de «vaciar» de significado las representaciones sociales existentes del VIH se presentaba entonces dura, y aún hoy lo es: no es suficiente con dejar de hablar de ellas, «hay que ponerlas en evidencia, criticarlas, castigarlas, desgastarlas» (p.86), justo la labor que ella misma desempeñó a través de su obra.

2.4. Cultura, estigma y discriminación del VIH/SIDA



Se estima que en España hay entre 140.000 y 170.000 personas infectadas por el VIH (ONUSIDA, 2013), de las cuales se considera que un 30% desconoce su estado serológico. Numerosas personas VIH+ tanto en España como en el resto del mundo han declarado que sus derechos humanos han sido vulnerados en alguna ocasión mediante la estigmatización y discriminación sufridas a raíz de su condición de seropositividad, un hecho que aparte de propiciar la exclusión de este grupo de personas y la ocultación de su estado serológico, representa un gran impedimento para la prevención de nuevas infecciones.

La escasa información difundida acerca del VIH, así como los prejuicios que suelen originarse con respecto a sus formas de contagio (unos causados por el desconocimiento, y otros deliberados o malintencionados), propician la formación de convicciones infundadas que resisten al paso del tiempo, habiendo ya transcurrido más de treinta años desde el descubrimiento del virus. Esta serie de dogmas y creencias que se han originado conforme a unos patrones sociales y culturales determinados inciden de manera significativa en la manera en que los miembros de ciertas sociedades y culturas afrontan la convivencia con personas VIH positivas.

No obstante se ha observado, de forma esperanzadora y a nivel global, un aumento de la concienciación entre el sector de la juventud gracias a un mayor grado de información, y asimismo aumenta el número de prác-

ticas sexuales en las que se aplican medidas de prevención, tal y como lo refleja el Informe de ONUSIDA del año 2010 acerca de la situación actual de la pandemia, si bien aún preocupa el porcentaje de infectados que no es consciente de ser portador del virus. Por ello, se antoja necesario ampliar la cobertura de esa concienciación para conseguir que todos los niños y jóvenes tengan acceso a una educación fiable y precisa sobre el VIH, que les permita interiorizar, antes de que alcancen la edad de las primeras prácticas, los conocimientos teóricos y prácticos pertinentes para vivir una sexualidad sin riesgos (Unesco,2012). Dentro de las acciones fundamentales para frenar la expansión del VIH, resulta imperativo aplicar todas las medidas posibles para evitar conductas de riesgo y fomentar la realización de pruebas de diagnóstico precoz, siendo de vital importancia la prevención primaria y secundaria.

La estigmatización y la discriminación constituyen, como se verá a lo largo de este trabajo, dos grandes obstáculos para la visibilidad de la enfermedad y, consecuentemente, para su normalización, prevención, y lucha por unas condiciones de vida dignas para los afectados.

Estos dos males continúan siendo problemas sin resolver en la actualidad, y así lo corrobora el informe de la UNESCO 2012, en el que se alude a la necesidad de desplegar «mayores esfuerzos para reducir la estigmatización y la discriminación, proteger los derechos humanos, impulsar la igualdad de género y promover la participación de las personas más afectadas por el VIH» (p.10). Para poder llevar a cabo esos objetivos con éxito, sin embargo, es imprescindible contar igualmente con un fuerte compromiso político, social y cultural. Con el propósito de profundizar en el problema y situar al lector en antecedentes para que pueda llegar a comprender la identidad seropositiva en todas sus dimensiones, conozca el debate permanente de las ventajas y desventajas de que los infectados por VIH posean una identidad grupal y sea capaz de tomar conciencia de

la inmensa repercusión positiva que tendría el reducir o erradicar la invisibilidad de la enfermedad, se partirá de las definiciones pormenorizadas de los términos «estigma» y «discriminación» y su relación con la cultura de diversas sociedades.

2.4.1. Estigma

El estigma nace de los dogmas, creencias, ideas infundadas y prejuicios hacia los individuos afectados por el VIH/SIDA que se originan, generalmente, en el seno de comunidades religiosas o grupos con un estatus social determinado. Aunque este sentimiento de rechazo o desprecio dirigido a personas que poseen algún tipo de conexión con el virus –inclusive aquellos de quienes se desconoce el estado serológico pero pertenecen a

	<u>¿Quiénes lo padecen?</u>	<u>¿En qué forma lo padecen?</u>	<u>¿Cómo les afecta?</u>
ESTIGMA: Sentimientos negativos hacia personas que tienen alguna relación con el VIH	-Enfermos y portadores -Grupos considerados de riesgo: adictos a las drogas, prostitutas, homosexuales y transexuales	-Abandono -Exclusión -Acoso verbal -Crítica destructiva	-Sentimiento de vergüenza -Sentimiento de inutilidad -Culpabilidad -Baja autoestima
<u>¿Cómo reducirlo?</u>			
-Dando valor/poder a los grupos afectados. -Aumentando las campañas de información sobre VIH. -Educando en la convivencia con personas enfermas.			

Tabla 8: ¿Qué es el estigma?

(Fuente: Elaboración propia a partir de ONUSIDA, 2010).

uno de los denominados «grupos de riesgo» se origina por la desinformación, la ignorancia o el miedo, suele tener unas raíces tan profundas en la mente de los que estigmatizan, que la influencia que ejerce en el estigmatizado puede ser devastadora para su condición por las consecuencias en las que desemboca (auto abandono y renuncia a la ayuda externa, entre otras). Tanto es así que se detallarán en este texto dos modalidades de estigma: el percibido o sentido por el enfermo en anticipación a tener que comunicar su estatus VIH+ en sus círculos sociales, y el efectivo, con el cual ha de lidiar al convivir con otros en su vida diaria.

Antes de la aparición de los antirretrovirales, las personas infectadas con VIH no solamente se enfrentaban a una enfermedad mortal en un alto porcentaje de casos, sino también a un proceso extremadamente doloroso y cruento debido al deterioro físico y psíquico que ocasionaba, a menudo causa de vergüenza para el enfermo y las personas de su entorno.

Las experiencias pasadas de tal proceso hicieron que se arraigaran en la sociedad patrones culturales según los cuales aún hoy se asocian de manera errónea y frecuente los términos VIH, SIDA y muerte, algo que favorece el rechazo y aislamiento de muchas personas con la infección o portadoras del virus.

El desconocimiento sobre la enfermedad, sus formas de transmisión, las causas que la provocan y las maneras de prevenir su contagio, ha propiciado que las personas que conviven con VIH o las personas enfermas de SIDA se hayan visto irremediamente abocadas a un aislamiento social voluntario, como única manera de continuar viviendo con dignidad. Si la ignorancia sigue fomentando la invisibilidad de estas personas, será para ellos una tarea sumamente difícil luchar por sus derechos. Es más, normalmente este aislamiento presenta una doble vertiente: por un lado,

la de la sociedad que, bajo la influencia de doctrinas y dogmas moralistas a menudo provenientes de instituciones religiosas, estigmatiza la infección por VIH como enfermedad marginal y, por otro, la del autoaislamiento deliberado del afectado como respuesta a la opinión que su grupo social tiene con respecto a la enfermedad.

Mediante la segunda opción, la persona con VIH evita ser objeto de posibles actuaciones discriminatorias que con alta probabilidad tendrían lugar en caso de hacer visible su situación.

En el intento de perfilar un poco más la definición de estigma, puede añadirse que, según los autores Link y Phelan (2001), éste se da cuando se produce la coincidencia de las siguientes circunstancias:

- ❑ La identificación y el proceso de etiquetar las diferencias entre los seres humanos.
- ❑ Las diferencias son relacionadas por la cultura dominante como indeseable y negativa.
- ❑ Se establecen categorías distintas con el fin de establecer un grado de separación jerárquico.
- ❑ Las personas etiquetadas pierden estatus, aparecen actuaciones discriminatorias que promueven un trato injusto y desigual.

Ya en la década de los sesenta, Goffman (1963) definió el estigma como «la identificación que un grupo social crea sobre una persona, o grupo de personas, a partir de algún rasgo físico, conductual o social que se percibe como divergente del grupo y de la subsiguiente descalificación al hecho de ser miembro del grupo en cuestión». Según Castro, A. y Farmer, P. (2003) gracias a los esquemas de análisis que elaboró Goffman, muchas investigaciones han ido encaminadas al estudio de la construcción de ca-

tegorías que cimientan estas creencias estereotipadas. Por lo tanto, entendemos que desde la perspectiva de este autor, el estigma es un atributo que descalifica socialmente a quien lo posee, quedando el individuo indefenso ante reacciones de rechazo que, a su vez, favorecen el aislamiento y desencadenan sentimientos de culpabilidad y auto-rechazo, los cuales no hacen más que empeorar la situación social del afectado.

Esa línea de pensamiento se hace eco de los trabajos de Goffman, en su explicación de que muchas de las personas que padecen algún tipo de estigma terminan aceptando las mismas normas sociales que las descalifican. Además, con bastante frecuencia, los sujetos estigmatizados deciden ocultar su condición de VIH+ ante el temor a las reacciones negativas del entorno a las que se ha hecho referencia con anterioridad. El «estigma sentido» (también denominado «estigma personalizado» por otros autores) es, presuntamente, uno de los mayores obstáculos para el acceso al sistema sanitario, a un diagnóstico temprano, al tratamiento antirretroviral y al control de las nuevas infecciones, llegando a afectar gravemente la calidad de vida de las personas que viven con VIH (PVV).

Fue el propio sociólogo y autor canadiense quien, tras realizar un estudio sociológico en distintos hospitales psiquiátricos, desarrolló la teoría social sobre la relación entre estigma y salud que se explica en sus ensayos publicados en 1961 y 1963. En el libro titulado *Estigma: La identidad deteriorada* (Goffman, 1963), se subraya que «toda persona afectada por un estigma corre un fuerte riesgo de conocer la suerte del individuo desacreditado y la del individuo desacreditable». Y para respaldar la teoría en su aplicación a casos de enfermos del VIH/SIDA, el autor distinguió entre tres tipos de estigmas:

□ Monstruosidades del cuerpo, haciendo referencia a las deformidades físicas que puede padecer una persona infectada por el VIH.

❑ Taras del carácter que, a los ojos ajenos, toman la forma de una falta de voluntad, de pasiones compulsivas o antinaturales, de creencias disparatadas y rígidas, de deshonestidad, y de las que se infiere su existencia en un individuo porque se sabe que es o ha sido, por ejemplo, perturbado mental, encarcelado, drogadicto, alcohólico, homosexual, parado, suicida o de extrema izquierda.

❑ Estigmas tribales que son la raza, la nacionalidad y la religión, que pueden transmitirse de generación en generación y contaminar también a todos los miembros de una familia.

Más tarde, Patton, C. señaló en su obra *Sexo y Gérmenes* (1985) que el estigma asociado al VIH y al SIDA tiene su anclaje en fuentes diversas y que comprender las mismas resulta esencial para poder desarrollar respuestas efectivas; quizá sea posible, no obstante, simplificar la idea general en el hecho de que las enfermedades epidémicas provocan en todo tipo de comunidades temores arraigados, tales como el temor a la muerte, a los gérmenes, y a lo pecaminoso de actos «prohibidos» como mantener relaciones homosexuales y no tener una pareja estable, entre otros.

El estigma asociado al VIH/SIDA frecuentemente lleva implícita una conducta de discriminación, lo que provoca que se violen los derechos no sólo de las personas que viven con el VIH o con el SIDA, sino de aquellas que se presume que tienen el virus así como de sus familiares. Los autores Aggleton P., Parker R. y Maluwa M. (2002), opinan que esta violación multiplica el impacto negativo de la epidemia ya que:

«A nivel individual, por ejemplo, aumentan la ansiedad y el estrés: factores que en sí mismos contribuyen a empeorar el estado de salud. A nivel comunitario, familias y grupos enteros se avergüenzan, encubren su asociación con la epidemia, y retiran su partici-

pación de respuestas sociales más positivas. Y a nivel de la sociedad como un todo, la discriminación contra las personas que viven con VIH/SIDA y el abuso de los derechos humanos, refuerzan la creencia equivocada de que resulta aceptable que estas personas sean culpadas y condenadas al aislamiento y al silencio» (p.3).

A lo largo de las últimas décadas, el estigma relacionado con la salud analizado por Goffman y Patton se ha revelado como uno de los factores condicionantes de mayor incidencia sobre la planificación, implementación y utilización de servicios de salud, particularmente en torno a afecciones como la de poseer un estatus VIH seropositivo, obstaculizando la prevención y normalización de la enfermedad. Dicho factor, que guarda una estrecha relación simbólica con la vinculación sexualidad-muerte, desencadena de forma prácticamente generalizada actitudes estigmatizadoras considerablemente marcadas en un amplio espectro de interacciones sociales.

Con frecuencia, individuos que simplemente sospechan que pueden estar infectados son «marcados» con este estigma, cuando pueden no estarlo realmente o no presentan síntomas de estar enfermos siquiera. Cuando esto ocurre, especialmente en el ámbito de los servicios sanitarios, la estigmatización interfiere significativamente en la calidad de vida de la población infectada -o no-, limitando su acceso a la asistencia profesional, la información y la prevención.

La solidez de este estigma social se ha hecho patente en diversos estudios realizados acerca de la epidemia del VIH/SIDA, habiendo sido documentados numerosos casos reales en los que el impacto negativo de esta vinculación sobre las condiciones de vida y la atención sanitaria a enfermos y portadores del virus en España se hace evidente. Con el propósito de entender y abordar el estigma desde la perspectiva del individuo que lo padece, éste podría ser descrito como la suma de vivencias personales y

sociales de carácter negativo que integran tanto la visión percibida (una anticipación de la conducta estigmatizadora de otras personas por saberse portador del virus, pudiendo esta tener lugar o no), como el denominado auto estigma (aquel rechazo o desprecio que pueda sentir el individuo estigmatizado hacia sí mismo). Mientras que este estigma percibido o sentido suele anclarse en la mente del afectado durante el desarrollo de la enfermedad y, aun recibiendo asistencia psicológica, es difícil de superar, sí que se puede considerar como evitable el estigma efectivo que conduce a actitudes discriminatorias, agravando el primer tipo.

Por las razones expuestas, durante las primeras etapas tras el diagnóstico de la enfermedad, el infectado se debate en una lucha para ocultar el atributo causante de su estigmatización y alargar lo máximo posible el período de tiempo durante el cual no cree necesario revelar su estatus VIH+ en su entorno, por no presentar signos físicos que lo evidencien.

Ese intervalo supondrá igualmente librar la batalla contra las preocupaciones acerca de poder o no continuar una vida normal en lo práctico, cotidiano, laboral y social. Este encubrimiento no es más que un eco poderoso del estigma percibido que, casi de manera tan contundente como lo hacen la discriminación y el estigma efectivo, frenan la mejora de las condiciones de vida del enfermo de VIH+.

Miric (2004), en su trabajo *Escala para la evaluación del Estigma Sentido*, hace hincapié de forma precisa en la teoría previamente desarrollada sobre el estigma percibido. En él, insiste en que el hecho de que la infección por VIH, como atributo estigmatizador, permita que los infectados encubran su diagnóstico durante las primeras etapas no reduce en modo alguno la influencia que ejerce sobre ellos el estigma sentido. Es más, el miedo al rechazo que se apodera de los enfermos de VIH/SIDA desde el instante en que se les informa de su estatus serológico positivo y que les

conduce a la ocultación de su condición de salud provoca, según Miric, que pierdan «el acceso al importante apoyo social en el momento de enfrentarse a una enfermedad crónica y potencialmente fatal, a la vez que adquieren múltiples fuentes de tensión psicológica adicional» p.4). Es tal la incidencia negativa del estigma sentido en las personas VIH positivas durante los primeros estadios del desarrollo de la infección que llegan a perjudicarse a sí mismos psíquica y físicamente al tratar de esconder los primeros síntomas físicos, o al saltarse visitas obligadas al médico y la toma de su medicamentos, todo con tal de aparentar, ante su entorno, que no existe nada «anómalo» en su estado de salud.

Al invertir enormes cantidades de energía en ocultar su diagnóstico y, al mismo tiempo, experimentar la acentuada ansiedad de quien se siente continuamente amenazado por el posible descubrimiento de su enfermedad, están, paradójicamente, dañando el equilibrio ya alterado de su sistema inmunológico y acelerando la aparición de las consecuencias nocivas del proceso.

Es por esto que los infectados por VIH que no afrontan su diagnóstico desde el primer día y se dejan inundar por su propio estigma sentido, renunciando tanto al apoyo de su entorno como a la atención médica, se están negando a sí mismos las que podrían ser unas condiciones de vida óptimas para sobrellevar la afección.

2.4.2. Discriminación

La discriminación es el trato caracterizado por las injusticias y la desigualdad que reciben los afectados por el VIH/SIDA a causa del simple hecho de padecer la enfermedad. Este tratamiento injusto que se ejerce de forma deliberada puede darse en una amplia variedad de contextos y provenir tanto de desconocidos como de las personas más cercanas al infectado o individuo perteneciente a un grupo de riesgo (ver tabla 9).

DISCRIMINACIÓN: Tratamiento injusto de las personas en función de su estatus VIH real o percibido	¿Quiénes la sufren? -Prostitutas -Adictos a las drogas -Homosexuales -Transexuales -Presidarios -Refugiados -etc....	¿Dónde ocurre? -Entorno familiar -Entorno laboral -Centros sanitarios -Prisión -Escuelas -Sector servicios -Bajo políticas y prácticas legales y migratorias, entre otras.	¿Quiénes la ejercen? -Familiares -Compañeros de trabajo y estudios -Profesionales de la salud -Profesionales de la justicia -Policías -Trabajadores de la administración pública -etc....
	¿Cómo reducirla? -Optando por acciones no discriminatorias incluso ante la existencia de estigma. -Reforzando leyes y educación para frenar esta constante violación de los derechos humanos.		

Tabla 9: ¿Qué es la discriminación?

(Fuente: Elaboración propia a partir de ONUSIDA, 2010).

El informe FIPSE del 2005 titulado *Discriminación y VIH/SIDA* esclarece la diferencia entre los términos «estigma» y «discriminación»: mientras que el primero se padece, la discriminación «es generada por actitudes y conductas hacia la población discriminada» (p.23). Asimismo, el mencionado documento, con el objetivo de establecer una diferenciación más marcada, describe el estigma como algo que puede ser meramente percibido o realmente experimentado.

Tanto la discriminación como el estigma han sido objeto de numerosos estudios realizados con el fin de discernir implicaciones para la acción. Muestra de ello es la investigación de los autores Aggleton et al. en la Campaña Mundial contra el SIDA, organizada por ONUSIDA(2002), en la que argumentaron que, entre todos los factores que han condicionado que el VIH se convierta en una enfermedad estigmatizada destacan «la escasa comprensión, los mitos sobre la transmisión, la asociación ini-

cial de la infección con grupos socialmente marginados (como las trabajadoras sexuales y los varones homosexuales activos), la falta de disponibilidad de tratamientos, la imagen de incurabilidad transmitida por los medios de difusión, y el temor al contagio y a la muerte» (p.2).

Sin embargo, estos autores también apuntan que «en la base de todos ellos subyacen otros factores que contribuyen a la devaluación de las personas consideradas como infectadas, o en riesgo de infectarse» (p.2), hablando de que las verdaderas raíces del estigma descansan profundamente en las estructuras genéricas (de género), económicas, raciales y sexuales, que pueden ser identificadas en cada sociedad.

En la obra *Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual e Implicaciones para la Acción* (2002), los autores citados en el párrafo anterior afirman que este hecho no es casual, sugiriendo que responde a una cuestión de desigualdades en cuanto a género, asociándose la prostitución o promiscuidad en las mujeres a su situación de seropositividad, «como queda expresado en la creencia de que tan solo las malas mujeres se infectan», a factores raciales y étnicos como «la creencia de que el SIDA constituye una enfermedad africana», a factores relacionados con aspectos socioeconómicos «expresado en la consideración de que son las personas pobres quienes se infectan y enferman de SIDA» (p.2) y por último, a cuestiones relacionadas con las prácticas sexuales distintas a las tradicionalmente establecidas y bien valoradas en determinadas comunidades sociales, como las de los hombres que practican sexo con otros hombres, los transexuales, y las personas con parejas no estables.

Conforme a lo expuesto, podemos decir que nos encontramos ante una construcción de categorías arraigadas y con unas estructuras firmes, con profundas raíces en nuestra sociedad. Tales características hacen que sea necesario tomar medidas rápidas, eficaces y sólidas para que no sólo se

logre minimizar aspectos superficiales sino que se profundice en las estructuras de construcción del pensamiento comunitario para, tal y como plantea el Informe de ONUSIDA (2011) en uno de sus títulos iniciales, no sólo lleguemos a conseguir «cero nuevas infecciones por VIH y cero muertes relacionadas con el SIDA» sino también «cero discriminación» (p.2).

Igual de importante es la aclaración que recoge el informe FIPSE (2005) sobre el uso y la evolución del término «discriminación» en el ámbito jurídico. Este término nace como reacción a determinadas situaciones injustas, por lo que puede decirse que el derecho antidiscriminatorio es el que crea la «noción jurídica de discriminación».

En el documento, se explica que la lucha contra los actos discriminatorios surgió como respuesta social ante la situación de las personas de raza negra en la América de los años cincuenta y que, más tarde, se extendió a otros grupos desfavorecidos como mujeres o personas con algún tipo de discapacidad: «se denominó derecho antidiscriminatorio precisamente porque fue la respuesta a una situación de discriminación vivida por estas personas» (p.20). El informe enfatiza la importancia de tener en cuenta este origen, pues cuando se utiliza en un contexto jurídico «significa no sólo diferenciar, sino establecer diferencias injustas» (p.20).

Una vez aclarada la diferencia entre discriminación considerada en ciertos aspectos como mera diferenciación neutral y discriminación en el ámbito jurídico entendida como el establecimiento de diferencias injustas, el informe FIPSE (2005) aclara que para que se produzca esta última debe ocurrir:

Uno: Que exista un tratamiento diferenciado que tienda a excluir o a establecer restricciones en relación con el disfrute de determinados bienes a las personas que viven con VIH/SIDA.

Dos: Que el «tratamiento equivalente que, no teniendo en cuenta la situación peculiar en la que se encuentran las personas que viven con VIH/SIDA, tenga, como resultado, la exclusión o el establecimiento de restricciones en relación con el disfrute de determinados bienes a estas mismas personas» (p.22).

Los actos discriminatorios fortalecen y arraigan el estigma a través de las creencias que la población asume de manera generalizada. En el Informe del Organismo Andino de Salud elaborado por ONUSIDA y OPS/OMS (2008), la discriminación se entiende como:

«...una expresión concreta del estigma, que se manifiesta de dos maneras fundamentales: discriminación comunitaria y discriminación legislativa. La primera hace alusión a los actos discriminatorios que ocurren en lugares informales o de socialización, como sitios de trabajo, de recreación o estudio. Como ejemplos de discriminación están las expulsiones, el cobro de tarifas más altas o la privación de la atención a causa de una razón fundada en creencias y prejuicios sociales. La segunda es la que se expresa en leyes y políticas, como causa del estigma, y que se manifiesta por la vulneración de los derechos, como no reconocer el trabajo sexual o como la ausencia de mecanismos que erradiquen la discriminación en coherencia con pactos internacionales suscritos por cada país, que indican que se deben crear las acciones pertinentes para que esto ocurra» (p.14).

Los mecanismos de exclusión más comunes que se detallan en el informe arriba citado resultan de especial interés para nuestra investigación. El

primero de ellos es el descrito como «naturalización» refiriéndose a la normalización del lugar en el que se encuentra la persona estigmatizada: «en el caso del VIH, se puede caracterizar este proceso por la anormalidad atribuida a grupos que son relacionados con la enfermedad, caso en el cual se observan las creencias en torno a la anormalidad/enfermedad de estas personas y de sus prácticas» (p.13). El segundo mecanismo de exclusión que aparece en el texto es el denominado mecanismo de «negación de la existencia», ya que, tal y como afirman los autores, la ocultación de un estado serológico positivo ha provocado que «los derechos de las personas con VIH hayan sido negados durante largos años, de manera que se les inhibía como sujetos políticos» (p.13). Al mecanismo de negación de la existencia le seguiría el de la «desvalorización», es decir, presuponer la inferioridad por naturaleza, ejemplificando el informe este hecho con «la estigmatización de los grupos de orientación distinta a la heterosexual, así como de personas privadas de libertad, consumidores de drogas y trabajadores/as sexuales» a los cuales se atribuyen características comúnmente rechazadas por la sociedad «que surgen desde el estigma y el miedo que sus prácticas, consideradas como anormales, generan» (p.14).

Finalmente, al recalcar que «la existencia de cada uno de estos mecanismos de exclusión potencia a los otros» (p.14), se puede concluir que la combinación de estos mecanismos puede llegar a provocar que ser una persona VIH+ desemboque sistemáticamente en una situación de marginación natural. Una buena noticia es, sin embargo, que la lucha por los derechos de las personas con VIH o enfermos de SIDA ha dado frutos positivos gracias a la actuación de grupos activistas en la promoción de los derechos humanos de colectivos fuertemente discriminados y estigmatizados.

La Comisión sobre los Derechos Humanos de las Naciones Unidas (2001) ratificó que la «discriminación a partir de la infección por VIH/SIDA,

real o presumida, queda prohibida a partir de los derechos humanos básicos existentes» constituyendo una innegable violación de los derechos fundamentales. Aggleton et al. (2002) aseguran que, a lo largo de la historia reciente del VIH/SIDA, encontramos numerosos ejemplos «de lucha exitosa de la comunidad (fundamentalmente a través de la educación y el desafío de estereotipos y creencias discriminantes), en contra de la discriminación y las violaciones de los derechos humanos; y, más recientemente, con miras a ampliar el acceso al tratamiento» (p.5).

Pese a que esta lucha por los derechos fundamentales de las personas con VIH/SIDA prevalece como objetivo primordial para diversos organismos internacionales, la realidad en muchas regiones del mundo es que el estigma vinculado a la enfermedad es tan arraigado y profundo, que aún supone una gran dificultad para la persona que padece esa situación al tiempo que obstaculiza el abordaje de la prevención de la epidemia.

En esta investigación, se ha mantenido que esto se debe, entre otros aspectos, al hecho de que la vinculación entre muerte y sexualidad desencadena un estigma social especialmente fuerte tanto en las personas que padecen la enfermedad de SIDA o son VIH+ como en los grupos que se presupone que tienen mayor riesgo de contagio. Sin duda alguna, la aplicación de los derechos humanos es la respuesta nacional más eficaz ante la epidemia. Tal como lo recoge el *Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos* (2007), «donde no se protegen los derechos humanos, las personas son más vulnerables a la infección por el VIH.

Donde no se protegen sus derechos humanos, las personas VIH-positivas sufren estigma y discriminación, enferman, se vuelven incapaces de mantenerse y mantener a sus familias y, si no reciben tratamiento, fallecen.

Donde las tasas de prevalencia del VIH son altas y se carece de tratamiento, comunidades enteras son devastadas por el impacto del virus» (p.1).

Las normas internacionales de derechos humanos no constituyen, en ningún caso, la única vía de regulación que incide sobre la vida cotidiana de las personas que viven o se sospecha que viven con VIH/SIDA. Existe una amplia variedad de reglamentos y procedimientos internos que ponen en práctica diversos organismos, organizaciones y grupos tanto públicos como privados con el objetivo de frenar la discriminación, propiciar una normalización de la participación en la sociedad de los individuos afectados y, en definitiva, ayudar a mejorar su calidad de vida. Ahora, si bien estas legislaciones aparentan ser idóneas y no poseer lagunas, aún está por ver si son capaces de eliminar del todo la discriminación, ya que cuando hablamos de órganos u organismos privados, tanto la efectividad en la aplicación de los derechos humanos en las relaciones entre particulares como la forma en la cual el Estado debe actuar ante comportamientos discriminatorios han de pasar una verdadera prueba de fuego. Los organismos y grupos mencionados han de tener, idealmente, un alto grado de concienciación acerca de la realidad del VIH/SIDA para que la defensa de los derechos de enfermos y portadores en su papel de trabajadores o usuarios dentro de cualquier área social pueda llevarse a cabo satisfactoriamente.

Por esta razón, el informe *Discriminación y VIH/SIDA* elaborado por FIPSE en el año 2005 se encargó de evaluar, por un lado, las tres fuentes principales de la discriminación arbitraria (legislación, procedimientos y práctica cotidiana), y por otros, las diferentes áreas de la vida social en las cuales «se pueden producir esos tratos diferentes, injustificados e institucionalizados» (p.13), siendo algunas de las más relevantes la asistencia sanitaria, el empleo, el bienestar social, la vivienda y el acceso a servicios o establecimientos públicos. La investigación detallada en el informe

valorar los distintos tipos de discriminación que se producen en dichas áreas por parte de órganos públicos y privados: por acción u omisión, de manera intencional o no intencional, simple o múltiple y, finalmente, directa o indirecta. Lo que viene a desvelar el desglose de estas categorías es que no todos los organismos discriminan de igual manera; cuando un enfermo de VIH acude a la administración pública o a una empresa privada para gestionar un trámite o realizar una solicitud, puede sufrir la negativa a que se le proporcione atención o ser víctima de una normativa ya establecida que no tiene en cuenta sus derechos y, en muchas ocasiones, la acción discriminatoria no tiene lugar únicamente a causa de su enfermedad sino por la influencia de otros factores raciales, socioeconómicos y de género.

Para que el Estado pueda controlar del todo esta situación, el informe *FIPSE Discriminación y VIH/SIDA* (2005) al que hacemos referencia en este punto propone, específicamente para España, que «la política antidiscriminatoria ha de ser, por imperativo constitucional, basada en derechos», frente a un modelo basado en consideraciones de salud pública que fomentaría «la normalización de la enfermedad para una mejor prevención y tratamiento» (p.53), pero cuyas medidas antidiscriminatorias puramente instrumentales no alcanzarían para resolver del todo la problemática de la exclusión y la discriminación de las que son objeto enfermos y portadores del virus.

2.4.3. Cultura, estigma y discriminación

Castro y Farmer (2003) manifestaron acertadamente que la distancia geográfica, el origen social y, en definitiva, todo lo que compone y conforma una cultura tiene el poder de acercar o distanciar a los individuos. Conforme a esto, puede comprobarse que la condición humana se define, entre otros muchos aspectos, por una incapacidad de sentir el mismo grado de empatía hacia una persona de origen cultural distinto, con la cual no se comparten los mismos patrones de conducta que hacia uno de sus iguales. Por lo tanto, la inevitable separación existente entre distintas culturas se convierte en un factor esencial en la aparición del estigma y la

discriminación: a todo ser humano le resultará más difícil sentir compasión ante la desgracia de un igual de distinta cultura que ante la de «uno de los suyos», y de esta manera se puede afirmar que incluso el estigma y la discriminación son anticipados hacia potenciales portadores del VIH – consciente o inconscientemente» tan pronto como se detectan las diferencias culturales.

La investigación de Castro y Farmer (2003) se remonta a un estudio pasado del segundo autor mencionado, con el objeto de explicar cómo, siguiendo pautas muy parecidas, cada cultura diferente se ve obligada, ante lo desconocido, a general un nuevo modelo cultural propio que normalmente responde a sus características específicas. El ejemplo que ilustra tal descubrimiento es el de los nuevos patrones culturales creados por la sociedad haitiana en la década de los ochenta, según los cuales se trataba de justificar la enfermedad del SIDA bien con los brotes de tuberculosis o bien con la brujería.

Estos modelos que, de acuerdo con la teoría de Castro y Farmer en *El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima* (2003), generan su estigma asociado pero continúan evolucionando sin descanso, llegan a un punto en el que requieren ser transformados del todo, como se espera que ocurra en Haití, por ejemplo, cuando los programas de información y tratamiento del VIH surtan efecto y esta cultura haya encontrado nuevas causas por las que explicar el origen de la epidemia que afecta a sus miembros.

No en vano, Parker y Aggleton (2003), apoyándose en las teorías de Foucault, encuentran evidencias de que «stigma arises and stigmatization takes shape in specific contexts of culture and power» (p.17), es decir, que el estigma surge y la estigmatización toma forma en contextos específicos de cultura y poder, tal y como ocurrió con la sociedad haitiana, y cuyo caso habría sido radicalmente diferente de haber tenido lugar en cualquier otro lugar del mundo y bajo unos patrones culturales condicionantes dis-

tintos. Los autores añaden que en el mismo marco, la construcción del estigma implica el establecimiento de diferencias entre categorías de personas y su inserción en sistemas o estructuras de poder. Por ejemplo, en contraposición a las culturas orientales en las que, por lo general, el valor espiritual predomina, la preocupación por la belleza física del mundo occidental robustece el estigma del VIH en sus culturas.

Esto es corroborado en una de las ponencias del *II Encuentro Fipse sobre investigación social en Vih/sida* (2009), en la que se recuerda cómo no ha pasado mucho desde que los enfermos de SIDA sufrían las consecuencias mortales de la enfermedad en un período muy corto de tiempo, y que por aquel entonces una sobrecogedora degradación física aparecía de forma rápida y sin reservas. Todo ha cambiado mucho desde entonces, pero el estigma de esa experiencia quedó fuertemente arraigado en la mentalidad de diversas culturas que guardan la imagen mental de los portadores del VIH o enfermos de SIDA como individuos físicamente devastados. Tal fue la influencia de los primeros años tras el descubrimiento de la enfermedad en la cultura occidental que estigmas como el que la considera «una sentencia de muerte» aún permanecen fuertes.

A este respecto, el informe *FIPSE Integración laboral de las personas con VIH* (Aguirrezabal, Fuster y Valencia, 2009) recoge textualmente declaraciones de afectados como la siguiente:

(...) «el momento en que se me diagnosticó era un momento todavía duro en el que equivalía a una sentencia de muerte, con lo cual la forma de plantearte tu forma de trabajar, de vivir y de relacionarte cambia absolutamente, cambia porque te enfrentas con la muerte (...) no tienes una proyección ni de prosperar, ni de empezar ningún objetivo en el mundo laboral nada más que mantenerte y punto» (p.26).

No obstante, para contrarrestar la existencia de este tipo de creencias en la actualidad, Aguirrezabal et al. (2009) recogen también evidencias de la conciencia vigente de la necesidad de la normalización de la enfermedad mediante la información y el apoyo tanto médico como social y cultural: «... con un tratamiento adecuado el VIH puede ser considerado una enfermedad crónica, quitándole el estigma de muerte e infección que hasta hace poco tenía [...]. Que un enfermo debidamente tratado y siguiendo unas normas de conducta determinada cumple con su trabajo perfectamente y no es un peligro para sus compañeros» (p.78).

En su texto *Ante el dolor de los demás: La enfermedad como estigma de las desigualdades sociales*, Román (2009) desentraña la concepción errónea de que, sumergidos en la cultura de las nuevas tecnologías y los avances científicos, se había logrado desacreditar la presencia de virus y gérmenes que pudiesen ocasionar desequilibrios en nuestras vidas. Contundentemente refutada con la detección del primer caso de SIDA en Estados Unidos en los inicios de la década de los ochenta, esa creencia de infalibilidad fue derrotada por los estigmas aún hoy vigentes concernientes a los gérmenes, las infecciones y los contagios de enfermedades que tanto salen a relucir en los casos de seropositividad.

2.4.4. Identidad seropositiva

En el informe del Organismo Andino de Salud - Convenio Hipólito Unanue; ONUSIDA; OPS/OMS (2008) se resumieron de manera óptima las diferentes formas en las que el estigma y la discriminación se manifiestan e inciden en la vida del enfermo, destacando una vez más «la decisión de no participar en procedimientos que detecten la presencia del virus, por el miedo a ser aislados socialmente» o «el desarrollo de conductas depresivas que inhiben la voluntad de acceder al apoyo, la atención y el tratamiento» (p.16). El texto, además, recuerda que el abandono

por parte de familiares y amigos agudiza los efectos estigmatizadores que, sumados a la ausencia de ayuda económica, conducen a un inevitable círculo vicioso del que normalmente el afectado no puede salir por sus propios medios.

Ballesteros (2009) afirma que el individuo infectado por VIH posee la capacidad de identificar, dentro de su propio círculo depresivo, los pensamientos negativos que emanan de su interior en relación con la enfermedad y que, en gran parte, provienen de su estigma sentido: («me voy a morir», «por culpa de ella mi vida no tiene sentido», «estoy completamente solo», «es mejor que no salga de casa para relacionarme con los demás», «no soy más que un enfermo que tiene los días contados»), pero que también es capaz de neutralizarlos sustituyéndolos por otros más positivos («tengo vida, aunque la enfermedad forme parte de ella», «tengo ganas de vivirla», «hay muchas cosas que quiero y puedo hacer», «si me cuido puedo tener una buena calidad de vida», «soy algo más que una enfermedad», «merezo ser feliz y si alguien intenta oponerse, aprenderé a vivir sin él») (p.85).

El balance de estas reflexiones conduce a pensar, con motivos de peso, que el hecho de que el infectado reúna suficiente valor para plantar cara a la enfermedad sin esconderse y sin miedo, con receptividad a la ayuda externa y al tratamiento médico, y con plena conciencia de que su entorno será informado de su estatus, corriendo el riesgo de ser estigmatizado, rechazado o abandonado, supone toda una hazaña.

Pero esto únicamente se debe al arraigamiento de prejuicios que continúa instalado todavía en los círculos sociales. Según Ballesteros (2009), la solución pasa por una revolución social que vuelva innecesario ese aislamiento que el enfermo se autoimpone como consecuencia del estigma,

ya que, al contrario, su visibilidad ayudaría a que se avanzase a pasos agigantados en la prevención y normalización del VIH.

Ballester (2009) ahondó en un estudio previo realizado con 180 personas de las cuales una proporción eran pacientes con VIH, otros pacientes oncológicos y, el resto, personas sanas. Como era de esperar, los pacientes con VIH evidenciaron signos de ansiedad, estrés y depresión a niveles mucho mayores que el resto de los participantes en la investigación. Además, se apreciaron en ellos características como baja o nula autoestima, perturbación afectiva, hipocondría, fobias, tendencia a la irritabilidad y una preocupación excesiva por la salud, existiendo denominadores comunes como la falta de apoyo social, laboral o familiar y el distanciamiento de la pareja y las amistades.

El autor concluye que, de forma innegable, estas marcadas diferencias entre los pacientes con VIH/SIDA y otros pacientes de enfermedades graves deben ser atribuidas a las características específicas y únicas de la infección, entre ellas su incurabilidad y la potente estigmatización implícita. Regresar en este epígrafe a Román (2009) resulta ineludible a la hora de hablar sobre el cuerpo como estructura en la que se sustenta la forma que las personas tienen de auto reconocerse frente al mundo exterior. Es decir, según los argumentos presentados en el trabajo de este autor, se puede afirmar que el cuerpo constituye, actualmente, nuestra forma esencial de identidad: «El cuerpo como contenedor de lo que somos celebra la particularidad de asumir nuestros límites corporales, incluida la enfermedad» (p.1).

Así, en su reflexión sobre la infección por VIH como estigma de las desigualdades sociales (2009), Román asegura que los individuos afectados llegan a ser más conscientes de su cuerpo, puesto que se ven enfrentados a los «monstruos de la mortalidad» (p.2). Como ilustración de la identi-

dad seropositiva a través de lo físico, el autor se sirve de ejemplos reales de artistas que vivieron con SIDA y murieron víctimas de la enfermedad, como el bailarín de origen ruso Rudolf Nureyev que, según él, elaboró un discurso con su propio cuerpo en una batalla para no ser condenado «al exilio de lo tipificado como enfermo (inmóvil, pausado, lento, decadente) e hizo de su físico «un portador visible de la autoidentidad» (p.9).

El hecho de que la enfermedad del VIH siempre haya sido considerada como algo extraño, extranjero y distinto, hace que los afectados se vean, en cierto modo, empujados a forjar su propia identidad. Esto se ve empeorado por una cultura narcisista en la que el cuerpo es una mercancía que pierde valor al presentar heridas y defectos. En estas circunstancias, la enfermedad, al no ser del todo controlable, se convierte en un enemigo para el infectado, provocándole incertidumbre, ansiedad y pérdida de la capacidad para amarse y cuidar de sí mismo.

Para Román (2009), mientras persista la «negación de la sociedad a asumir el trauma de su corporeidad inherente con todo lo que eso conlleva: muerte, fluidos, heridas, lágrimas... la pasividad no proporciona el cierre del asunto, la pandemia continúa extendiéndose sin límites de piel, sexo o raza»(p.10). Asumir la enfermedad y borrar el estigma, de manera que los individuos que conviven con el virus no estuviesen forzados al auto ocultamiento, la auto exclusión de la sociedad o a construir de cero una nueva identidad en base a su cuerpo «deteriorado», ayudaría, como se ha comentado previamente en este trabajo, a prevenir y normalizar un problema que afecta a todos los miembros de la sociedad.

Como se verá a continuación, aquellas personas con identidad seropositiva que pertenecen a grupos estigmatizados no siempre se identifican con dichos grupos, pese a los beneficios que, de forma clara, esa identificación acarrea. Si bien, en algunos casos, auto incluirse en un grupo de indivi-

duos que tienen relación con el VIH/SIDA supone una estrategia por parte del estigmatizado para no sentirse tan «diferente» y poder sobrellevar con mayor entereza y fortaleza el proceso de la enfermedad, e incluso la posibilidad de involucrarse en acciones colectivas que promuevan un cambio en la realidad de los que conviven con el virus y sus allegados, asumir una identidad social de este tipo puede ser visto como algo negativo por quienes llegan a sentirse todavía más estigmatizados y señalados al ser relacionados con otros enfermos o personas de riesgo.

2.4.5. Identidad grupal de los afectados por el VIH

En muchos casos, existen relaciones de poder encubiertas en las que un grupo culturalmente predominante somete a otro construyendo un pensamiento común, basado en verdades absolutas. En palabras de González Faraco (2000), «cuando un sistema social o un sistema de pensamiento se funda en esta formulación de la verdad, estamos ante una narración total y excluyente, proclive al monopolio e incluso al narcisismo y a la tautología».

Ante esta situación hegemónica de poder, con el fin de hacer frente a la situación de represión y/o sumisión, los grupos oprimidos conforman un entramado social y político. En palabras de Molero F. y Fuster M. J. (2009), la investigación demuestra que la identificación con otras personas que viven una situación similar es una de las estrategias más usadas entre los miembros del colectivo devaluado para afrontar los efectos del estigma.

Según estos autores, el formar parte de un grupo proporciona, por un lado, «la posibilidad de emprender algún tipo de acción conjunta para mejorar la situación del grupo» (p.95) y, por otro, apoyo social del resto de miembros del grupo. Por consiguiente, las consecuencias negativas que puedan producirse por asumir «una identidad social negativa», son desplazadas por los beneficios que aporta la pertenencia grupal. No obstan-

te, puede que los beneficios de la identidad grupal no sean claros o no convenzan del todo a los sujetos seropositivos.

En dos de sus estudios desarrollados con personas infectadas por VIH (uno de ellos de carácter cuantitativo y, el otro, cualitativo) los autores concluyen que, para los sujetos de la investigación, identificarse con un grupo de personas con la enfermedad conlleva una serie de aspectos negativos (tales como enfermedad grave y rechazo social), los cuales tienen para ellos mayor peso que los aspectos positivos de esa identidad (tener vínculos de amistad y apoyo con personas seropositivas). Es por ello que en la investigación se promueve la implementación de actuaciones encaminadas a minimizar los aspectos negativos de la identidad social de las personas con VIH y, al mismo tiempo, aumentar la importancia de sus aspectos positivos, como medida favorecedora y necesaria para la visibilidad de este colectivo (Molero F. y Fuster M. J., 2009).

En la misma línea se encuentran los trabajos de investigación de los profesores Bueno J.R. y Madrigal A.Y. (2009), donde se afirma que es habitual que las personas con VIH/SIDA «prefieran mantener la distancia y las diferencias con respecto a otras con las que comparten el mismo diagnóstico de infección por VIH». Los autores hablan del rechazo de muchas personas con VIH/SIDA a relacionarse con otras que se encuentran en la misma situación, «a pesar de necesitar de los recursos allí disponibles» (p.124).

Así, se puede comprobar cómo un sector de los afectados es capaz de anteponer la apariencia social a su propio estado de salud y, con tal de que no les relacionen con un grupo de personas enfermas o portadoras, renuncian a los beneficios que aporta el establecer lazos con individuos de características similares. Un ejemplo ilustrativo de esta situación es la narración de una persona VIH+ que los autores recogen en su estudio

titulado «¿Identidad seropositiva VIH+? Análisis de historias de vida de personas que viven con el VIH»: «No, es que no quiero ni que me vean contigo en un bar porque si me ven contigo en un bar y saben que tú eres seropositivo, me van a asociar...» (Historia de vida N° 8) (p.126).

A tener en cuenta son los datos ofrecidos por estos mismos autores, en su publicación *Vivir más y mejor. 25 años de presencia social del VIH/Sida* (2008), en relación al cambio que está experimentando la imagen social del VIH/SIDA, no asociándose ya de manera primordial a los grupos tradicionalmente estigmatizados como grupos de riesgo –prostitutas, homosexuales y usuarios/as de drogas inyectadas–, y apareciendo nuevos grupos como el de personas de origen africano. En los grupos de discusión de este estudio, podemos encontrar narraciones al respecto:

«De hecho, en África yo dudo que haya campañas contra el Sida, lo dudo bastante, yo no creo. Allí es bastante complicado que desaparezca el Sida alguna vez» (Grupo N°3) - «Pero si los negritos tienen todos Sida» (Grupo N°13) - «En África, yo creo que están todos contagiados» (Grupo N°15) –«En sitios como África, Asia, donde los preservativos no llegan, la gente quizá no sepa ponerse un preservativo, porque ni siquiera saben leer ni escribir.» (Grupo N°5) (p.125).

Si se evaluase el grado de vulnerabilidad de determinados grupos o se valorase la validez de ciertos estigmas en base a los datos del gráfico mostrado, pronto saldría a relucir que toda evaluación o valoración previa está altamente influenciada por los prejuicios. Al presentar jóvenes y usuarios de drogas inyectadas las tasas más altas de contagio por VIH, se demuestra una vez más que el riesgo proviene en gran medida de la desinformación y la falta de recursos para la prevención. De hecho, en el artículo firmado por Castro, A. y Farmer, P. (2003) y titulado *El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima*, se denuncia que la

distribución del VIH/SIDA en el mundo no es fortuita sino que, debido a las diferencias entre las estructuras sociales de diferentes regiones y poblaciones, los países más pobres y con mayor escasez de recursos son precisamente los más propensos a presentar un alto índice de casos de la enfermedad:

«Por eso no es sorprendente ni circunstancial que Haití, el país más pobre de América y uno de los más pobres del mundo, sea el país americano más afectado por la pandemia. Pero las corrientes del pensamiento establecido, que suelen estar implicadas en la reproducción de los sistemas de clase, raza y opresión de género insisten sobre la idea de que las personas afectadas pueden decidir sobre su destino a pesar de tener recursos limitados. Sin embargo, sabemos que el margen de maniobra individual para desarrollar estrategias es estrecho para las personas que sufren distintas formas de violencia estructural. Tratar de aumentar la autonomía individual sólo puede contribuir al cambio social si reconocemos que los recursos están constreñidos por el peso pesado de la historia y de la injusticia social» (p.41).

ONUSIDA, en su informe del año 2006, definió el riesgo como «la probabilidad de que una persona pueda contraer la infección por el VIH». Esa probabilidad o riesgo se origina, en primer lugar, por el desconocimiento, seguido, entre otros factores, por carencias en la autoestima y la capacidad del individuo para cuidar de sí mismo, y las características específicas de la práctica sexual que se lleve a cabo. De manera similar, ONUSIDA prefiere denominar a los que otros llaman grupos de riesgo «grupos vulnerables», considerando que la vulnerabilidad va más allá de meras probabilidades, y se fundamenta en posibles rasgos de la conducta sexual de ciertos grupos de personas: cuando varios de estos rasgos se combinan en un solo individuo o grupo, se puede afirmar que estamos ante personas o colectivos vulnerables.

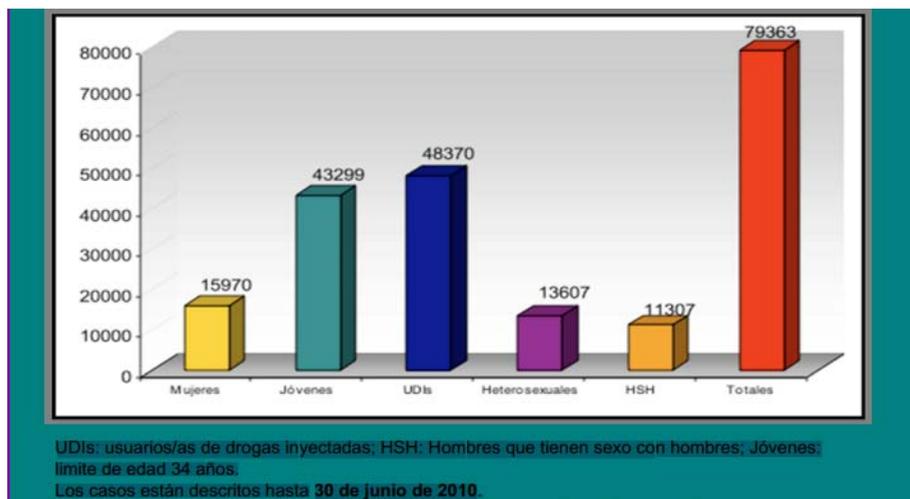


Gráfico 8: Casos de SIDA entre 1981 y 2010 por colectivo

(Fuente: Proyecto Evaúa+ (SIDA STUDI y Secretaría del Plan Nacional sobre el SIDA del Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad del Gobierno de España) a partir de los datos del Instituto de Salud Carlos III. Centro Nacional de Epidemiología).

Muy distintas son, como hemos visto, las causas que llevan a la estigmatización y la discriminación de determinados grupos, pues estas se apoyan principalmente en prejuicios acerca de la sexualidad, y provienen, en gran medida, de supuestos religiosos y sociales según los cuales un sector de la población asume que la heterosexualidad y la monogamia son las únicas formas «correctas» de tener una vida sexual y afectiva.

Al sumarse esta idea a la falta de información sobre todo lo concerniente al virus, su contagio y su prevención, unida al desasosiego que provoca el hecho de que se trate de una enfermedad, hoy por hoy, incurable, se llega a entender que el estigma se produzca mientras no se luche contra él potenciando un conocimiento realista, fidedigno y profundo de la enfermedad en todos los sectores de la sociedad. Es crucial tener en cuenta que la estigmatización y discriminación de estos grupos vulnerables constituyen variables estructurales de la propia epidemia, teniendo el poder

de incluso llegar a propiciarla (al señalar y acentuar la condición de vulnerabilidad de estas personas) o de modificar de forma negativa el desarrollo de la enfermedad. Las actitudes ocasionadas por el desconocimiento que provienen de su entorno más cercano empujan a estos individuos a sentirse desamparados y avergonzados, sentimientos que frenan de manera considerable la gestión de la prevención y la voluntad de solicitar atención médica.

De modo concluyente, casi se podría afirmar que el estigma es un condicionante de la autoexclusión del individuo vulnerable o de la persona con VIH que, tal y como se ha mencionado anteriormente, al renunciar al cuidado de sí mismo y a fuentes de apoyo externas, se auto condena a un empeoramiento de su estado de salud o a un aceleramiento de las consecuencias de la infección por el virus.

Al tratarse el VIH/SIDA de un problema conductual, se aconseja que cuando se aborde el tema se haga referencia a conductas de riesgo y no a grupos de riesgo pues, según sugieren Peterson y DiClemente (2000), cualquier persona puede contagiarse con un único comportamiento que envuelva una situación de riesgo. Esta visión se vuelve primordial a la hora de erradicar la estigmatización infundada de determinados grupos y, además, cobra especial importancia en la labor de conseguir que los grupos no considerados a priori de riesgo permanezcan alerta.

Cada vez que se detecta un nuevo caso de infección por VIH, éste tiene, a su vez, un efecto sobre la sociedad como grupo. Ante los avances médicos y tecnológicos anteriormente nombrados, que parecían funcionar como garantía de la infalibilidad humana, el SIDA actúa como un recordatorio de que los humanos somos mortales y, a su vez, difumina las barreras de separación entre grupos diferenciados racial, cultural, social o económicamente. Esto es, la muerte, ya sea causada por la enfermedad del SIDA,

el cólera, la tuberculosis o el cáncer, llega por igual para individuos pertenecientes a todas las culturas, originarios de todas las partes del mundo y con cualquier estatus socioeconómico. Conforme a esta idea, la cual diluye las líneas divisorias entre grupos culturalmente diferenciados con respecto a la asociación sexualidad-enfermedad-muerte, se podría demostrar la invalidez objetiva del estigma hacia determinados sectores de la sociedad.

En los inicios de la historia colectiva de la enfermedad, las estadísticas señalaron a prostitutas, toxicómanos y homosexuales como los más contagiados por el virus, algo que los situó en el punto de mira como «grupos de riesgo». Hoy día, en una sociedad en la que se sobrevaloran las apariencias, el estigma hacia tales grupos se mantiene fuerte, incluso cuando los estudios de salud en torno a la infección por VIH en concreto demuestran más bien lo contrario.

En la actualidad no podemos tener la total certeza de que alguien con buen aspecto físico y aparente bienestar está exento del virus o de ser infectado y, siguiendo esa misma norma, tampoco podemos estigmatizar a grupos de personas que pueden padecer un deterioro físico, como los drogodependientes, asumiendo que sus miembros son, sistemáticamente, seropositivos. Esto no viene más que a reflejar el excesivo valor que se otorga a una buena imagen en los entornos sociales en la actualidad, el espejismo que esto supone y cómo normalmente conduce al estigma y la discriminación de grupos sin que sean bien fundamentados.

Su carácter de enfermedad de transmisión sexual hace que el SIDA, en un mundo globalizado en el que los humanos se relacionan a través de las redes sociales de forma instantánea, el transporte conecta países y ciudades en cuestión de horas y la ciencia ofrece posibilidades antes nunca imaginadas, requiera planteamientos completamente diferentes para

poder ser afrontado. Con una infección que presentó el rasgo único de extenderse a lo largo de toda la geografía mundial, alcanzando el estatus de epidemia y ofreciendo, sobre todo en sus inicios tal como hemos recordado en el capítulo 1 de este trabajo, más incógnitas que información, el riesgo de exposición se vuelve también global y propicia el estigma hacia grupos vulnerables que terminan por establecer su propia identidad grupal, como alternativa a la exclusión impuesta.

2.4.6. Invisibilidad del VIH/SIDA

Aunque la situación haya cambiado en muchos países, el SIDA sigue constituyendo un grave problema, en especial en aquellas regiones en las que resulta difícil acceder al tratamiento farmacológico. Según el informe de ONUSIDA 2013, el África subsahariana continúa ocupando el primer lugar en la clasificación mundial de regiones con mayor número de casos de infección por VIH. En 2012, alrededor del 70% de la nueva población con VIH residía en esta región, que representa sólo el 12% de la población mundial. En estos países, la asociación VIH/SIDA y muerte sigue siendo latente, quedando aún sin resolver la cuestión de la representación social de la enfermedad y siendo ésta todavía un estigma consolidado. En los países en los cuales el tratamiento con antirretrovirales es de fácil acceso, se está dejando de hablar de SIDA como enfermedad terminal para comenzar a entender la infección por VIH como una enfermedad crónica que, aunque grave, permite en la mayoría de los casos llevar una vida normal. Sin embargo, las personas con VIH siguen sin hacer visible su situación de seropositividad por miedo al rechazo, propiciando así en muchos casos la propagación de la enfermedad y, por otro lado, evitando la protección y promoción de los derechos humanos de las personas VIH+.

Esta invisibilidad acarrea consecuencias graves para la sociedad en su conjunto. Mientras el estigma es invisible, las personas pueden ocultar su estado durante meses o años, frenando de modo considerable la mejora de su calidad de vida y acelerando el desarrollo de la enfermedad, pero también, de manera más importante, no ayudando a la prevención y poniendo en peligro a otras personas. Expertos en el tema han declarado en numerosas ocasiones que resulta difícil comunicarse sin barreras emocionales con personas VIH positivas tanto visibles como no-visibility (esto es, que han hecho público su estado de salud o no).

A lo largo de este trabajo se ha hecho referencia en numerosas ocasiones al miedo al rechazo como factor principal en la decisión de permanecer invisible como paciente con VIH. La familia y las parejas suelen ser las personas a las que, debido a la estrechez de la relación y el apoyo emocional que suponen, con mayor frecuencia se confiesa, o no, el resultado positivo de una serología.

No obstante, los entornos laborales y sociales provocan igualmente un duro debate interno ante el cual el enfermo teme perder su puesto de trabajo y verse condenado a una situación económica precaria o, por otra parte, a soportar el calvario de ser discriminado o vejado por un entorno poco tolerante y estigmatizador. Aunque tales argumentos pueden llevar a comprender y hasta a aceptar la invisibilidad impuesta y elegida de los infectados por VIH, siempre ha de pesar más la necesidad de crear comunidad, proteger a otros y ayudar a la prevención y la normalización de la enfermedad con el propósito de que, algún día, podamos dejar de hablar de ella.

De todos es sabido que tanto el apoyo emocional de las personas más cercanas al afectado por el VIH como el apoyo social son vitales durante el proceso de la enfermedad. Mientras su presencia facilitará la mejora

de las condiciones de vida del infectado, su ausencia puede conducirle al auto abandono y la renuncia en todos los ámbitos, con las terribles consecuencias para la salud que ello implicaría. Siendo la invisibilidad la única opción de escapar a la segunda posibilidad, por el simple hecho de no arriesgarse a comprobar la reacción del entorno ante la condición de seropositividad, el enfermo debe también sopesar las probabilidades de que sus relaciones interpersonales se intensifiquen, ya que, en casos determinados, el estigma que se ha dirigido a la persona puede favorecer una unión más estrecha con sus seres más queridos que, en respuesta a la necesidad, se vuelcan del todo con ella.

Casi siempre se ha de hablar del estigma sentido o percibido en relación a la invisibilidad de la enfermedad del SIDA, ya que éste es el principal causante de la decisión de no revelar el estado serológico, bien a un sector determinado del entorno o al entorno en general.

No obstante, en aquellos casos no tan comunes en los que el infectado asume el diagnóstico VIH positivo con entereza y sabe gestionar sus sentimientos, así como compartirlos con sus más allegados, el camino se adivina despejado para un correcto tratamiento y una visibilidad que permita avanzar en el estudio y la lucha contra la enfermedad. A nadie se le niega que decantarse por este modo de actuar requiere valentía y voluntad de sacrificio para levantar la cabeza sin ocultarse o, como se estableció en una de las ponencias del *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA* la determinación para llevar a cabo esa revolución social por la cual «las personas que conviven con el VIH deben huir de lo que denominamos la «muerte social» o el aislamiento muchas veces autoimpuesto» (p.85).

Ante la injusticia del estigma y la discriminación que inciden de manera tan acusada en la invisibilidad del VIH/SIDA, existen una serie de accio-

nes concretas que se pueden llevar a cabo. Algunas de ellas son: una mayor difusión pública de la información a todos los niveles, para mejorar el entendimiento de la enfermedad y erradicar falsas creencias y miedos; ofrecer educación preventiva de calidad en los centros escolares y fomentar el entrenamiento específico de trabajadores de áreas de salud y administración, entre otras en las cuales también se detecten casos de discriminación con frecuencia.

Las asociaciones y grupos que promueven una mayor visibilidad de la enfermedad en pos de un incremento de la concienciación que vele, además, por el cumplimiento de los derechos humanos de las personas con VIH/SIDA, suelen buscar el apoyo de personalidades y celebridades para que presten su imagen para la causa. Estas acciones comunitarias, al igual que aquellas ejecutadas por líderes políticos carismáticos, ejercen una mayor influencia en la sociedad en períodos más cortos de tiempo, por lo que son recomendables para luchar contra la invisibilidad de la enfermedad y fomentar una revalorización de los individuos y grupos relacionados con la epidemia.

De acuerdo con Aggleton et al. (2002) «resulta central para la efectividad de esta labor, el apoyo de los centros de ayuda legal y/o de los servicios jurídicos de la comunidad que abordan casos de discriminación y violación de derechos humanos» (p.7).

Y es que todavía son frecuentes la negación de asistencia médica a infectados por VIH o enfermos de SIDA en centros de salud, la omisión de prestación de atención y servicios a personas pertenecientes a grupos de riesgo por parte de la administración pública y establecimientos privados, y el aislamiento de personas seropositivas en entornos académicos, laborales y sociales. Lo que no parece estar tan presente en la conciencia so-

cial es que todos estos actos están prohibidos por las leyes fundamentales de derechos humanos a nivel global.

Si tal y como se propone en la mencionada investigación, estos servicios jurídicos se consolidasen dentro de las comunidades que prestan apoyo y servicios a los afectados por el VIH/SIDA, se podría restablecer la confianza en la sociedad en individuos que hayan sido previamente víctima del estigma y la discriminación, habiendo visto en muchos casos totalmente ultrajados, sus derechos básicos como seres humanos. El respaldo proporcionado por estos servicios se vería aumentado, adicionalmente, si se implantaran en organizaciones que la comunidad ya conoce, valora y respeta, como por ejemplo centros específicos para afectados por el VIH que lleven trabajando en una región concreta durante años o décadas.

Trabajar por la visibilidad del VIH/SIDA para frenar su expansión y mejorar las condiciones de vida de los infectados también pasa por hacer que tanto estos servicios como el tratamiento con medicamentos sea fácilmente accesible para todo aquel que lo necesite y que, aparte de eso, lo sea de manera igualitaria. Aggleton et al. (2002) se muestran convencidos de que «ampliar la accesibilidad al tratamiento con medicamentos también puede ayudar a reducir la estigmatización y la discriminación a medida que el temor de la comunidad disminuye» (p.7). Esto contribuiría simultáneamente a una mejor comprensión por parte de los componentes de la sociedad en general y los enfermos de VIH en particular de que una vida plena y satisfactoria es posible aun teniendo la enfermedad.

Erradicar miedos y temores infundados es clave para que la enfermedad no sea considerada motivo de aislamiento, discriminación, ocultamiento o vejación. Ni siquiera sería admisible irse al otro extremo y tratar de forma paternalista a los afectados por VIH, pues estaríamos hablando de otra forma de discriminación: la positiva. Que todas las personas que

conviven con el VIH/SIDA puedan vivir una vida plena y satisfactoria, disfruten del apoyo de su entorno, puedan ejercer todos sus derechos como ciudadanos y les sea posible acceder con facilidad a la medicación necesaria no es ninguna utopía. Por ello, si se continúa por el camino de la educación de profesionales y jóvenes, se realizan campañas de información públicas y se lucha por la revalorización de los individuos VIH positivos para que dejen de existir motivos por los cuales deseen ser invisibles socialmente, la prevención efectiva del SIDA y la normalización de la vida de los infectados por VIH estarán más al alcance que nunca.

2.5. Actitud ante el VIH/SIDA

Antes de dar por finalizado este trabajo sobre el estigma y la discriminación que padecen los afectados por el VIH y los enfermos de SIDA, sería imperdonable obviar la importancia de la actitud de la sociedad ante el virus.

Esto se debe a que tanto una postura positiva como negativa ante la realidad de la enfermedad y su contagio pueden llegar a incidir de un modo demasiado significativo en la vida de los infectados e incluso en el entorno médico que estudia el virus y trata de frenarlo como para pasar este factor por alto.

Fernández, Fernández y Tomás (2006) en su estudio *Modificación de actitudes ante el Sida en estudiantes de enfermería. Resultados de una experiencia pedagógica*, quieren resaltar que especialmente una opinión negativa con respecto a la enfermedad y todo lo que la rodea representa una barrera difícil de franquear, y que no hace más que dificultar la ya comentada necesaria visibilidad del VIH para su normalización, prevención y, al fin y al cabo, para un posible incremento en la mejora de la calidad de vida de los afectados y sus familias. En pocas palabras, esa actitud negativa únicamente vuelve la atención médica menos accesible y diluye la solidez del apoyo social.

Al centrar Fernández et al., (2006) su estudio en el marco de una escuela universitaria de enfermería, se subraya lo esencial del papel del docente

en el decisivo momento de formar a un profesional de la salud que ocupará una de las primeras filas en la atención a infectados por VIH/SIDA, personas que conviven con ellos e individuos vulnerables al contagio. Por ello, califican de «evidente» el hecho de que hagan falta acciones multidireccionales que no se ciñan solamente a la impartición de información sobre la materia en un aula, sino que han de gestionarse y, en cierto modo, gestarse actitudes en el alumnado que den lugar a una generación de personal de la salud con latente positividad, ausencia de prejuicios y estereotipos y, sobre todo, con capacidad de implicarse y proporcionar información fidedigna con cercanía y humanidad. La propuesta de esta investigación es que se produzca un cambio hacia metodologías más activas y programas académicos que lleven a los futuros profesionales de la salud a la reflexión. Sólo de esta manera puede estimularse el desarrollo de sus capacidades reales para impulsar el positivismo en el entorno de la enfermedad desde su posición privilegiada.

Lo ideal sería, pues, que aquellos enfermeros y enfermeras que traten directamente con afectados por el VIH y sus personas cercanas pudiesen desplegar en cada caso, aparte de todos sus conocimientos, una actitud favorable para la vida de la persona con VIH o del enfermo de SIDA. La actitud positiva de los que conocen el tema en profundidad siempre será interpretada como una buena señal por los pacientes, provocando en ellos mismos un extra de fortalecimiento y optimismo para afrontar el tratamiento.

Se nos recuerda en la mencionada investigación realizada en una de las escuelas de enfermería de la Universidad Autónoma de Barcelona que, de todos modos y aunque parezca sencillo, el proceso de formación de actitudes en los estudiantes y futuros profesionales resulta «complejo y delicado», pues hay que tener en cuenta la subjetividad y los valores preexistentes en cada individuo. Estas condiciones iniciales pueden, in-

cluso, llegar a estar muy arraigadas por causas familiares, culturales y religiosas, casos en los cuales un aumento de información y conocimientos no es suficiente para que haya un cambio de opinión. Por esta razón, las directrices a proveer por el docente han de ser claras, de manera que los estudiantes sean capaces, a través de la implicación afectiva, de seguir pautas y llevar a cabo estrategias que eliminen con éxito la existencia de creencias erróneas y se efectúe el deseado cambio actitudinal.

Un estudio anterior en la misma escuela universitaria de enfermería (2003) realizado por Tomás y Aradilla, reafirma la dificultad de generar un cambio actitud desde las aulas que acogen a los futuros profesionales de la salud al comprobar que, aun entre estudiantes jóvenes, la asociación de la enfermedad a conductas inmorales o que el hecho de contraer la misma sea visto como un acto de «justicia divina» por dichas conductas continúa vigente hoy en día. Por ello, no es del todo extraño que un profesional encargado de atender a un paciente con VIH pueda presentar reacciones homofóbicas, fobia a la muerte o a ser víctima de un contagio ocupacional. Cabe recordar que los enfermeros y enfermeras son, al margen de su formación, individuos con subjetividades y miedos personales.

Como consecuencia, y dadas las estadísticas que revelan un elevado número de personal de centros de salud y hospitales que han presentado actitudes estigmatizadoras y discriminatorias hacia pacientes con SIDA, se antoja indispensable el replanteamiento de la formación, tanto previa al ejercicio como continua, para que la calidad de la atención prestada en este entorno sea la adecuada y propicia para el tratamiento de la afección, sin olvidar la dignidad de las personas.

Esta preparación debe tener en cuenta, además, el punto de partida de cada uno de los individuos que la reciben en cuanto a ideología, edad, su opinión previa sobre la homosexualidad, sus conocimientos de la enfer-

medad y el grado de interacción que hayan tenido con pacientes con VIH/SIDA hasta ese momento.

Al analizar las distintas causas de actitudes negativas detectadas en enfermeros y enfermeras hacia personas con VIH/SIDA, el miedo al contagio ha sido sin lugar a dudas la más frecuente. Este miedo, desde la perspectiva de Tomás y Aradilla (2003), ha sido infundado por temores irracionales y prejuicios a nivel social y cultural, a los cuales estos profesionales, como componentes activos de su propia sociedad y cultura, no pueden escapar.

No obstante, como profesionales de la salud, deberían anteponer a ellos la racionalidad que les proporcionan sus conocimientos acerca del ínfimo índice de probabilidades de contagiarse en el entorno laboral sanitario. Este y otros estudios insisten reiteradamente en la relevancia de la educación como herramienta para disminuir miedos y ansiedades en el ámbito sanitario, de manera que se genere un cambio de actitud que cree, a su vez, un clima de apoyo generalizado en la sociedad, este último cimentado sobre la información y la tolerancia.

Dihigo (2008), en su trabajo titulado *Actitudes ante el VIH-SIDA de los estudiantes que ingresan a la carrera de Medicina*, ratifica esa necesidad de modificar las actitudes y comportamientos sociales hacia el VIH, una transformación que pasa ineludiblemente por la supresión de prejuicios sin base demostrable y miedos irracionales.

Esta investigación clasifica esas actitudes como estados duraderos y no fácilmente modificables, tal y como ya se aseveró en el análisis de estudios previos, y los compara con su otro extremo, el de la ignorancia ante el riesgo, principal motivo de la exposición al virus.

Como se ha expuesto anteriormente, los estudiantes de enfermería pueden adquirir una actitud positiva hacia el VIH durante su formación, la

cual puede ser trasladada a pacientes y sociedad desde su propio entorno de trabajo. Sin embargo, ¿poseen los docentes encargados de formar a estos futuros enfermeros y enfermeras el posicionamiento ante la enfermedad adecuado? Ante esta incógnita, Zabaleta, Valdelvira y Rubio (1994), constatan en su publicación *Actitudes y conocimiento de los profesionales de la educación frente a la infección por el VIH/SIDA* que:

«El colectivo de los profesionales de la educación no se diferencia en cuanto a conocimientos y actitudes frente a la infección por el VIH/SIDA de otros colectivos ya estudiados. El desconocimiento y la confusión son los elementos predominantes así como cierto rechazo a los afectados» (p.45).

Prueba de ello es que, a la luz de los resultados de diversas encuestas realizadas a miembros del colectivo, el profesorado demuestra tener asumido su papel integrador y modelo de tolerancia, pero no evidencia lo mismo al ser cuestionado de manera personal acerca de, por ejemplo, su actitud hacia el hecho de que sus hijos asistan a clase con compañeros portadores del virus.

Con unas ideas que no están del todo libre de prejuicios, por mucho que se conozca la teoría, se corre el riesgo de que los estudiantes no reciban la motivación correcta para que se produzca el cambio actitudinal.

Según lo expuesto, debe apostarse por una promoción de la formación continua y específica sobre el VIH que, previamente a modificar la actitud de los estudiantes ante la enfermedad, consolide la de los profesionales de la educación. Esta preparación, según el *Estudio FIPSE sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA*, ha de estar enfocada a la erradicación permanente de actitudes de discriminación y estigmatización y que, al ser efectiva, se traducirá en un «cambio radical de actitudes».

Es más, la formación del profesorado en general, y no solamente la del que imparte materias relacionadas con la salud y la medicina, debe contener programas educativos que cambien los modos de valorar a otras personas ya establecidos. Es fácilmente deducible que el estigma es una de las principales fuentes de la actitud negativa hacia el VIH, convirtiéndose éste en una condición sine qua non para que se produzcan comportamientos de rechazo y discriminación hacia infectados y grupos de riesgo.

Además, la actitud estigmatizadora suele ir, en el mundo actual, de la mano de los estereotipos, ya que en prácticamente todas las sociedades impera una cultura basada en las apariencias y rasgos externos definitorios de los individuos.

Reconocer un estereotipo concreto no tiene por qué generar actitudes negativas con respecto al mismo, mas cuando una persona o colectivo reacciona de forma emocionalmente ante un estereotipo, se está generando un prejuicio social por el cual se menosprecia a los individuos clasificados dentro del mismo, que pueden llegar a ver peligrar sus derechos ciudadanos si tal prejuicio se extiende, tal y como se ha explicado bajo el epígrafe de la discriminación, a las administraciones públicas. Si existe un grupo estereotipado y frecuentemente objeto de actitudes estigmatizadoras es el de la población inmigrante, algo que se explica desde la comentada idea de la incapacidad humana de desarrollar la misma empatía hacia individuos de una cultura distinta a la propia que hacia sus iguales. Se entiende que los hábitos culturales de cada comunidad determinan sus comportamientos sexuales únicos y diferenciadores, algo que puede llegar a generar desaprobación y rechazo en culturas opuestas.

Esta actitud negativa sistemática hacia colectivos inmigrantes normalmente conduce a que sus componentes, que ya encuentran suficientes obstáculos para su integración en muchos otros ámbitos de la sociedad, ocul-

ten sus hábitos y condición sexual o de salud, exponiéndose a un mayor riesgo y auto excluyéndose del apoyo a la prevención y el tratamiento del VIH. Cabe destacar, no obstante, la caída en el número de casos de estigmatización y actitudes negativas hacia varones homosexuales portadores del VIH o enfermos de SIDA, algo reseñable si se tiene en cuenta que dicho grupo permaneció en el punto de mira de los prejuicios sociales durante muchos años después del descubrimiento del virus. Según estudios recientes, una gran mayoría de personas que conviven con el VIH han sido objeto de actitudes negativas o de rechazo en entornos académicos, familiares, de ocio, laborales, instituciones y centros sanitarios, de las cuales elevados porcentajes son transexuales y usuarios y usuarias de drogas, identificándose estos grupos como los nuevos colectivos «señalados» por las creencias infundadas que obstaculizan el desarrollo normalizado de los programas de tratamiento y prevención, así como la visibilidad y dignidad de los infectados.

A este respecto, el *Plan Multisectorial frente a la infección por VIH y el SIDA* llevado a cabo en España entre los años 2008 y 2012, se centró en la defensa de los derechos humanos de los enfermos que padecían, puntual o regularmente, las consecuencias de una actitud negativa ante el VIH en su entorno cotidiano. De este modo, se planificaron acciones transversales para atajar actitudes discriminatorias como las de aquellas personas que se negaron a trabajar en la misma empresa, estudiar en el mismo centro o vivir en la misma comunidad que una persona relacionada con el virus. Adicionalmente, y en la misma línea de los programas educativos que velan por la formación de docentes y estudiantes de áreas sanitarias, se invirtió en diversos proyectos de Organizaciones no gubernamentales que se dedicaron a sensibilizar a la población en pos del tan buscado cambio actitudinal.

En otros países, como Nicaragua, la lucha se centra en otro tipo de prejuicios mucho más localizados, por ejemplo, los provocados por conductas machistas hacia los comportamientos sexuales. En *A propósito del SIDA: un estudio cualitativo sobre percepción y actitudes de estudiantes y profesorado universitario en Chontales, Nicaragua* (2013), se confirma que unos niveles de estudios más elevados no han logrado aún erradicar la indiscutible predominancia masculina en la toma de decisiones sobre hábitos sexuales y profilaxis. Esta forma de discriminación hace que la mujer pierda su derecho a cuidar de sí misma y a decidir sobre su salud, llegando su propia pareja a culparla y estigmatizarla si, como consecuencia de la actitud descrita, contrae el virus.

En la ponencia *Los Peligros del Prejuicio y el Sexismo ¿Realmente nos hacen vulnerables frente al VIH?* del II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA celebrado en 2009, se destacaba, además, que las conductas negativas tanto de sexismo como de homofobia implican una magnificación de los mitos con respecto a las vías de contagio de la enfermedad y el uso del preservativo y, al mismo tiempo, una disminución de las capacidades de gestión de los métodos preventivos.

La población mundial joven, que cada vez presenta menos rasgos de sexismo u homofobia en su personalidad, es, sin embargo, un grupo más a añadir a la lista de colectivos objeto de actitudes negativas o, quizá más acertadamente en este caso, desconfianza. La razón no es otra que la relajación de las conductas preventivas por su parte, o la reticencia mostrada por muchos a que le sea realizada la prueba de detección de anticuerpos. Y por si esto fuera poco para aquellos que, por sus creencias religiosas o morales, sienten prejuicios hacia la población adolescente y universitaria a causa de la posibilidad de contagio de VIH, se sabe que los jóvenes en la actualidad pueden tener, por norma general, varias parejas sexuales al año.

Este estigma silencioso provoca que gran parte de la población joven no acuda a los soportes de prevención como forma de rechazo a ser relacionados con el tema. En los casos en los que la infección, empero, se ha confirmado a través de pruebas serológicas, para cualquier grupo de los arriba mencionados -inmigrantes, transexuales, usuarios y usuarias de drogas, mujeres que no han tenido voz ni voto a la hora de decidir si utilizar o no un método preventivo, jóvenes, etc.» se vuelve imperante que los derechos humanos de estas personas no se quebranten, si bien tanto en España como en gran parte del mundo «una regulación completa y sistemática que regule los problemas jurídicos derivados de la infección por SIDA» (p.112) no existe, tal y como se declaró en la ponencia *VIH y Derechos de la Persona* del II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA (2009).

Fuera del ámbito jurídico, tal y como se señaló en la ponencia arriba mencionada del II Encuentro FIPSE del año 2009, es el artículo 10 de la Constitución Española el que ampara los derechos de igualdad de todas las personas, disponiendo que «las normas relativas a los derechos fundamentales y a las libertades que la Constitución reconoce se interpretarán de conformidad con la Declaración Universal de Derechos Humanos y los tratados y acuerdos internacionales sobre las mismas materias ratificados por España» (p.114). Es decir, los afectos por el VIH en este país podrán beneficiarse de todos los acuerdos tomados por organismos internacionales que defiendan sus derechos como persona, trabajador y enfermo, otorgándoles el derecho de igualdad en la sociedad y ante las instituciones a nivel nacional e internacional.

Si una actitud positiva hacia el VIH/SIDA y las personas que padecen la enfermedad es vital para su bienestar y que puedan llevar una vida digna, más aún lo es que tal actitud, libre de estigmas, asegure que les sea posible

permanecer insertados o reinsertarse en el mercado laboral con normalidad, viéndose así reforzada su autoestima.

El tema del empleo, tan complicado en estos momentos para la población en general, se vuelve delicado a la hora de hablar de individuos con la infección que pueden haber interiorizado un estigma o ya lo han sufrido de manera externa tras hacer pública su condición.

La búsqueda laboral o la estabilización de su situación actual se complica mucho más en estos casos que en los de personas no infectadas, un procedimiento cuya normalización pasa inexorablemente por un cambio de actitud por parte de la sociedad.

En la ponencia *Análisis de la situación laboral de las personas con VIH* del encuentro FIPSE «Superando Barreras» (2009), se constató que se siguen dando actitudes de discriminación hacia empleados activos o potenciales que padecen la infección, aun cuando en el terreno laboral en España existe una cobertura legal lo suficientemente extensa, todo ello sin contar que la reincorporación laboral o la búsqueda de empleo al convivir con VIH/SIDA entraña todo un espectro de condicionantes contextuales, sociales, psicológicos, políticos y, cómo no, de salud.

Cuando un afectado ha pasado un largo periodo de tiempo sin trabajar, ya sea por miedo al descubrir su estatus serológico o por causas de salud, la idea de retornar al trabajo supone la esperanza de normalizar su vida, deshacerse de estigmas internos y externos y potenciar su autoestima demostrando que continúa siendo útil para la sociedad, tal y como se declaró en la ponencia arriba mencionada. Pero, pese a la buena voluntad del afectado por el VIH, a quien puede haberle llevado un largo periodo de tiempo tomar esta decisión, los entornos laborales siguen, según se ha demostrado, siendo hostiles ante la enfermedad, algo que se complica

aún más cuando el infectado por el virus posee una baja cualificación para el empleo, no ha acumulado suficiente experiencia laboral o presenta signos físicos de degradación de su salud, por leves que sean.

El enfermo de SIDA o portador del VIH afronta, como se puede observar, un largo camino en solitario para luchar contra el estigma y las actitudes negativas (tanto externas como propias), con el propósito de fortalecerse ante una sociedad que precisa un gran volumen de cambio para mudar de forma definitiva su mentalidad ante el problema. En la ponencia del encuentro FIPSE celebrado en 2009 *Factores protectores de la salud en el estrés y la estigmatización: el papel de la autorrealización y afecto positivo en personas que viven con el VIH/SIDA*, se hace referencia a Ryff (1989) para definir las seis escalas de un modelo multidimensional de bienestar psicológico mediante el cual el infectado puede alcanzar un equilibrio que le permita sobrellevar su enfermedad con dignidad.

Este modelo, en realidad, no hace más que ratificar elementos de la vida del afectado que se han comentado anteriormente en este trabajo y que han de ser potenciados, tanto por el propio individuo como por su entorno, con el fin de mejorar su calidad de vida. Si el enfermo o la persona que vive con VIH adopta los siguientes comportamientos, estará en definitiva teniendo una actitud positiva hacia sí mismo y fomentándola en las personas que le rodean en todos los ámbitos: familiar, laboral y sanitario, entre otros. Dichos comportamientos son la autoaceptación (reconocimiento de las fortalezas y debilidades propias), el marcarse metas y objetivos vitales, el crecimiento personal, las relaciones positivas con otras personas, el desarrollo de competencias y la autonomía; todos ellos deben componer una imagen positiva de la persona VIH+ que haga que se sienta valiosa, competente y útil para la sociedad, siendo lo ideal que esto provoque un efecto espejo allí donde vaya.

CAPÍTULO 3

LAS *U* NIVERSIDADES COMO
 EN LA *P* ESPACIO EDUCATIVO
PREVENCIÓN DEL VIH/SIDA

3.1. Las Universidades como promotoras de la salud



La importancia dada a la promoción de hábitos saludables como forma de prevención de enfermedades y adicciones se ha visto incrementada de forma progresiva a lo largo de los años recientes, encontrando su marco ideal en las universidades. Así lo expresa González (2009) al afirmar que «la promoción de la salud en general y la promoción de la salud en la universidad en particular están teniendo un creciente reconocimiento e importancia tanto a nivel mundial como nacional»(p.247). Pero, ¿por qué es la universidad el contexto idóneo para la generación de este movimiento? Los motivos principales de esta centralización incluyen que es el lugar donde se preparan aquellos futuros profesionales que desempeñarán un papel de relevancia en la vida pública del país al que pertenecen, y que en él pasan la mayor parte de su tiempo durante los años de estudio. Por ello, sin duda alguna la universidad es tanto el sitio como el espacio temporal de la vida perfecto para engendrar la semilla de las buenas prácticas de salud, que crecerá en los años posteriores y dará fruto en el entorno cercano.

También es significativo escoger precisamente esta etapa de la vida del individuo para la promoción intensiva de hábitos saludables, pues es entonces cuando a mayores riesgos se ve expuesto en materia de sexualidad y consumo de drogas. No obstante, la intención de quienes promueven las acciones preventivas y de concienciación es que la actitud adoptada gracias a las mismas se perpetúe y tenga una repercusión positiva en el

ámbito laboral, en las relaciones sociales y familiares, en la integración en una comunidad e incluso a nivel ciudadano. No en vano González (2009) afirma en su síntesis de la tesis doctoral *Intervención de la Universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes* que el estudiante universitario debe conjugar sus conocimientos y habilidades académicas con los referentes a la salud, ya que habrá de ponerlos, de igual modo, en práctica en su futuro personal y laboral. Especialmente ilustrativo de lo expuesto resulta el Convenio entre la Comunidad Autónoma de la Región de Murcia, a través de la Consejería de Sanidad y Consumo y la Universidad de Murcia para la puesta en marcha del Proyecto Universidad Saludable. En el mismo, publicado en el número 20 del Boletín Oficial de la Región de Murcia, el 26 de enero de 2010, se destaca que el artículo 43 de la Constitución Española proclama el derecho a la protección de la salud y, a su vez, asigna la competencia de tutelar la salud pública mediante campañas y medidas de prevención.

Las distintas partes participantes del convenio, «conscientes de las enormes oportunidades que la Universidad, como forjadora de personas y de la sociedad, ofrece para la promoción de la salud del alumnado, profesorado y personal no docente», establece en el Convenio Marco las líneas principales de actuación en la promoción de la salud en universidades, que son aquellas que abordan, por una parte, estilos de vida en los concerniente a la alimentación, la práctica de deportes, el consumo de alcohol, tabaco u otras drogas, la salud mental y la prevención del VIH -entre otros-, y por otra, recursos y habilidades básicas para la vida como el autoconocimiento, la autoestima, estrategias de solución de problemas y toma de decisiones, relaciones interpersonales, habilidades sociales y comunicativas, tolerancia ante la diversidad y manejo de conflictos.

Como se verá posteriormente, gran parte de las universidades a nivel global adheridas a redes de universidades saludables coinciden en que la

promoción de la salud ha de partir del análisis y el abordaje de las áreas arriba mencionadas. Sin embargo, estando los objetivos y líneas de actuación tan nítidamente marcados, aún se encuentran, como evidencia la investigación de González (2009), algunos impedimentos y limitaciones para la promoción de la salud en el entorno universitario. El estudio llevado a cabo mediante entrevistas, cuestionarios y la consulta de documentación, reveló que la falta de implicación en estos programas generalmente responde a la carencia de tiempo y recursos, a dificultades para divulgar información sobre campañas informativas, a una pobre coordinación entre los servicios universitarios y agentes externos o a la imposibilidad de introducir innovaciones en ciertas instituciones universitarias.

Para eliminar estos obstáculos, la investigación de González (2009) lanza una serie de propuestas entre las cuales son dignas de mención el buscar iniciativas incentivadoras enfocadas a conseguir involucrar al alumnado universitario mediante, por ejemplo, reconocimiento académico o la diversificación de actividades. Pero en cualquier caso, y conforme a los resultados de las encuestas realizadas, el alumnado se siente especialmente motivado a implicarse en acciones de promoción de la salud porque consideran que será beneficioso para su calidad de vida y que los conocimientos que adquiera serán de gran utilidad en su futuro profesional y personal, por lo que éste debe ser el verdadero gancho para lograr la implicación del sector estudiantil en concreto.

Con ese fin trabajan las treinta y cuatro universidades españolas actualmente adscritas a la Red Española de Universidades Saludables, cuya constitución es relativamente reciente, sobre todo si se compara con otras redes a nivel europeo e internacional de las que se hablará conforme se avance en este estudio. Fue el 22 de Septiembre de 2008 cuando la red, una iniciativa impulsada por el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, la Conferencia de Rectores de Universidades Españolas, el

Ministerio de Educación y algunas Estructuras Autonómicas de Salud Pública, quedó constituida con el propósito de potenciar el rol de las Universidades como entidades promotoras de salud y bienestar, así como de generadoras de procesos de cambio social, como se indica en el tríptico informativo *Universidades Saludables*, difundido por el Gobierno de España.

En el verano de 2010, casi dos años después de su creación, la Red Española de Universidades Saludables ya contaba con veintidós instituciones universitarias, entre las que se encontraban la Universidad de Almería, la Universidad de Huelva, la Universidad Internacional de Andalucía, la Universidad Pablo Olavide de Sevilla, la Universidad de Oviedo, la Universidad Autónoma de Barcelona, la Universidad pública de Navarra, la Universidad de Murcia y la Universidad Complutense de Madrid. Desde entonces y hasta la actualidad, doce nuevas universidades se han unido al movimiento de promoción de la salud, siendo algunas de las últimas incorporaciones la Universidad DEUSTO, la Universidad Internacional de Cataluña, la Universidad Abat Oliva-CEU, la Universidad Jaume I y la Universidad Politécnica de Valencia.

La tarea de que esta promoción de hábitos saludables no sólo cale en el alumnado universitario y consiga modificar sus comportamientos de riesgo para la salud, sino que llegue a tener repercusión fuera del espacio físico del campus es clave para la relación del entorno universitario con la comunidad en la que se encuentra integrado. Únicamente de esta forma podrán las políticas públicas ser orientadas a la promoción de la salud y la totalidad de la población gozará de los beneficios de las acciones que se realicen, traduciéndose en una mejora visible del bienestar en la sociedad de forma generalizada. Esto es alcanzable si las universidades comienzan a ser consideradas entornos promotores de la salud para la sociedad en su conjunto, uno de los principales objetivos de la Red Española de Univer-

sidades Saludables. Según el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, otros de los objetivos principales de la red son fomentar el trabajo investigador y docente en todo lo referente a la promoción de la salud, propiciar experiencias de intercambio y las colaboraciones entre organismos de salud pública, órganos de la comunidad y las propias universidades, consensuar estrategias y desarrollar proyectos de promoción de la salud, potenciar la relación con universidades extranjeras y ampliar la oferta de recursos y actividades que promuevan hábitos saludables dentro de la comunidad universitaria para que luego puedan extenderse a nivel de sociedad.

Asimismo, la Red Española de Universidades Saludables ha definido de forma clara cuáles son las líneas estratégicas que materializarán dichos objetivos. En primer lugar y de manera prioritaria, se ha de lograr que los entornos universitarios sean, inherentemente, promotores de buenos hábitos para la salud; adicionalmente, se buscará la incorporación de grados y postgrados de formación en promoción de la salud en los planes de estudio, se fomentará la investigación en este campo, se propiciará la participación de organismos de salud pública en las actividades realizadas en la comunidad y en las universidades, y los servicios y actividades ofertados dentro del campus se dirigirán a promocionar la salud de la Comunidad Universitaria.

Como hemos dicho, el paso por la universidad representa la etapa de la vida adecuada y el lugar idóneo para una promoción intensiva de hábitos saludables, no obstante, ¿por qué es el entorno universitario particularmente apropiado para llevar a cabo tal campaña? ¿Y por qué la iniciativa de trabajar en red? Estas cuestiones fueron aclaradas en la Declaración de Pamplona/Iruña, expuesta durante el IV Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud, organizado por la Universidad Pública de Navarra en el año 2009. El carácter de las universidades, cen-

tros formativos, educativos, de investigación y de desarrollo, las hacen especialmente indicadas para la promoción de la salud dentro de las comunidades. Además, las numerosas posibilidades que una organización universitaria ofrece en materia de creación, experimentación, innovación y exploración garantizan la oportunidad de abrir puertas al conocimiento y la convierten en un referente a nivel social.

En cuanto a la decisión de crear redes de universidades saludables que trabajen en la misma dirección, la *Declaración de Pamplona/Iruña* (2009) se refiere a la colaboración en red como «un medio y estrategia de actividad privilegiado». Esto se explica por la rica generación de experiencias y actividades que sirven para inspirar y crear nuevos proyectos año tras año. La relación entre las universidades pertenecientes a una red, e incluso la posible interacción entre distintas redes internacionales, puede proporcionar, por añadidura «un marco de entendimiento y colaboración mucho más amplio y de mayor calado».

En su trabajo titulado *Desarrollo del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud*, Arroyo (2012) profundizó en la actuación de las universidades saludables demarcando su marco operacional para la promoción de la salud. De esta manera, adjudicó a las universidades adscritas a tales programas la formulación de políticas públicas, por medio de las cuales se ayuda a fortalecer las acciones de la comunidad y la participación de los ciudadanos. Para la investigación, es igualmente competencia de las universidades saludables constituir un entorno propicio para la salud mental, física, social y recreativa tanto dentro de sus muros como más allá de ellos, aprovechando la influencia de la universidad como institución en la sociedad. Como centros de formación, educación y desarrollo, deben además fomentar la capacidad de tomar decisiones apropiadas en materia de prevención y hábitos saludables en su alumnado, y trabajar con los organismos de salud competentes para la reorientación de sus servicios.

A través de sus actuaciones, lo que hacen las universidades saludables es articular un discurso de la Promoción de la Salud, que ha de ser asimilado y llevado a la práctica por el alumnado universitario y, de ahí, extenderse al resto de la comunidad. Para Arroyo (2012), este discurso ha de estar enfocado hacia la difusión de valores (como por ejemplo, la equidad, los derechos humanos y el desarrollo) y la integración del tema de la salud de forma transversal en toda clase de políticas. A su vez, tal enfoque debe ser multisectorial y otorgar poder a estudiantes y comunidad sobre el control del propio bienestar, y con este propósito, muy a tener en cuenta serán los determinantes sociales y las competencias culturales que tienen incidencia en la salud para lograr alfabetizar a la población en la materia. En caso de éxito, se observará que los individuos tendrán la posibilidad de comprobar, de primera mano y mediante el conocimiento y la experiencia, la efectividad de las prácticas saludables, abrazándolas como estilo de vida.

Al mismo tiempo, la investigación que nos ocupa definió los sistemas mediante los cuales las universidades saludables abordan sus objetivos de promoción de buenos hábitos, siendo los más reseñables la capacitación de personas y profesionales, la defensa pública de la salud, la alfabetización de la comunidad en el tema, la vigilancia, la investigación, la incorporación de las nuevas tecnologías a los programas y la colaboración entre distintas universidades o redes saludables.

En resumen, la visión global que deja la conjunción de los objetivos, las líneas estratégicas y de actuación, y la filosofía de las Universidades Promotoras de la Salud, según lo descrito tanto por la Red Española de Universidades Saludables como por las investigaciones que apoyan el movimiento y tratan de introducir mejoras en el mismo, es la siguiente:

«Una Universidad Promotora de la Salud se preocupa por desarrollar una normativa institucional que genere una cultura saludable dentro de las paredes de la universidad, al tiempo que oferta actividades de educación, alfabetización y comunicación en salud y servicios de prevención y cuidado de la misma. Asimismo, integra en sus programas educativos universitarios la formación académica profesional en Promoción de la Salud y Educación para la Salud, y fomenta desde su espacio la investigación y la evaluación en estos campos. También busca alianzas con otros centros promotores de la salud a nivel comunitario, nacional e internacional. Y por último, predica con el ejemplo con la *reconstrucción de sus propias infraestructuras en pos de los hábitos saludables*» (Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad del Gobierno de España, 2013).

Desde que empezara a gestarse la idea de promover una educación integral en salud para la población aprovechando la influencia de la universidad como institución en las comunidades, mucho antes de que apareciera la red española y durante los primeros años de trayectoria de las redes europeas y americanas, el concepto de Universidades Promotoras de la Salud se afianzaba en los diversos congresos celebrados a uno y otro lado del Océano Atlántico.

El primero de todos, el I Congreso Internacional de Universidades Promotoras de la Salud, se celebró en Chile en noviembre de 2003, mientras que el segundo, organizado por la Universidad de Alberta en Edmonton, Canadá, tuvo lugar en octubre de 2005. México, Costa Rica y San Juan de Puerto Rico fueron ciudades organizadoras posteriores, si bien merece ser destacado que la cuarta edición del evento estuvo a cargo de la Universidad Pública de Navarra, en España, en el año 2009, bajo el lema «El Compromiso Social de las Universidades». La quinta edición,

celebrada en Costa Rica en el año 2011, ya evidenciaba grandes avances en la solidificación y crecimiento del movimiento promotor de la salud en las universidades a nivel global, acogiendo a trece países con redes de Universidades Saludables, registrando una cifra de cuatrocientos participantes y fructificando en 161 ponencias. Cabe también ser mencionado que durante este congreso se llevó a cabo, por segunda vez, la Asamblea General de la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud.

Los congresos se convierten en el escenario ideal para observar y evaluar el funcionamiento de las Universidades Saludables, inevitablemente determinado por sus características demográficas y políticas. Así, se han apreciado diferencias entre los modelos americano y europeo, representados por la Red Iberoamericana de Universidades Promotoras de la Salud y la denominada *European Network of Health Promoting Schools* (Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud) respectivamente. En la primera, las Redes Nacionales de Universidades Saludables, las Comisiones de Trabajo de Proyectos y el Comité Organizador de los Congresos Nacionales se rigen según la normativa promulgada por las Asambleas Generales y la Oficina de Coordinación.

La estructura arriba detallada sirve para explicar cómo cada una de las partes desempeña su función en el desarrollo de las iniciativas de una Universidad Promotora de la Salud en el modelo iberoamericano. El primer paso será la creación de una Oficina Coordinadora de iniciativas, que organizará el trabajo en consonancia con la actividad institucional y académica de la Universidad y su regulación. La coordinación será responsable del diseño de campañas de análisis previo y posterior información, concienciación y sensibilización a llevar a cabo por las Universidades Promotoras de la Salud adheridas a la red. Tales campañas -o proyectos, servicios y/o actividades- tendrán además un perfil definido y un plan

estratégico de ejecución que han de ser realizados por las comisiones de trabajo, aprobados por las asambleas y presentados públicamente, bien en los congresos nacionales o internacionales o bien en actos para la comunidad. La totalidad de las redes, al tiempo que trabajan en las acciones e iniciativas a desarrollar, han de esforzarse por obtener el compromiso y apoyo económico de Gobierno e Instituciones, para asegurar que la sociedad al completo se mueve en la misma dirección hacia una integración de hábitos saludables en el estilo de vida del alumnado universitario y la comunidad, y que las actividades propuestas puedan llevarse a cabo.

Sólo restaría la labor de medición y evaluación de la efectividad de las acciones concluidas, con la correspondiente divulgación y publicación de resultados, algo que habitualmente es asignado al profesorado y alumnado de las Universidades Saludables, especialmente aquellos que investigan sobre, imparten o cursan asignaturas de Promoción de la Salud y Educación para la Salud.

Sin embargo, dentro del marco específico de los congresos, en los cuales las directrices para el trabajo a llevar a cabo en los años siguientes quedan fijadas, la organización por comités varía y tiene lugar una mayor especialización, como dejan patente los esquemas incluidos en *Desarrollo del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud* por Arroyo (2012). En el caso de la Red Iberoamericana, las distintas comisiones se ocupan de aspectos administrativos y financieros, asuntos de juventud y estudiantes, metodologías para la certificación y acreditación de Universidades Saludables, transversalización curricular, investigación, comunicación y relaciones internacionales. Todo ello sin olvidar que, especialmente cuando se reúnen las asambleas designadas a tal efecto, se han de continuar evaluando los determinantes sociales en base a los cuales se analizan los hábitos de salud actuales de la población y se desarrollan nuevas iniciativas. El gráfico *Intervención con los Determinantes Sociales de la Salud, 2011* divulgado en la investigación citada en este mismo párrafo, sirve como referen-

cia para visualizar un análisis de las características más relevantes a la hora de elaborar campañas de Educación para la Salud, formativas o preventivas:

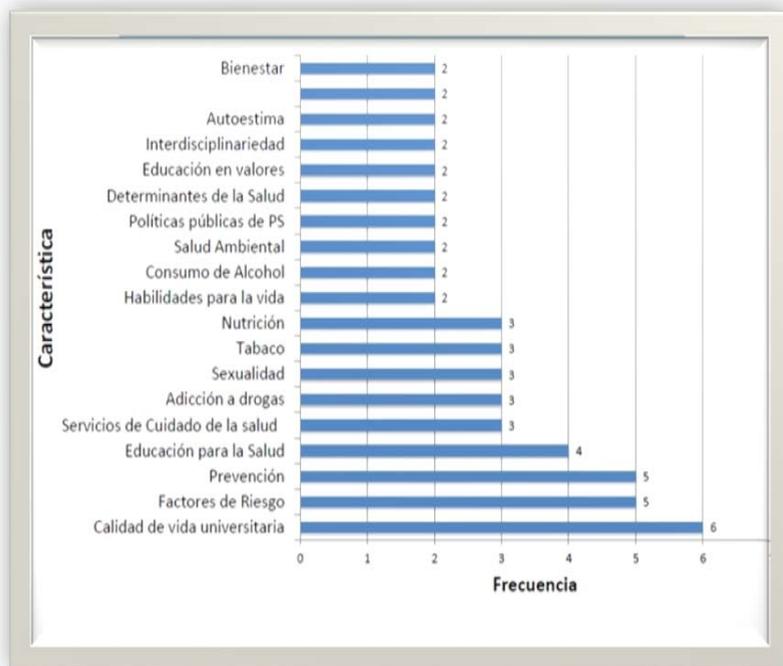


Gráfico 9: Intervención con los Determinantes Sociales de la Salud (2011)
(Fuente: Desarrollo del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud, Arroyo, 2012).

Como se constatará bajo el epígrafe en el que se hace un comentario pormenorizado de estudios anteriores sobre los conocimientos y representaciones de alumnos universitarios con respecto al VIH/SIDA, los determinantes representados en el gráfico anterior resultan de gran utilidad a la hora de elaborar nuevas acciones y campañas de promoción de la salud según el modelo iberoamericano. De hecho, muchas de las actividades promovidas por Universidades Saludables parten de los resultados de investigaciones que han recabado información acerca de los hábitos del alumnado universitario en cuestiones como la prevención en prácticas sexuales, las adicciones, el consumo de tabaco y alcohol, la alimentación y

la ocupación del tiempo libre, aunque también aportan datos de relevancia el estudio de factores como el nivel de autoestima, la educación en valores recibida o las políticas públicas en Promoción de la Salud impulsadas en el entorno.

En lo que respecta al modelo europeo, es Bennassar (2011) quien reflexiona en su tesis sobre la universidad como entorno promotor de la salud acerca del funcionamiento de la Red Europea de Escuelas Promotoras de Salud, también conocida como *European Network of Health Promoting Schools*, ideada por la Organización Mundial de la Salud y compuesta en la actualidad por cuarenta y tres países europeos que ejecutan sus directrices y programas en escuelas, institutos de secundaria y universidades. Esta red se fundó en 1992, contando por aquel entonces con solamente siete países miembros, pero cabe ser destacado que pasó a tener un total de veintiocho tras los tres años que siguieron a su constitución.

Si bien las políticas referentes a la salud de cada uno de los países adscritos a la red y la manera de canalizarlas por parte de la Organización Mundial de la Salud y otros órganos europeos puede hacer que el funcionamiento de la red difiera ligeramente del modelo iberoamericano, los objetivos y líneas generales de actuación, como no podría ser de otra manera, son similares. Los programas llevados a cabo por los centros que forman parte de la Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud persiguen inculcar un estilo de vida saludable en todos los individuos escolarizados mediante el desarrollo de una atmósfera favorable al cuidado de la salud en el entorno académico.

Tal y como explica Bennassar (2011), una meta tan específica sólo puede ser alcanzada consiguiendo la involucración del personal educativo, pero también la del sanitario. Un centro de la red europea «fomenta la salud y el aprendizaje con todos los medios a su alcance, y ofrece ambientes favo-

rables para la salud, así como una serie de programas y servicios clave de promoción y educación para la salud»(p.113). Es decir, sus actividades, programas y campañas integran de forma transversal la enseñanza de hábitos saludables en el ámbito educativo, haciendo partícipes a los profesionales sanitarios en la educación del alumnado y de la comunidad.

La investigación señalada también subraya especialmente la puesta en escena de políticas -en el modelo europeo- que buscan potenciar la autoestima de los estudiantes y su desarrollo personal. Esto se consigue dándoles la oportunidad de controlar su salud, sintiéndose así mejor consigo mismos y con su mejorada calidad de vida y bienestar. Para la Organización Mundial de la Salud, afirma Bennassar (2011) es importante no limitarse a hacer esto por el alumnado, al contrario, las acciones han de extenderse al profesorado, el personal no docente, las familias del alumnado y los miembros de la comunidad.

Más concretamente, desde su creación en 1998, la Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud se marcó los objetivos resumidos a continuación, recogidos en la investigación del autor que nos ocupa. En primer lugar, será misión de la red propiciar la adopción de modos de vida saludable ofertando al alumnado y profesorado de los diversos centros adheridos actividades relacionadas con la salud. En segundo lugar, se aprovechará el entorno escolar universitario para crear marcos de trabajo e investigación en materia de Educación en Salud y Promoción de la Salud, atendiendo especialmente a las condiciones sanitarias y de seguridad específicas de las instalaciones. En tercer lugar, al integrar el tema de la salud y su cuidado en el proyecto curricular, se dotará al alumnado de conocimientos y habilidades que le permita tomar decisiones con respecto a la salud de forma responsable; se posibilitará un desarrollo psíquico, físico y social pleno, acompañado de un autoconcepto saludable; se fomentarán en los estudiantes sentimientos de responsabilidad en temas

de salud en lo que respecta a ellos mismos pero también a sus familias y a la comunidad en la que viven, y finalmente, se luchará por integrar tantos recursos disponibles como sea posible para promover hábitos saludables y prestar servicios sanitarios de calidad a la comunidad.

Se corrobora, pues, que las líneas estratégicas de actuación de las diversas redes a nivel global de escuelas o universidades que luchan por la promoción de la salud insisten en una serie de puntos esenciales: cambiar hábitos de salud, realizar campañas informativas y de prevención en materia de salud, organizar actividades con tal fin, potenciar la autoestima y el bienestar de alumnado y comunidad, formar en salud y mejorar la prestación de servicios sanitarios, todo ello mediante la explotación al máximo de las posibilidades de la Universidad como espacio físico e institución de alta influencia en su entorno.

Retornando a la investigación de Arroyo (2012), en ella se detallan los casos concretos de Alemania e Inglaterra en cuanto al desarrollo del modelo europeo de Universidades Promotoras de la Salud, que comenzó a gestarse a mediados de la década de los noventa, poco antes de que la Organización Mundial de la Salud, apoyada por otros organismos europeos, impulsara la *European Network of Health Promoting Schools*. Los primeros grupos de trabajo y redes con sus comisiones pertinentes tuvieron como objetivo principal, al igual que ocurría en el continente americano, diseñar y planificar iniciativas que fomentarian la educación en salud de la comunidad desde las instituciones universitarias.

Como muestra de ello, en 1995 emerge en el país germano el denominado *Grupo de Trabajo de Universidades Promotoras de la Salud*, bajo la supervisión y coordinación de una agencia privada de Promoción de la Salud en el territorio, y con el compromiso de fomentar y respaldar todas aquellas iniciativas relacionadas con campañas de información, prevención y edu-

cación en salud que tuviesen posibilidad de ser desarrolladas en universidades de Alemania. Igualmente interesada en integrar en los programas apoyados a todos los sectores universitarios y no meramente al alumnado, esta red posee la particularidad de ser la que cuenta con el mayor número de miembros adscritos del mundo, superando las sesenta universidades. Lo más loable, sin duda, es que comenzó con tan sólo cuatro.

El caso inglés, descrito también por Arroyo en su trabajo *Desarrollo del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud* (2012), surge a raíz de documentos emitidos por el gobierno en los que se intentaba concienciar de la importancia de fomentar valores en referencia a la salud en el ámbito universitario, allá por el 2005. Al año siguiente, un grupo de universidades británicas decidió constituirse en red siguiendo las pautas marcadas por la ya creada Red Europea de Escuelas Promotoras de la Salud. Conforme a estudios previos realizados en tales centros, la investigación confirma que la filosofía de las universidades inglesas adheridas a la red corresponde fielmente a la de las Universidades Saludables repartidas por el resto del mundo: generar un ambiente saludable a todos los niveles, mejorar las condiciones de vida y bienestar de la comunidad y llevar a cabo evaluaciones que permitan avanzar en materia de salud y prestar mejores servicios.

Como novedad con respecto a modelos de otros países, sin embargo, en los reportes de las actividades de las Universidades Promotoras de la Salud en Inglaterra se habla, adicionalmente, de sostenibilidad aplicada al estilo de vida.

Al analizar de forma exhaustiva el papel de la Universidad como entorno promotor de la salud, Bennassar (2011) saca sus propias conclusiones en lo que respecta al acierto de asignar este rol a dicha institución y a la idoneidad de las actuaciones que se ejecutan en las Universidades Saluda-

bles. Los años han demostrado que la promoción llevada a cabo desde el entorno universitario influye de manera considerable en el exterior, gracias al buen concepto que la sociedad guarda de él; como consecuencia, la población absorbe con facilidad las buenas prácticas que se pretenden inculcar cuando estas provienen del ámbito de la Universidad, mejorando su calidad de vida y bienestar, siempre que las sigan aplicando de forma sostenida en el tiempo y no las olviden conforme la asistencia a los programas o el contacto con las campañas informativas y preventivas queden lejanos en el espacio temporal.

Esta investigación reconoce además, como ya advertía González (2009), la riqueza que supone la salud en la actualidad, debido a su repercusión en la vida social, laboral y cultural del individuo. Por esa misma, razón, Bennassar (2011) define la salud como un bien que puede ser creado por las propias personas para adoptarlo y mantenerlo como su estilo de vida, teniendo esto una positiva incidencia en todas aquellas metas académicas, de empleo o convivencia que se propongan, ya que el equilibrio y la salud -tanto física como mental- representan sin lugar a dudas una garantía de éxito y calidad de vida.

Al contrario, y como se podrá observar a partir de los resultados de los estudios comentados bajo el próximo epígrafe, aquellos estudiantes -o, en otros casos, miembros del profesorado o la comunidad- que descuidan los métodos de prevención para la salud, presentan con frecuencia comportamientos que entrañan riesgo de contraer enfermedades, desarrollan malos hábitos de alimentación, consumo de drogas y alcohol y no ocupan su tiempo libre en actividades beneficiosas para la autoestima y el buen estado físico, pueden con mayor probabilidad experimentar dificultades en otras facetas de su vida como las anteriormente mencionadas. Como ya se hiciera en la Declaración de Pamplona/Iruña antes comentada, la

investigación de Bennassar (2011) incide en las características que hacen de la Universidad un entorno ideal para la promoción de la salud:

«Las universidades son grandes instituciones en las que mucha gente vive y experimenta muchos aspectos de su vida: aprende, trabaja, se socializa y goza de su tiempo libre; en muchos casos la gente utiliza una amplia variedad de servicios (alojamientos, comedores, transportes, etc.). Por eso dentro de las universidades se esconde un enorme potencial para proteger la salud y promover el bienestar de los estudiantes, docentes y resto de personal de la universidad y de la comunidad entera, que puede ser desarrollado a través de sus políticas y prácticas»(p.115).

A esto añade otros rasgos que la hacen particularmente propicia para promover hábitos saludables. Por ejemplo, el hecho de que, por norma general, cientos, o incluso miles de alumnos y alumnas pasen por sus instalaciones a diario; todo este alumnado se transformará en una parte influyente de la sociedad: profesionales de la salud, políticos, profesores e investigadores -entre otros-, que tomarán el relevo en el fomento de las buenas prácticas en sus comunidades tan pronto como ingresen en el mercado laboral.

Cabe señalar, no obstante, que la idoneidad de las instituciones universitarias como entornos promotores de la salud viene asimismo dada por otros factores como el largo tiempo que el alumnado pasa entre sus muros -sin contar con el alto porcentaje que vive en el campus durante su vida académica-, un periodo durante el cual tienen la oportunidad de comenzar su etapa como adultos, con una cierta independencia y múltiples oportunidades de convivir con otros, explorar, experimentar, desarrollar habilidades para la vida y acabar de perfilar su identidad. Y si este tiempo es tan fructífero a nivel personal, es porque en parte la inmersión

en el inigualable entorno educativo y de desarrollo, de investigación e innovación, aprendizaje disciplinar e interdisciplinar y creatividad que es la universidad proporciona esa atmósfera única en la que el paso de adolescente a adulto debe darse, al tiempo que se reúnen las condiciones perfectas bajo las cuales se consolidan permanentemente valores para el futuro, esto es, el amplio espectro de posibilidades dadas a conocer para poder elegir, probar, equivocarse, corregir y aprender a tomar decisiones.

En su estudio sobre estilos de vida y salud en estudiantes universitarios, enfocado desde el papel de las universidades como entornos promotores de la salud, Bennassar (2011), añade que, como organizaciones con un papel cada vez más relevante para la sociedad, por proveerla de expertos en una extensa variedad de campos y por haberse convertido gradualmente en fuentes de recursos para la comunidad en general, los centros universitarios luchan en la actualidad más que en décadas anteriores por mejorar su imagen y potenciar su desempeño dentro del sector de la educación, tanto en lo económico como en lo funcional.

Por ello no es de extrañar que la Universidad haya pasado a ser un referente y un modelo como institución educativa y foco de difusión de conocimientos, una visión de la misma que ejerce una influencia especialmente marcada sobre el alumnado, en el que suele quedar fuertemente grabado el aprendizaje vital de estos años. Es más, para la comunidad en general, la Universidad también es considerada una fuente de información altamente fiable, quizá por su carácter investigador por encima del educativo. Y es que no debe olvidarse que gran parte de los nuevos descubrimientos y avances en materia de salud se producen en los laboratorios universitarios, lo cual provoca que la población confíe ciegamente en aquellas directrices que emanan de las universidades como si de organismos políticos de salud se tratase.

Al poseer tal grado de poder para influir, las universidades son capaces de incrementar el compromiso de otras entidades relacionadas con la salud y propiciar una colaboración estrecha con proveedores de servicios sanitarios públicos y privados, siendo los convenios entre ambas partes considerados útiles y de confianza por la sociedad. A ello se suma la posibilidad que tienen de abordar un gran abanico de aspectos relacionados con los hábitos saludables, la prevención y el cuidado de la salud, debido al gran número de colaboradores, docentes, investigadores, estudiantes y profesionales de la salud de los que disponen para desarrollar sus iniciativas. En resumen, la acción de los centros universitarios en la promoción de la salud es normalmente multidisciplinar, con todos los beneficios que esto acarrea.

En línea con todo lo anterior y como conclusión a lo expuesto en este apartado acerca de cómo funcionan las redes de Universidades Saludables, qué misión desempeñan dentro de la sociedad y por qué resultan particularmente apropiadas para llevar a cabo iniciativas de promoción de la salud, no se podría pasar por alto una serie de definiciones aportadas por la investigación de Bennassar (2011). Así, el autor parte del rol de las universidades como establecedoras de buenas prácticas de salud, de tal forma que trabajan con tal propósito siguiendo tres líneas estratégicas fundamentales, que pueden tener repercusión local, nacional o, en el caso de las redes, internacional. La primera consiste en promover la integración de condiciones y medidas saludables en contextos laborales, académicos y sociales, empezando por las propias instalaciones físicas de los centros universitarios -donde los estudiantes viven y se nutren de esta influencia- y extendiéndose hacia centros de trabajo, organizaciones y espacios de la comunidad en el exterior. La segunda implica conseguir la colaboración de tantos agentes de la sociedad como sea posible en las distintas iniciativas, actividades y campañas de promoción de la salud,

algo que, por otra parte, beneficia a la institución proyectando una imagen pública privilegiada como benefactora del bienestar del alumnado y la comunidad. Y, por último, dada la importancia ya mencionada de la prevención y cuidado de la salud en la etapa de la vida que es el paso por la universidad, debe ser un objetivo primordial que la educación en salud esté integrada de manera transversal en el currículo de todas las disciplinas impartidas.

Cuando diseñan y llevan a cabo programas e iniciativas que incluyen las acciones descritas, las Universidades Saludables están, en realidad, favoreciendo la adopción de una cultura saludable por parte del alumnado, el profesional docente y no docente de la universidad y la comunidad. Incluso más allá de ello, están creando un clima de participación que crece a medida que se difunden los logros de cada campaña y más miembros de la sociedad acuden a la llamada.

Bennasar (2011) encuentra en su estudio otra dimensión más para definir el papel de las Universidades Promotoras de la Salud, y esta es la de ser el origen de cambios sociales. De ahí que los centros universitarios sean considerados los responsables de educar a las futuras generaciones de expertos y profesionales en todos los ámbitos, quienes serán además, en el caso de las Universidades Saludables, personas formadas en valores y con buenos hábitos para la salud, que pueden a su vez ser transmitidos a su entorno cercano, laboral o social.

Por si esto fuera poco, al ser el eje de nuevos descubrimientos y avances científicos, técnicos y culturales, las universidades ostentan el papel privilegiado de incluir mejoras en la vida de los individuos que modifiquen o frenen el desarrollo de enfermedades conocidas, eviten la aparición de nuevas y garanticen el bienestar. Cada vez que una Universidad Promotora de la Salud impulsa una de sus campañas, está haciendo que la cultura

universitaria rebase los muros físicos y se instale en la comunidad; de esta forma, actúa como modelo silencioso pero altamente efectivo a la hora de inculcar buenas prácticas de salud a la población de cualquier edad. Esta efectividad puede corroborarse por los resultados de investigaciones que se comentarán en el siguiente apartado pues, siendo la salud del alumnado la prioridad de las Universidades Saludables ya que de otro modo sería imposible que estos fueran los impulsores del cambio de hábitos en la sociedad-, se comprueba que un elevado porcentaje de universitarios responden a un perfil de individuo con buen estado de salud y que presenta un riesgo bajo de contraer enfermedades como el VIH, descartándose las hipótesis que han hecho barajar durante mucho tiempo la posibilidad de incluir a la población universitaria entre los grupos considerados vulnerables, si bien la intensidad de nuevas experiencias en lo referente a sexualidad y consumo de drogas durante esta etapa exige que no se baje la guardia ni se escatime en campañas de prevención.

En la opinión de Bennassar (2011), el buen estado de salud de los estudiantes que se observa mediante estudios específicos en las universidades no es más que el reflejo de la gran implicación a nivel global que se lleva realizando desde hace años. Desde su perspectiva, las instituciones universitarias adquieren un compromiso con el fomento de la salud y el bienestar de sus estudiantes, asumiéndolo como una responsabilidad ineludible, y como prueba fehaciente de su labor de cara al exterior. Es más, basándose en lo descrito, se reafirma en la idea de que una Universidad Saludable se constituye como tal cuando se erige como modelo para su alumnado y para la comunidad, no bastando la ejecución de campañas y actividades de prevención para la salud, por muy frecuentes que sean. Es en el hecho de convertirse en referente donde radica la diferencia entre un centro universitario promotor de hábitos saludables y uno que todavía no lo es. Modelo, recurso y origen de cambios serían los tres aspectos definitorios que construirían el concepto más completo, quizá, de Uni-

versidad Promotora de la Salud. Pero para que se produzcan dichos cambios es necesario que las universidades no descuiden su función investigadora y evaluadora, tan beneficiosa para la sociedad. Únicamente mediante la ejecución de iniciativas y su posterior evaluación pueden obtenerse datos fiables y valiosos que permitan introducir modificaciones en la cultura de la salud, y por numerosos factores anteriormente destacados en este trabajo, las instituciones universitarias son idóneas para dicha labor. Por tanto, se observa una vez más, que la mera realización de actividades y campañas no convierte a una universidad en entorno promotor de la salud: si no se hace un seguimiento de las mismas, no tendrán ningún valor.

Atendiendo a las últimas pinceladas dadas por Bennassar a la definición de Universidad Saludable en su tesis titulada *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: la universidad como entorno promotor de la salud*, se destacará que las universidades saludables deben permitir que «se potencien los recursos comunitarios que proporcionen a su población llevar a cabo todas las funciones de la vida y desarrollarse hasta su máximo potencial» y que «no sólo acrediten profesionales que se incorporen al mercado laboral con las máximas garantías, sino que además asuman la responsabilidad social de ofertar a los estudiantes un aprendizaje que les será de beneficio social a lo largo de toda su vida»(p.117). Acreditadora de profesionales, referente, fuente de recursos y origen de cambios para la sociedad, la Universidad Saludable trasciende los límites de lo puramente educativo. A continuación, se verá cómo el estudio de su influencia en los comportamientos y habilidades del alumnado proporciona información de alto valor para la prevención del VIH/SIDA, una de las principales preocupaciones en una fase vital durante la que se incrementa la probabilidad de tener experiencias que impliquen consumo de alcohol, drogas y prácticas sexuales de riesgo.

3.2. Algunos estudios anteriores sobre los conocimientos y representaciones de alumnos universitarios con respecto al VIH/SIDA



Estadísticas recientes a nivel global han revelado que la epidemia del VIH/SIDA no solamente continúa extendiéndose, sino que rejuvenece al haber aumentado el porcentaje de casos que se detectan en la población joven. Es por ello que las universidades, en trabajo conjunto con los organismos de salud, han activado la alarma para llevar a cabo un control más exhaustivo de los conocimientos y actitudes de la población estudiantil, con el objetivo de evaluarlos y determinar qué acciones sería necesario ejecutar para intensificar la prevención y evitar posibles contagios.

Como se observará, conocer los hábitos del alumnado universitario tanto en lo referente a prácticas sexuales como a adicciones o actividades de tiempo libre es de gran ayuda a la hora de predecir el riesgo y diseñar campañas de educación en salud en función del mismo. Los resultados de varios de los estudios realizados denotan, no obstante, que la relevancia de los factores de riesgo fluctúa en función de la ubicación geográfica y que en determinados países, como España, el alumnado universitario no debe, hoy por hoy, ser considerado como grupo especialmente vulnerable al virus.

Aun así, y aunque el sector del alumnado de la universidad no responda al perfil de riesgo de individuos con carencias educativas, nivel socioeconómico bajo o difícil acceso a los servicios sanitarios, la

concienciación que se lleve a cabo dentro de las instalaciones universitarias no solamente garantizará su propio bienestar, sino que abrirá puertas a que en el futuro cercano puedan, como educadores, investigadores o profesionales, transmitir sus conocimientos sobre prevención y cuidado de la salud frente al VIH a los más jóvenes de su comunidad.

Lo cierto es que mientras que a nivel global las estadísticas de contagio por transfusiones de sangre, transmisión de madre a hijo o consumo de drogas por vía intravenosa ha descendido de manera notable, este trabajo prestará especial atención a dos países en concreto (Perú y Nicaragua) en los que se ha detectado un aumento de los casos de contagio por conductas sexuales de riesgo, particularmente entre la población joven. Y no precisamente se habla de desconocimiento acerca de métodos de prevención entre los estudiantes universitarios, sino de que, durante los últimos años, estos se han relajado en sus conductas al amparo de creencias como «a mí no me va a pasar» o «esa enfermedad no existe».

Cassá, Ballester, Gil, Giménez y Gómez (2009) resumieron algunas otras de las causas de esta relajación en la prevención frente al VIH (consistente, básicamente, en un uso inexistente o no sistemático del preservativo y en la reticencia a realizarse la prueba de detección de anticuerpos) por parte del alumnado universitario basándose en estudios anteriores, y así las presentaron en el II Encuentro FIPSE sobre investigación en VIH/SIDA. Dada la no correspondencia de los estudiantes que van a la universidad con perfiles de estatus socioeconómico bajo o con riesgo de exclusión social, los casos de desconocimiento sobre sexualidad y métodos preventivos son los menos frecuentes, si bien se dan.

Otros condicionantes son eventuales, como el haber consumido alcohol o drogas o, simplemente, el atractivo de hacer algo arriesgado. En otras ocasiones, la decisión de no utilizar métodos de barrera que puedan redu-

cir el riesgo de contraer VIH se toma bajo la influencia o imposición de la pareja sexual o el entorno más cercano.

Esto se convierte en un verdadero problema cuando existen contagios que no son detectados, y el individuo continúa con sus prácticas de riesgo durante un periodo largo de tiempo sin saber que está infectado, algo que no hace más que dificultar la prevención y echar por tierra todos los avances alcanzados para frenar la propagación de la enfermedad. A este respecto, resulta interesante la investigación realizada por Hoyos, de la Fuente, Fernández, Gutiérrez, Rosales, García, Ruiz y Belza (2011) bajo el título *La oferta de la prueba rápida del VIH en la calle dentro del ámbito universitario: ¿una estrategia prioritaria?* Dicha prueba, que conlleva tan sólo veinte minutos del tiempo del sujeto analizado, ofertada de forma gratuita y dirigida especialmente al sector estudiantil podría, a medio plazo, reducir los casos «silenciosos» de VIH/SIDA.

El estudio de Hoyos et al. (2011) es de gran utilidad para el diseño y la planificación de futuras campañas e iniciativas puesto que, aparte de ocuparse del diagnóstico de posibles nuevos contagios, se preocupó de analizar los antecedentes de infecciones de transmisión sexual de los sujetos, la realización de pruebas anteriores y las conductas de riesgo llevadas a cabo por los mismos, todo mediante cuestionarios rellenados en el intervalo entre la ejecución de la prueba y la comunicación de los resultados -un cuarto de hora.

Conforme a los datos obtenidos, los estudiantes analizados y encuestados eran, en su mayoría, mujeres (más de la mitad), seguidas por hombres heterosexuales y hombres que habían tenido relaciones sexuales tanto con hombres como con mujeres. Casi tres cuartas partes tenían edades inferiores a los veinticinco años de edad. Las preguntas de los cuestionarios que indagaban acerca de su comportamiento sexual revelaron que,

durante los doce meses anteriores a la prueba, una cifra considerable había tenido relaciones con parejas esporádicas sin utilizar preservativo y había contraído alguna infección de transmisión sexual; una cifra menor -con predominancia de hombres heterosexuales-declaró haber pagado por tener sexo, y como tónica general, una extensa parte de la muestra afirmó haber tenido entre cinco y diez parejas sexuales desde que iniciaran su vida sexual activa.

Mil seiscientos sesenta y ocho individuos se sometieron a las pruebas pertenecientes a los campus de Madrid, Málaga y Salamanca, de los cuales solamente cuatro presentaban infección por VIH. Los cuatro eran hombres que habían tenido sexo con hombres, y a los cuales se les había detectado previamente alguna enfermedad de transmisión sexual. Sorprende, sin lugar a dudas, el bajo número de positivos obtenidos si se tiene en cuenta la frecuencia documentada de no utilización del preservativo, por lo que la investigación de Hoyos et al. (2011) concluye que los campus no constituyen un entorno de riesgo para la transmisión del VIH, y que programas similares de prueba de detección rápida deberían trasladarse a localizaciones más vulnerables. De cualquier modo, la experiencia fue un paso adelante en la difusión de información preventiva y asesoramiento de educación en salud ante conductas de riesgo, así como en dar a conocer las vías de acceso, el funcionamiento y las características de la prueba rápida gratuita.

El estudio realizado por Tirado, Aguaded y Marín (2013), si bien se ocupó igualmente de la población universitaria en concreto, indagó en hábitos que se alejaban de los puramente referidos a la sexualidad, pero que ayudaron a definir perfiles personales que pueden predecir el riesgo de contraer VIH: los de consumo de drogas legales e ilegales y ocupación del tiempo libre. Esto no viene más que a confirmar la necesidad e idoneidad de la implantación de programas de Promoción de la Salud y Educación

en Salud precisamente en universidades, ya que tal y como se comentó en el apartado previo, es ésta la etapa de la vida en la cual se dan con mayor frecuencia este tipo de conductas. Sólo mediante la observación y el análisis de resultados se podrán diseñar iniciativas que ofrezcan una respuesta real y efectiva a las características específicas de la comunidad universitaria, y a los modos de vida cambiantes influenciados por la aparición de nuevas modas en lo que a ocio y consumo respecta.

Gracias a investigaciones como la de la *Incidencia de los hábitos de ocio y consumo de drogas sobre las medidas de prevención de la drogadicción en universitarios* por Tirado, Aguaded y Marín (2013), pueden ponerse en marcha programas que promuevan la adopción de un estilo de vida saludable por parte del alumnado universitario. En este caso, los mil doscientos participantes eran estudiantes matriculados en una universidad española que pertenecían, en su mayoría, a la Escuela Politécnica Superior, a la Facultad de Ciencias de la Educación y a la Facultad de Ciencias Empresariales, si bien completaban la muestra alumnos y alumnas de Trabajo Social, Derecho, Humanidades y Enfermería, entre otros de la Universidad de Huelva. La media de edad rondaba los veintitrés años y en lo que concierne al sexo, había setecientas veintisiete mujeres y cuatrocientos setenta y tres hombres.

Los individuos objeto de análisis respondieron a una encuesta compuesta por cinco bloques de preguntas referidos a variables sociodemográficas, consumo de sustancias, motivación para consumirlas, actividades de ocio habituales y estrategias para prevenir el consumo de drogas y, en función a sus respuestas fueron agrupados como se detalla a continuación. El grupo más numeroso estaba formado por doscientas cincuenta mujeres que no consumían ningún tipo de sustancia, pese a que alguna vez en su vida habían tomado alcohol, y no realizaban ninguna actividad específica en su tiempo libre. Le siguió de cerca un grupo o conglomerado de doscien-

tas treinta y dos estudiantes que leían en su tiempo libre, tomaban combinados de alcohol y fumaban cigarrillos ocasionalmente y apenas dedicaban tiempo al ejercicio físico. También compuesto íntegramente por mujeres, el tercer grupo declaró ser consumidor habitual de alcohol de baja graduación (eminentemente cerveza y vino) y consumidor moderado de tabaco y bebidas alcohólicas de alta graduación; adicionalmente, habían consumido cannabis de forma ocasional y dedicaban su tiempo libre a leer.

Los tres grupos menos numerosos resultaron estar formados por varones en un elevado porcentaje, aunque no íntegramente. El primero de ellos lo componían ciento noventa y cinco universitarios bebedores de cerveza y vino que practicaban deporte regularmente, además de leer libros y jugar a videojuegos en su tiempo libre. El siguiente agrupó a ciento sesenta y tres alumnos deportistas que no consumían ninguna sustancia y eran aficionados a las videoconsolas. Y, finalmente, un último conglomerado que conformaban ciento cuarenta y un estudiantes universitarios eran consumidores tanto de tabaco y alcohol como de cannabis de manera regular, pese a que practicaban ejercicio físico con frecuencia pero afirmaron no disponer de tiempo para la lectura y actividades de voluntariado.

Habiéndose perfilado las características que se reiteran en los distintos conglomerados, ya es posible esbozar líneas concretas de actuación que aborden la problemática que podría derivarse de conductas poco saludables. Empero, el cuestionario realizado en este estudio recogió adicionalmente la opinión que los encuestados tenían sobre las posibles medidas de prevención ante prácticas desaconsejables para el cuidado de la salud. De esta manera, la investigación pudo comprobar que, por normal general, lo más valorado en este aspecto es el lanzamiento de campañas informativas y el incremento de la oferta cultural y deportiva. Pese a que es un hecho demostrable que tales iniciativas, acompañadas de una

oferta para el ocio de calidad, desvían al alumnado universitario del camino de conductas poco saludables, otra investigación llevada a cabo por Giménez, Ballester, Gil, Ruiz y Cassá (2009), y presentada en el II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA, insistió en profundizar acerca de las distintas estrategias de intervención para la promoción de la prueba de detección del VIH entre estudiantes universitarios con el propósito de medir su eficacia.

Así, bajo el lema «¿Qué resulta más eficaz en la prevención del VIH/SIDA? », realizaron un estudio con una muestra de ciento ochenta y seis alumnos y alumnas de dos universidades españolas, situadas en Valencia y Castellón.

La muestra estuvo conformada por un 74% de mujeres y un 26% de hombres, con edades comprendidas entre los dieciocho y los veintiocho años, y que quedaban distribuidos en función de su edad en el momento de realizarse el estudio según indica el siguiente gráfico:

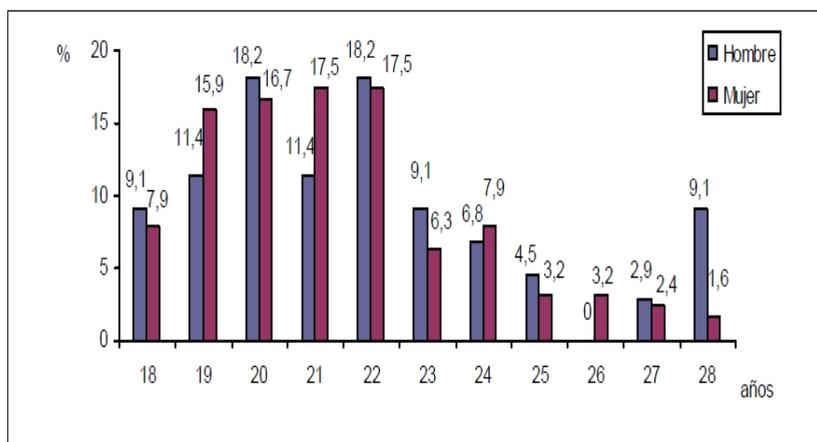


Gráfico 10: Distribución de la muestra por edad y sexo de la investigación de Giménez, Ballester, Gil, Ruiz y Cassá (2009).

(Fuente: ¿Qué resulta más eficaz en la prevención del VIH/SIDA? Análisis diferencial de distintas estrategias de intervención para la promoción de la realización de las pruebas de anticuerpos de VIH en población joven. Giménez, Ballester, Gil, Ruiz y Cassá, 2009).

Casi la totalidad de la muestra participante en el estudio de Giménez et al. (2009) eran hombres y mujeres heterosexuales, con la excepción de algunos que se definieron como homosexuales y bisexuales, y otros que prefirieron no revelar su orientación sexual. A todos los sujetos se le facilitó una de las dos versiones del Cuestionario de Prevención del SIDA, diseñado por Ballester y otros investigadores cinco años atrás, el cual tiene el objetivo de recoger datos sobre los conocimientos, actitudes, comportamiento y autoeficacia, en este caso, del alumnado universitario ante las prácticas que podrían ser de riesgo, pero también se ocupa de descubrir cuál es el grado de concienciación e información acerca de la prueba -esto es, si conocen el periodo ventana, si saben dónde someterse a ella, si preguntan a la pareja sexual si se la ha hecho o qué predisposición muestran a hacérsela.

Merece ser destacado que el Cuestionario de Prevención del SIDA que utilizaron Giménez et al. (2009), a diferencia de otros estudios en los que los sujetos analizados se limitan a responder preguntas, implicaba la participación en actividades pre-test y post-test que preparaban al alumnado universitario a ser evaluado mediante charlas, debates en grupo, juego de roles, tertulias con afectados por la enfermedad y visionado de presentaciones audiovisuales en relación con la infección del VIH.

Por tanto, más que descubrir cuál era la actitud de los estudiantes en referencia a la medida preventiva de realizarse la prueba del VIH, la investigación pudo comprobar qué repercusión tuvo la formación recibida de manera previa a responder al cuestionario. Así, y según las variables establecidas, el estudio ratificó que las estrategias de mayor eficacia fueron las charlas informativas, el juego de roles y la visualización de imágenes en formato audiovisual. Las primeras incrementaron estadísticamente la predisposición a someterse a la prueba, y actividades de práctica real como la de simular la colocación de un preservativo ayudaron a romper

tabúes y a aumentar la conciencia preventiva. La experiencia audiovisual, como era de esperar, tuvo mayor incidencia en el comportamiento de preguntar a la pareja acerca de la prueba, impulsado por el miedo generado a partir de las emociones negativas desencadenadas por las imágenes. Esta actitud, no obstante, que suele ser difícil de adoptar por temor a perder a la otra persona o por falta de confianza al principio de la relación -precisamente cuando más necesaria es-, depende, en la opinión de Giménez et al. (2009), del desarrollo de cierta asertividad para tratar este tipo de temas abiertamente, aun cuando las dos partes apenas se conocen.

La investigación utilizada para introducir este apartado, realizada por Cassá et al. (2009), dejó a un lado el estudio de las probabilidades de que el alumnado universitario se realizara la prueba de detección de anticuerpos y las actitudes poco saludables que podrían predecir el riesgo de contagio para centrarse casi exclusivamente en las últimas tendencias en el uso del preservativo. De esta forma, quisieron resaltar la importancia de no olvidar que, en la actualidad, es quizá demasiado arriesgado hablar de grupos de riesgo, ya que cualquier individuo puede estar expuesto al contagio incluso teniendo un único comportamiento en el que no tome medidas preventivas. Por ello, para este estudio son las actitudes de riesgo las que realmente influyen a la hora de contraer la enfermedad, y su objetivo es concienciar a la población estudiante de que el uso sistemático del preservativo puede reducir considerablemente o eliminar ese riesgo.

Esta vez, la muestra objeto de análisis superó los dos mil seiscientos universitarios -hombres y mujeres- con una media de edad de veintiún años, y las evaluaciones se llevaron a cabo en tres ocasiones separadas por intervalos de tres años. La opción sexual predominante fue la heterosexualidad, si bien en el segundo y tercer año de análisis se incrementó el número de individuos que declararon ser bisexuales u homosexuales.

La cumplimentación del cuestionario para este estudio era de carácter individual, anónimo y voluntario, y el modelo utilizado fue el de *La encuesta sobre el SIDA*, desarrollado por Ballester y Gil, en las tres ediciones. El método facilitó así la comparación en orden cronológico de los resultados de cada uno de los años, observándose que el uso sistemático del preservativo fue disminuyendo edición tras edición para las tres prácticas más habituales: sexo vaginal, anal y oral. No obstante, la oportunidad de valorar, al mismo tiempo, qué condicionantes se daban para que los universitarios no usasen preservativo en sus relaciones, facilitó la detección del tipo de conductas o situaciones a evitar; por ejemplo, las encuestas cumplimentadas sacaron a relucir una creciente relajación en el uso de métodos de barrera al establecerse en una relación sentimental estable o al practicar sexo bajo el efecto de sustancias psicoactivas. En contraposición, el estudio corroboró que, muy probablemente fruto de las campañas de información llevadas a cabo en universidades, el uso sistemático del preservativo en relaciones ocasionales por parte del alumnado sufrió un ligero incremento.

La investigación de Cassá et al. (2009) no encontró diferencias estadísticas reseñables entre hombres y mujeres que dejaron de usar el preservativo regularmente al establecerse con una pareja fija pero, sin embargo, sí que halló desigualdades entre sexos al tener en cuenta variables como el consumo de alcohol o drogas, caso en el que las mujeres tienden a «olvidar» la protección frente al VIH con mayor frecuencia, una observación que debe aprovecharse para abanderar futuras campañas de prevención de conductas que podrían propiciar la exposición al virus.

El estudio concluyó que, a pesar de que el preservativo o condón sigue ocupando el primer puesto como método anticonceptivo más usado por la población joven, las cifras de estudiantes que no lo utilizan para protegerse ante el VIH particularmente en relaciones que pueden entrañar

riesgo es alarmante. Cassá et al. (2009) consideran que esto ocurre sobre todo en el ámbito heterosexual, que ha bajado la guardia dando por hecho que no constituye un sector de riesgo y, por eso mismo, creen que las medidas e iniciativas para que la juventud heterosexual continúe usando preservativo sistemáticamente en todas sus prácticas sexuales han de intensificarse en el futuro.

Al tratar el tema de los conocimientos y actitudes del alumnado universitario con respecto a las formas de prevenir el contagio por VIH, sería imperdonable pasar por alto una investigación como la de Fernández, Fernández y Tomás-Sábado (2006), que tuvo como objeto el estudio del comportamiento ante el VIH/SIDA de los estudiantes de una escuela universitaria de enfermería. El alumnado de carreras sanitarias debe, mejor que ningún otro, asimilar las conductas adecuadas de prevención y actitud frente a la enfermedad para poder transmitir las a la comunidad, e integrarlas en su estilo de vida con el fin de servir como modelo a lo largo de su vida laboral.

El propósito de Fernández et al. (2006) no fue otro que verificar «si una intervención pedagógica fundamentada en una metodología activa, que incluye el trabajo cooperativo y el fomento de la discusión, era capaz de modificar en sentido positivo la actitud de los estudiantes ante el VIH/SIDA»(p.42); para ello seleccionaron una muestra de ochenta estudiantes divididos en dos grupos: uno de intervención y otro de control.

Tras responder al cuestionario denominado *Escala de Actitud ante el Sida para Enfermería* en dos ocasiones -una de ellas previa al estudio y la otra posterior-, los resultados evidenciaron una mejora en la actitud ante la enfermedad del grupo de intervención (que había participado en la intervención pedagógica), mientras que el grupo de control permaneció inalterable en este respecto.

Lo aportado por Fernández et al. (2006) resulta especialmente interesante debido a que su iniciativa demostró que se ha de ejercer una doble influencia sobre el alumnado de enfermería de manera específica cuando se lleven a cabo acciones educativas de Promoción para la Salud. En primer lugar, se les concientiza y sensibiliza como estudiantes universitarios, para que afronten esa etapa de la vida con responsabilidad y capacidad de toma de decisiones; en segundo lugar, se les forma como profesionales, y al estar, en cierto modo, especializados en todo lo referente a la enfermedad, se convierten en referentes para sus compañeros y para la comunidad, adoptando la forma de promotores de la salud en carne y hueso.

Otra ventaja de hacer uso de la metodología pedagógica en las aulas de las escuelas universitarias de enfermería para educar sobre el VIH es que, al estar la información sobre VIH y SIDA tan mediatizada en la actualidad, una formación académica fidedigna que se produzca en el seno de una institución investigadora como es la Universidad constituirá una garantía de confianza para la población estudiantil y su entorno. La educación en salud y en todo lo referente al contagio del VIH ayuda a disminuir, de manera adicional, el temor de los futuros enfermeros y enfermeras a tratar con pacientes infectados y contraer accidentalmente el virus.

Los dos últimos estudios, cuyo trabajo de campo se ejecutó en 2008 y 2009 en Perú y Nicaragua respectivamente, sacan a relucir la fuerte incidencia de las variables culturales si se comparan con las actitudes observadas y los resultados obtenidos en universidades españolas. El primero se presentó en el muy fructífero II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA, al que se ha aludido anteriormente, bajo el título *Conocimientos y actitudes de estudiantes universitarios frente al VIH/SIDA*. Para describir su objetivo, Tello (2009) declaró que el análisis realizado buscó «promover y fortalecer en los estudiantes de una universidad local, conocimientos, actitudes, reflexión [...] que les permita incrementar sus

valores, y habilidades de auto cuidado para alcanzar estilos de vida saludable»(p.472). Por otra parte, la investigación desarrollada por Pérez (2013) se centró en los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo del alumnado y el profesorado del Centro Universitario Regional de Chontales en Nicaragua, algo que supuso una estrategia de Cooperación en Educación para el Desarrollo en el país, persiguiendo el objetivo compartido por tantas otras universidades alrededor del mundo de diseñar campañas efectivas de prevención del VIH y educación en salud destinadas a los estudiantes universitarios.

Tello (2009) cimentó el estudio realizado en Perú sobre el conocido como Modelo de la Promoción de la Salud, impulsado por Pender y en la teoría humanista, recalando que un enfoque de este tema desde el humanismo ha de entenderse como una exaltación del valor y la dignidad del ser humano y, al mismo tiempo, como la defensa prioritaria de la vida y el bienestar. La realidad actual del VIH/SIDA en Perú es uno de los más vivos reflejos de que la enfermedad afecta cada vez más a la población joven: hoy día los contagiados entre 25 y 29 años conforman el grupo más numeroso en el país, siendo la mayoría de los mismos hombres, pero seguidos bastante de cerca por las mujeres. Existen, pues, motivos de sobra para que, tal y como ocurre más allá de las fronteras del país, las universidades peruanas se preocupen por el estilo de vida de su alumnado, llegando incluso a temerse que a medida que la edad del contagio por VIH se vuelve cada vez más temprana y no se concientia a la comunidad de lo crucial del uso de medidas de prevención, comiencen a detectarse casos también en la adolescencia.

Tello (2009) quiso igualmente transmitir en las reflexiones previas a la explicación de su trabajo, sin intención de ser sexista, la equiparable alarma ante el aumento de infecciones en mujeres, un grupo que hasta hace años presentaba los porcentajes más bajos de contagio. Como ya se vio en

el caso de Tirado et al. (2013), la citada investigación quiso asimismo ahondar en los hábitos y el estilo de vida del alumnado universitario, esta vez de Perú, destacándose como rasgo diferenciador que en la selección de los doscientos cincuenta participantes de la prueba se excluyó a los estudiantes de facultades relacionadas con la salud -todo lo contrario a lo decidido por Fernández et al. (2006)-, asumiendo que era innecesario valorar sus actitudes y conocimientos, obviamente más saludables que las del resto.

Tras la cumplimentación del cuestionario voluntario, a la cual todos accedieron sin reservas, salieron a la luz datos de relevancia sobre los hábitos de ocio y tiempo libre de los universitarios peruanos tales como que aproximadamente una cuarta parte de la muestra practica deporte regularmente pero también bebe alcohol durante el fin de semana, un espacio temporal en el que acude a discotecas, fuma y consume drogas ilegales, utiliza servicios de chat o se conecta a las redes sociales. Una proporción similar declaró automedicarse o acudir a un curandero (en lugar de a un médico) al sentir síntomas de enfermedad y tomar pastillas para conciliar el sueño.

Ya se ha visto con anterioridad en el presente texto que algunas de las conductas mencionadas en el párrafo anterior pueden predecir prácticas de riesgo a causa de la desinhibición y la relajación que suceden al consumo de alcohol y drogas o incluso, quizá, la creciente asiduidad al uso de chats y redes sociales aumenta las posibilidades de encontrar parejas sexuales esporádicas. Sea cual fuere el motivo, el estudio de Tello (2009) evidenció que casi la mitad de los doscientos cincuenta estudiantes universitarios -entre los que había tanto hombres como mujeres- no utilizaba el preservativo en sus relaciones, principalmente alegando incomodidad a la hora de usarlo y presentando un claro desconocimiento de los mecanismos de contagio de la enfermedad.

Para la investigación, el dato concreto del rechazo a usar preservativo sirve de justificación al avance imparable de la epidemia en Perú, así como del enorme incremento de la transmisión de enfermedades venéreas en el país durante los últimos años. Una mayoría aplastante de los infectados por enfermedades de transmisión sexual son individuos que aún no han cumplido los veinticinco años, y alrededor de la mitad son jóvenes embarazadas. La alta precocidad en la iniciación a la práctica sexual y la carencia de campañas informativas específicamente destinadas a estudiantes adolescentes y universitarios son otros de los factores que ayudan a explicar la gravedad de la situación.

Desde la perspectiva de Tello (2009), y por todo lo previamente expuesto, el alumnado universitario peruano sí constituye un grupo vulnerable al contagio del VIH, tras observarse los hábitos poco saludables que con frecuencia presentan y su desconocimiento acerca de las vías de transmisión del VIH y cómo prevenirla, ambos factores asociados a la acentuada precocidad en el inicio de la práctica sexual y al rechazo a usar preservativo. Estos comportamientos, calificados por la investigación de «impulsivos y peligrosos», se derivan de una educación pobre en sexualidad y una consecuente infravaloración del autocuidado y la autoestima.

Mediante las encuestas del estudio se confirmó, de hecho, que la gran mayoría de los estudiantes universitarios parte de la muestra tenían vagas nociones de sexualidad y prevención que provenían de fuentes poco fiables como la televisión y la opinión de los amigos u otras más fidedignas como información que habían recibido en la escuela. Las respuestas denotaron, asimismo, la necesidad de romper tabúes en el entorno familiar para que padres e hijos puedan hablar abiertamente de sexo y de cómo llevar una vida sexual saludable, puesto que a las familias de los universitarios peruanos les cuesta abordar el tema en casa. De esta manera, lo único que hacen es magnificar el tabú y empujar a los jóvenes a embar-

carse en prácticas de riesgo, con total desconocimiento y «a escondidas», cuando podrían recanalizar el exceso de información superficial e incluso, en ocasiones, distorsionada que estos han recibido de los medios de comunicación y de sus compañeros. En la investigación se esclarece que hay que tener en cuenta, que muchos padres y madres de Perú carecen de educación en salud y prevención del VIH, por lo que no solamente no están capacitados para proporcionar estos conocimientos a sus hijos sino que posiblemente ellos mismos no hayan tenido las necesarias medidas de prevención.

Investigaciones anteriores a las que se refirió Tello (2009) en su análisis ya habían activado la alerta sobre la apremiante necesidad de integrar la educación sobre el VIH en Perú desde etapas de escolarización tempranas, ya que la población escolarizada en secundaria trasluce evidentes signos de desconocimiento prácticamente absoluto en cuanto a la prevención y las vías de transmisión. Las familias y la comunidad serían el objetivo siguiente. Por este motivo, la propuesta del estudio que nos ocupa fue la de integrar la formación sobre el cuidado de la salud frente al VIH/SIDA en el currículo de todas las disciplinas universitarias, entendiéndose, tal y como se expuso en el apartado de Universidades Saludables, que la universidad es un inigualable foco de difusión, del cual saldrán los educadores que instruyan al alumnado de secundaria y los profesionales que extiendan el conocimiento a su comunidad.

El panorama en Nicaragua es bastante similar al encontrado por Tello (2009) en Perú, y así lo demuestra la tesis de Pérez (2013), en la que se describen los resultados obtenidos del análisis de los conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo de estudiantes y profesores del Centro Universitario Regional Chontales, bajo el título *Conocimientos y prácticas de riesgo en VIH/SIDA. Una estrategia de Cooperación en Educación para el Desarrollo en Nicaragua*. Según datos recogidos por Pérez (2013), la evolución

de la epidemia en el curso de las últimas dos décadas la ha llevado a convertirse en una «epidemia concentrada»(p.34), con una cifra superior a los tres mil doscientos infectados por VIH, de los cuales quinientos ochenta y siete han desarrollado SIDA y ochocientos cuarenta y dos han fallecido. Al observarse en las estadísticas consultadas por la investigación que la transmisión sexual es la principal vía de contagio en el país de manera indiscutible (un 86% de los casos responden a esta causa), el propósito de su estudio, con la intención de encontrar maneras efectivas de difundir información sobre métodos de prevención y frenar la propagación de la enfermedad, se ve claramente reforzado.

Otro descubrimiento a destacar de la preparación previa a la realización del estudio es cómo, al igual que en Perú, Nicaragua está siendo testigo de la feminización del VIH, ya que a medida que aumenta el número de infectados se detecta un incremento gradual de mujeres entre ellos. En el 2009, año de ejecución del trabajo de campo en el cual se basa la tesis de Pérez (2013), ya se contaban 1,8 varones con el virus por cada mujer que lo contraía, pudiendo predecirse que ambos sexos podrían quedar al mismo nivel en cuanto a número de contagios en el futuro cercano.

El proyecto analizado por Pérez en su tesis (2013) fue impulsado por la Universidad Pablo de Olavide de Sevilla y la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua y se enfocó, como ya se ha mencionado, a modo de Estrategia de Cooperación para el Desarrollo en Educación, prospectivamente con gran repercusión en la salud y el bienestar de la comunidad universitaria del país. Si en algo difiere, no obstante, este estudio de investigaciones anteriores, es en la inclusión del profesorado en la muestra objeto de análisis. Así, el proyecto se ocupó de las actitudes y conocimientos frente al VIH del equipo docente y los estudiantes del Centro Universitario Regional de Chontales. Los cuestionarios revelaron percepciones diversas de la enfermedad, y pese a que una cifra consi-

derable de participantes era consciente de la existencia de la misma y de cuáles son las prácticas de riesgo que podrían poner en peligro la salud, seguía habiendo una predominancia de individuos que apenas tenían conocimientos sobre el tema y que presentaban hábitos poco saludables influenciados por tópicos, prejuicios e información errónea proveniente del entorno cercano, internet y la televisión.

Un porcentaje considerable de alumnos universitarios peruanos admitió en la cumplimentación de la encuesta que sus conocimientos acerca del VIH eran escasos o nulos, mientras que, como era de esperar, más de las tres cuartas partes de la muestra de profesorado de la universidad declaró poseer formación entre media y alta con respecto al tema. Lo realmente alarmante es que más de la mitad de estudiantes manifestaron no utilizar preservativo en sus prácticas sexuales, y no haberlo hecho tampoco desde el inicio de su vida sexual activa en la adolescencia, algo que explica el rejuvenecimiento de la enfermedad. Más preocupante si cabe es el dato que refleja que el mismo porcentaje de docentes no usaba ningún método de prevención en sus relaciones sexuales, aun previsiblemente presentar la ventaja de estar mejor informados en todo lo referente a prácticas sexuales de riesgo.

En medio de esa atmósfera de desconocimiento acerca del VIH/SIDA en el entorno estudiantil del Centro Universitario Regional de Chontales, un elevado porcentaje sí afirmó, al menos, conocer el significado de las siglas que describen el virus y la enfermedad, mientras que un pequeño sector se equivocó al explicarlo o confesó abiertamente que lo desconocía. Una proporción superior al 50% aseguró que no conviviría con un enfermo de SIDA por miedo a contagiarse, ni en el ámbito laboral ni en el personal, y el resto no contestó o alegó no saberlo, evidenciando tabúes y miedos originados por el desconocimiento. Además, la mitad de los encuestados pondría fin a las relaciones sexuales con su pareja si ésta se

infectase, siendo únicamente una cuarta parte la que se mostró convencida de continuar teniéndolas a pesar del virus.

En lo que respecta a la mera convivencia, se trasluce una generosa concentración de prejuicios, fruto de las carencias en educación sobre las vías de contagio, sobre todo en el alumnado universitario peruano, el sector que más rechazo mostró a compartir actividades de la vida diaria con portadores de VIH o enfermos de SIDA. La otra cara de la moneda es la del profesorado, que se mostró abierto a compartir la cotidianeidad con infectados en su entorno académico y laboral, si bien un alto porcentaje del mismo quedó englobado en el grupo de individuos que no mantendría relaciones sexuales con una pareja afectada.

Mas, sin lugar a dudas, el hallazgo más desconcertante es que, pese a la elevada cifra de estudiantes universitarios y profesores del Centro Universitario Regional Chontales que demostró ser consciente de que la vía sexual es una de las principales formas de contagio, las estadísticas de individuos sexualmente activos que nunca o rara vez usan el preservativo echan por tierra todas las ventajas de poseer tal conocimiento. Por ello, la investigación detallada en la tesis de Pérez (2013) propuso como medida urgente fomentar el desarrollo de iniciativas que se dediquen a educar sobre VIH/SIDA tanto al alumnado como al profesorado universitario, insistiendo en la relevancia del rol de las universidades en la sociedad, puesto que constituyen el canal idóneo para que esa educación sea transmitida a la población nicaragüense.

3.3. La formación de los futuros profesores, maestros y educadores en la prevención del VIH



Es patente que el profesorado, ya sea dentro del ámbito universitario o en etapas de la vida escolar todavía más decisivas en el desarrollo del individuo como la secundaria o el bachillerato, sirve como modelo y referente para los estudiantes. En lo que a la prevención del VIH durante la adolescencia y la juventud respecta, el equipo docente de cualquier centro debería, de forma ideal, no limitarse a ser vehículo de los conocimientos a adquirir, sino que debe adoptar un estilo de vida cuyas convicciones se transparenten a través de sus actitudes: indudablemente el método más acertado para propiciar que éstas sean imitadas por el alumnado, quien en la mayoría de los casos idealiza a sus profesores en un anhelo de convertirse en un adulto de características similares.

Zabaleta, Valdelvira y Rubio (1994) profundizaron en el difícil rol del profesorado como modelo a seguir en su trabajo titulado *Actitudes y conocimiento de los profesionales de la educación frente a la infección por el VIH/SIDA*. Difícil porque, a pesar de que una persona con vocación por la enseñanza probablemente se sienta muy cómoda en el papel de integrador o integradora, la tarea se vuelve compleja al entrar en juego cuestiones personales, como la de tener un hijo que asista a la misma clase que un niño o niña infectado por VIH y otras situaciones que puedan entrañar un riesgo para el propio docente. Al hacerlo detectaron las dos asignaturas pendientes del profesorado en lo que a su papel como modelo

integrador respecta: por un lado, la disociación efectiva entre el docente y el padre y, por otro, la propia formación acerca de las formas de contagio del VIH, que destierren del todo cualquier temor infundado a contraer la enfermedad mediante la convivencia diaria con personas afectadas. Solamente así el equipo docente de un centro universitario o de secundaria será capaz de liberar al alumnado de miedos mal fundamentados y conductas discriminatorias, haciendo posible «una convivencia normalizada dentro y fuera de este ámbito escolar»(p.48).

Los autores indican como tradicionalmente, el establecimiento de pautas sanitarias y medidas a tomar en los casos en los que se convive con un estudiante -o profesor- con VIH se han asumido erróneamente como responsabilidad de las autoridades sanitarias en coordinación con la dirección del centro.

Según sus indicaciones la realidad demuestra que el personal de los centros escolares ha de estar formado para proporcionar primeros auxilios teniendo en cuenta todas las prevenciones pertinentes ante un posible contagio de VIH. ¿Por qué entiendes los autores que debe ocurrir este hecho? Supongamos que un alumno o alumna sufre una caída y tiene una herida sangrante; en este caso, su estatus siempre debe ser considerado desconocido, ya que el derecho a la confidencialidad oculta casos de niños que han contraído el virus por transmisión vertical (de madre a hijo). Si el profesor encargado de asistirle no aplica medidas de prevención o no asesora a sus compañeros para que no lleven a cabo ninguna conducta de riesgo si no hubiese adultos presentes, podría ocurrir el contagio.

Este ejemplo nos demuestra el desconocimiento en relación a los mecanismos de transmisión del VIH que aún existía en 1994 y la idea de que se deben tomar medidas especiales en la atención a un niño VIH+ en el entorno escolar.

En relación a lo anterior, los autores hablan sobre que no hay motivos para alarmarse, puesto que unas mínimas medidas de higiene garantizan la ausencia de riesgo de transmisión del VIH en la escuela. La importancia de la cuestión radica en no bajar la alarma e integrar las buenas prácticas de prevención y salud en la vida de la escuela, sin que ésta deje de ser eminentemente integradora y tolerante. Cuando las medidas preventivas son interiorizadas por el profesorado y se hablan detallada y abiertamente al alumnado, los síntomas de miedo y posible estigmatización disminuyen de manera considerable.

Otra de las observaciones de Zabaleta et al. (1994) arrojó luz sobre lo significativo de las propias convicciones del profesorado, que a menudo presenta dudas, no ha sido informado incorrectamente o tiene dificultades a la hora de dejar a un lado sus propios miedos y creencias. Por ejemplo, si un profesor o maestro desconoce cuál es la efectividad real del preservativo o desconfía del mismo, es altamente probable que su discurso no llegue a calar en el alumnado. De ahí la vital importancia de integrar la formación en salud y prevención del VIH en la educación inicial y continua del profesorado.

Asimismo, cuando los docentes no logran separar la información a transmitir de ideas preconcebidas, como las de que el virus afecta únicamente a toxicómanos, homosexuales o transexuales, corren el riesgo de trasladar tales prejuicios al alumnado que se sentirá «a salvo» y no considerará necesario el uso de profilácticos. Es más, en algunos casos, el profesor o profesora excluirá la educación sobre el VIH de su programación dando por sentado que su alumnado no conforma un grupo de riesgo. Visto esto, resulta apremiante conseguir que el profesorado destierre sus falsas creencias, pues estas no son más que un enorme obstáculo tanto para una promoción de la salud objetiva como para que se proyecte un modelo a seguir apropiado.

La gran lucha por concienciar al alumnado joven y modificar su estilo de vida para que elimine del mismo las prácticas sexuales de riesgo pasa por sensibilizarlo acerca de que el peligro siempre existe. Si, desde edad temprana, asume creencias erróneas como la de que el VIH solamente afecta a determinados grupos de riesgo, se relajará en sus conductas y quedará expuesto a contraer el virus. Por si fuera poco, en la actualidad, muchos son canales de comunicación que transmiten a los jóvenes la sensación de invulnerabilidad al contagio, o el hecho de asumir riesgos como la única manera de vivir la vida de forma intensa, así el grupo de iguales, los medios de comunicación, las redes sociales favorecen en muchas ocasiones una imagen de lo que debería ser la vida de un joven que complica la labor del profesorado, que se ve obligado a contradecir esos valores ya asumidos como correctos por la población joven.

Como ocurriese con las diferencias culturales, la línea imaginaria que separa el mundo real del VIH/SIDA de la propia realidad en la mente de los estudiantes hace que estos sientan el riesgo como algo lejano que bajo ninguna circunstancia llegará a afectarles a ellos. Es evidente, pues, que existen motivos de sobra para que la investigación de Zabaleta et al. (1994) insista en «la necesidad de interiorizar unas determinadas ideas y comportamientos por parte de todos los colectivos como de la proyección que hacen los profesionales de la educación en sus alumnos»(p.52). Esto es, si los profesores no se sienten directamente implicados en la prevención del VIH, porque ellos mismos piensan que es una realidad ajena, estarán verdaderamente incrementando el riesgo de contraer la enfermedad en el entorno estudiantil, académico y de la comunidad.

El estudio de Zabaleta et al. (1994) también se ocupó de recopilar las impresiones e inquietudes de profesionales de la formación que impartían cursos sobre Educación en Salud y Prevención del VIH/SIDA representando a una organización no gubernamental. Cabe notar que la inter-

vención de este tipo de expertos en el tema en los programas ofertados por escuelas, institutos de secundaria y bachillerato y universidades, se vuelve especialmente interesante ya que se trata de personas que están en estrecho contacto con ambas realidades, y que pueden ser capaces de transmitir con mayor contundencia aquello que en el discurso del profesorado apenas aflora en la superficie.

Ante el mencionado problema comunicativo, determinado por los factores anteriormente expuestos y relacionados con la subjetividad del profesorado, los profesionales de las organizaciones no gubernamentales encontraban los principales impedimentos en las metodologías comúnmente utilizadas y, sobre todo, en los problemas de lenguaje. Con respecto a la metodología, hace ya más de una década -cuando se llevó a cabo el estudio de Zabaleta et al.- ya se había detectado la necesidad de innovación para estar a la altura de las exigencias de un alumnado que responde mucho mejor a las actividades no pasivas. Es decir, las charlas y conferencias informativas, que no dan lugar a que los estudiantes participen, vean, toquen y comprueben por sí mismos, han dejado de surtir el efecto deseado. Yendo más allá de esto, precisamente en las edades de la iniciación sexual, cuando no encuentran en casa la información que necesitan, su verdadera inquietud es la de preguntar y hablar de manera abierta con alguien que les entienda y pueda mitigar sus miedos aconsejando sobre buenas prácticas. Para que esto sea verdaderamente efectivo, las tertulias con el alumnado universitario y adolescente deben dejar a un lado los tecnicismos y utilizar un lenguaje cercano, a ser posible, el mismo que ellos utilizan.

El estudio sobre actitudes y conocimiento de los profesionales de la educación frente a la infección por el VIH/sida (1994) sacó a relucir, adicionalmente, otro de los obstáculos que suele encontrar el profesorado en el momento de ejercer como modelo e impulsor de prácticas salu-

dables y prevención para la salud en los distintos programas escolares y académicos sobre sexualidad: muchos docentes temen que esto sea la raíz de problemas con las familias y la comunidad. Esto se debe, primero, a la posibilidad de que las ideas difundidas en la universidad o la escuela contradigan a las ya inculcadas en el seno familiar, y, por otra parte, porque puede ocurrir que padres extremadamente conservadores acusen al equipo docente de incitar a la práctica sexual de forma prematura.

Ante los temores manifestados por los profesores y profesoras entrevistados para el estudio de Zabaleta et al. (1994) y los que prevalecen aún hoy día, se debe insistir en que hablar de sexualidad en la universidad o la escuela no tiene por qué promover conductas sexuales o precipitar el inicio de la vida sexual de los jóvenes. Tal y como declaran algunos de ellos, una máquina expendedora de preservativos en las instalaciones de los centros educativos debería ser vista con la misma normalidad que la de una de compresas o botellas de agua. Esa normalización, que pasa inexorablemente por concienciar a la comunidad de la importancia de la información para la prevención frente al VIH, es lo único que puede garantizar que un profesor no será considerado un incitador de relaciones sexuales entre jóvenes por tratar en clase temas como la homosexualidad o el uso del preservativo.

Si bien algunos profesores optan por salir airosos de esta encrucijada delegando su papel de integradores e informadores acerca del VIH a especialistas del ámbito de la salud que visitan los centros para impartir charlas, el estudio que ahora nos ocupa determinó que lo verdaderamente eficaz y correcto es que estos profesionales respalden y motiven al profesorado para que desempeñe esta labor. Existiendo la figura del profesional que imparte cursos de prevención frente al virus, muchos docentes sienten que esa tarea sencillamente «no les corresponde», sintiéndose en cierto modo aliviados; pero olvidan que son ellos quienes más tiempo

pasan con el alumnado y que la educación sexual y preventiva conforma una parte de sus funciones que no pueden pasar por alto.

El vínculo que universidades y centros educativos crean con los servicios sanitarios para poder impartir formación sobre el VIH/SIDA ha de ser aprovechado, en primera instancia, para que el profesorado se forme a partir de una fuente fiable que pueda ayudarle a desterrar sus propios miedos y prejuicios pero, aparte de eso, debe servir para que la normalización del tema de la sexualidad y el VIH se produzca dentro y fuera de los muros de las instituciones educativas. Dado que el profesorado habitualmente no tiene formación inicial en cuanto como promover hábitos saludables, éste requiere la integración de una serie de herramientas que le permitan llevar a cabo la labor de promotor de la salud y la prevención en las prácticas sexuales.

Ello quedó expresado mediante una de las declaraciones recogidas a profesionales de la salud que se dedicaban a la formación en centros educativos por la investigación de Zabaleta et al.:

«... con quien hay que trabajar primero es con el profesor (...) con el profesorado, fundamentalmente. Y una vez que trabajas con el profesorado..., porque hay profesorado que necesita herramientas y saber de lo que se está hablando, saber cómo contarle, saber si hay que abordarlo desde el miedo, desde el no miedo, desde qué les digo, desde qué les cuento. O sea, que en principio casi la posición de todo el mundo a nivel personal sobre el tema es de huida, como no nos..., hasta que no nos toque de cerca no queremos hacer nada de esto, entonces desde esta posición desconocen, y si desconocen no van a transmitir, además el primer paso para abordar en la escuela y además que le compete al profesor el trabajo de la salud dentro de la escuela, o sea, que nosotros cada

vez más nos tendremos que ir retirando, retirando de la labor con el alumno, con el alumno, lo que no quiere decir que este-mos coordinados con el claustro de profesores, o con un colegio entero para hacer una serie de actividades y que en casos puntua-les debamos intervenir como técnicos, pero no decir: vamos a subir ahora nosotros allí y vamos a intentar hablar con los chava-les, y además el sida, y además educación sexual, y además... Nues-tra idea como centro es trabajar con el profesorado, para que él a su vez trabaje con todos los alumnos que pasen por sus aulas lo cual es más eficaz»(p.56).

En la ausencia de estas herramientas, que pueden ser adecuada y conve-nientemente proporcionadas por el personal especializado en formación para la salud, el docente carecería de seguridad y se dejaría arrastrar por sus propios temores y convicciones, ejerciendo así una influencia negati-va sobre el alumnado. Muchas de ellas, además, deben ser metodológicas, significando esto que de nada serviría que el profesor se convirtiese en un experto en la prevención del VIH si no supiese cómo plasmar sus conoci-mientos en el aula y cómo hacer que estos calen en el alumnado.

Igual de interesante resulta para este apartado la investigación de Schenker y Nyirenda (2002), que trató el tema de la prevención del VIH/SIDA en los centros educativos desde seis perspectivas metodológicas: la de capaci-tar y comprometer a los profesionales de la educación, la de fomentar alianzas dentro de la escuela y de la comunidad, la utilización de métodos educativos no convencionales, la presentación de una comunicación abier-ta, la realización de sesiones innovadoras de enseñanza y, por último, la de enfoques de género específicos. Con el fin de presentar las propuestas más relevantes en cuanto a la formación de futuros profesores, maestros y educadores en la prevención del VIH, a continuación se detallarán cada una de estas metodologías desde la visión de los autores mencionados.

Los educadores capacitados profesionalmente y activamente comprometidos se forman sólo a través de «la adquisición de habilidades y métodos de enseñanza adecuados»(p.11). No existe manera posible de tratar la prevención frente al VIH en el aula si se continúa vinculado a sistemas y áreas tradicionales. El profesor capacitado y comprometido introduce innovaciones en sus clases, pero para ello no puede sentirse amenazado por desempeñar esta labor ni incómodo en su rol de educador sobre sexualidad. Un conocimiento en profundidad de las características del VIH/SIDA, unido a una buena comunicación con el alumnado, habilidad para dirigir debates abiertos y francos, empatía, respeto, demostración de ser digno de confianza, sinceridad y sentido del humor, entre otras cualidades, componen la clave para convertirse en un formador efectivo en este tema.

De manera idónea, el futuro docente comenzará su formación como educador en la prevención del VIH durante su paso por los centros académicos como alumno -especialmente en la universidad, donde puede aprender métodos didácticos específicos en carreras relacionadas con la salud-. Posteriormente, y como aconsejaba el estudio de Zabaleta et al. (1994), los servicios sanitarios y sociales se convertirán en su mejor apoyo para proveerle de las herramientas que le permitirán convertirse en un referente del cuidado de la salud en su entorno educativo.

De cualquier modo, es altamente recomendable que la capacitación para formar en prevención del VIH/SIDA no termine en ese punto, sino que continúe a lo largo de la vida docente. Tanto en la universidad como en la escuela, el profesor ha de llevar un seguimiento de su alumnado y contrastar sus impresiones con el estado actual de la enfermedad para ver cómo le influye. Asimismo, es su deber implicarse en la defensa de los derechos humanos e inculcarla a los estudiantes, luchar contra los casos

de discriminación por orientación sexual en las aulas y crear un ambiente académico de tolerancia.

Por otra parte, fomentar alianzas dentro de los centros académicos y de la comunidad será igualmente beneficioso para la promoción de conductas saludables que prevengan con éxito el contagio por VIH. Es un hecho indiscutible que, en los tiempos que corren, la integración de la enseñanza sobre VIH/SIDA en el currículo académico es necesaria, pero como ya mostraron las investigaciones sobre conductas y comportamientos de riesgo en el alumnado universitario, igual o más importante es incluir temas como la prevención del abuso de drogas y alcohol, la sexualidad y la no discriminación de manera transversal en los programas educativos a cualquier nivel.

Para Schenker y Nyirenda (2002), otra solución a adoptar podría ser la de crear un equipo coordinado de profesionales que desarrolle y monitoree políticas en referencia a la educación sobre VIH/SIDA en los centros universitarios y escolares. Este grupo de profesionales, que han de estar debidamente capacitados para que la iniciativa se lleve a cabo de forma satisfactoria, podrá al mismo tiempo apoyar y reforzar la acción de los docentes dentro del aula, por lo que agentes sociales y sanitarios deben conformar obligatoriamente una parte de esta comisión organizadora.

En lo referente a la utilización de métodos no convencionales de enseñanza, la clave es que se rompa con lo tradicional -especialmente con la actitud docente de mero transmisor de conocimientos, relegando al alumnado a un rol pasivo de escucha-, para propiciar la participación del alumnado y su aprendizaje activo. El estudio de Schenker y Nyirenda (2002) corroboró que esta metodología es particularmente efectiva en la educación sobre prevención frente al VIH, ya que genera oportunidades

para que los estudiantes expresen sus miedos y planteen sus dudas, estableciéndose una comunicación mucho más efectiva entre las dos partes.

Esto no hace más que reforzar la teoría de que una actitud cercana y un lenguaje real provocan en el alumnado la adopción de comportamientos saludables y el desarrollo de las habilidades pertinentes para alejarse del riesgo de contraer la enfermedad. Por todos los motivos expuestos, desde aquí se hacen un llamamiento a que los métodos de enseñanza sobre VIH/SIDA en universidades y escuelas sufran una necesaria evolución hacia la educación participativa. Dicha interactividad será fundamental en la misión de eliminar la incertidumbre, los miedos, las ansiedades y los sentimientos negativos que emergen en los individuos con respecto al VIH. Aparte, al sentirse protagonistas de este aprendizaje, los alumnos y alumnas salen del aula sintiéndolo ya como parte de sus vidas, esto es, modificando sus hábitos e incorporando cambios en su estilo de vida casi de forma inconsciente: es ahí donde radica la enorme efectividad de este tipo de metodología.

Un profesor que siempre se ha amparado en las metodologías tradicionales puede sentirse tremendamente inseguro a la hora de «dar el salto» hacia la innovación, o puede incluso ocurrir que el alumnado ya lo haya etiquetado como docente «no motivador», de manera que no se muestren receptivos a las modificaciones que incorpore a la forma de enfocar su programa. Por ello, la investigación que nos ocupa recomendó introducir pequeños cambios de actitud de forma gradual en la cotidianeidad del aula, como el de utilizar Internet para buscar información sobre el VIH y debatirla posteriormente en grupos o el de organizar debates. Así, se formará una «sociedad» entre profesorado y alumnado, en la que todos tienen derecho a expresarse y en ningún momento se «sermonea» a los estudiantes.

Estrechamente relacionado con esto se encuentra el tema de establecer canales de comunicación abierta con el alumnado, mediante los cuales se invite al debate sobre temas controversiales. Ideales para este rol son aquellos educadores, según Schenker y Nyirenda (2002), «que se sienten cómodos con su sexualidad, que se adhieren a los valores de los derechos humanos y que respetan a sus estudiantes». La investigación añade cuáles serían los tópicos a debatir en clase que realmente ayudarían al alumnado a desmitificar creencias y a asumir un papel responsable ante sus primeras prácticas sexuales, siendo los más relevantes el sexo antes del matrimonio, las relaciones homosexuales y el consumo de drogas. Existen otros factores, no obstante, que por la posibilidad de estar siendo experimentados por un sector estudiantil, deben ser tratados con la misma naturalidad pero con mayor delicadeza, como la vergüenza y el estigma social.

Aunque la investigación sostiene que «la creación de un ambiente abierto y honesto, así como una relación de comprensión entre el maestro y sus alumnos, es fundamental para la educación acerca del VIH/SIDA»(p.19), también admite que ello no tiene por qué implicar vulgaridad o falta de empatía. El respeto hacia los valores y creencias individuales debe imperar en todo momento, siendo la misión principal del profesor corregir los pensamientos erróneos y erradicar los miedos que han sido infundados a causa del desconocimiento.

Del mismo modo, esta comunicación abierta y fluida entre profesorado y alumnado expondrá un amplio abanico de opciones de conducta para ser debatido, y dotará a los estudiantes de una visión más amplia a la hora de tomar sus propias decisiones. No por ello se acelerará, según creencias muy extendidas en la sociedad, la iniciación de la vida sexual del alumnado, ya que la investigación llega a aseverar que otros estudios han demostra-

do precisamente lo contrario: cuantas más oportunidades tienen los jóvenes de hablar sobre el VIH, mayor prudencia evidencian en sus prácticas.

Para que todos estos métodos innovadores de los que se viene hablando ejerzan la debida influencia sobre el estilo de vida de alumnos y alumnas y sobre su postura frente al riesgo de contraer el VIH, las actividades de formación en prevención, ya se trate de debates, actividades o sesiones participativas, han de ser sostenidos en el tiempo. Las conferencias o charlas que tienen lugar un día y no vuelven a organizarse hasta pasados unos meses, generan un lapsus de tiempo en el que los estudiantes olvidan y corren el riesgo de volver a presentar conductas poco saludables.

Esta investigación sobre prevención del VIH/SIDA en las escuelas (2002) propone que las clases acerca de la enfermedad sean diferentes a todas las demás. Deben marcar de forma directa y personal al alumno o alumna, por lo que no está demás incluir en ellas actividades y herramientas que permitan la personalización, como representaciones, historias, autoexámenes y entrevistas con personas afectadas. Como puede observarse, aquí vuelve a entrar en juego el factor cercanía: lo que toca de cerca afecta y produce cambios, mientras que lo que parece lejano deja indiferente.

En línea con las actividades anteriormente propuestas por el estudio se encuentran otras iniciativas para involucrar al alumnado universitario y de secundaria o bachillerato en su propia formación sobre VIH: presentaciones en vídeo, elaboración de trabajos de investigación o visitas a hospitales y centros de salud. En muchos centros, se están aprovechando estas acciones para, al tiempo que se educa en prevención, también se eduque en tolerancia y no discriminación, pero para que estos mensajes sean realmente efectivos han de ser extremadamente claros y concisos para el receptor. El carácter grupal de las actividades favorece, asimismo,

una mejora de las habilidades sociales y de cooperación del alumnado, que en otras circunstancias se escudaría tras la vergüenza y los sentimientos negativos que pueden producirle el miedo al contagio o su condición sexual.

312

Para terminar, Schenker y Nyirenda (2002) determinaron en su investigación que los educadores sobre prevención del VIH en universidades y escuelas deberían adaptar su metodología didáctica para los varones, por un lado, y para las mujeres, por otro:

«Como se trata de una enfermedad de transmisión sexual, la información sobre el VIH/SIDA debería impartirse en contextos que incorporen con sensibilidad un enfoque de género, habida cuenta que el 75% de las infecciones en todo el mundo tienen su origen en relaciones sexuales heterosexuales no protegidas»(p.23).

A este respecto, se detecta la necesidad que el profesorado atienda, de forma específica, a posibles conductas machistas como intentar imponer a su pareja sexual la no utilización del preservativo, o al abordaje de temas que preocupan al sector femenino del alumnado como qué hacer ante una posible violación para prevenir el contagio por VIH.

En resumen, tan vasto es el espectro de temas abordar en lo referente a la prevención del VIH en el ámbito académico, y requiere de tantas innovaciones para que los métodos de enseñanza de educación sobre la enfermedad estén a la altura de las exigencias actuales, que se recomienda el trazado de un marco concreto para este tópico dentro del currículo educativo. De cualquier manera, un profesorado adecuadamente capacitado será perfectamente capaz de, desde el foco de difusión de conocimientos que es la Universidad, proveer una educación para la salud que cale en los estudiantes y logre transformar sus comportamientos de riesgo en hábitos saludables.

SEGUNDA PARTE



PROCESO
INVESTIGADOR

CAPÍTULO 4

*A*SPECTOS
 *M*ETODOLÓGICOS

4. Aspectos Metodológicos.

4.1. Planteamiento de la investigación.



al como hemos visto en el capítulo anterior, existen numerosos estudios sobre hábitos y estilos de vida en jóvenes universitarios, observándose en todos ellos, que continúan existiendo barreras que dificultan la prevención de nuevas infecciones en jóvenes. Las Universidades como espacio formativo, reflexivo y crítico deben dar respuestas a las grandes dificultades con las que se encuentran la sociedad y entre ellas la de promover estilos de vida saludable que favorezcan que la epidemia del VIH/SIDA empiece a formar parte de tiempos pasados.

En nuestra investigación no sólo hemos querido referirnos a la prevención de nuevos casos en jóvenes (uno de los actuales colectivos en riesgo en muchas partes del planeta) sino también en la búsqueda de oportunidades de aprendizaje que conlleve a la reflexión con el fin de evitar la invisibilidad de las personas que viven con VIH y el estigma asociado.

En el primer capítulo de este estudio, se habló sobre los primeros casos de niños seropositivos dentro del entorno escolar y como desde el inicio de la propagación de la enfermedad las actitudes discriminatorias se han producido en todos los contextos sociales, siendo obvio que también se reproducirían en las instituciones educativas como fiel reflejo de la sociedad. Sin embargo, y lejos de haber resuelto favorablemente esta situación, solo hace falta recorrer algunos foros y portales Webs de opiniones para

poder concluir que muchos padres y madres continúan sintiendo miedo y evitarían que su hijo/a compartiera aula con un niño/a VIH+.

320

Continúan reproduciéndose a lo largo de estos más de 30 años y debido al miedo que infunde la probabilidad de transmisión, actitudes discriminatorias injustificadas motivadas por falta de información al respecto, pero, ¿qué pueden hacer los futuros educadores, maestros o profesores ante esta difícil tarea?

La investigadora que escribe estas líneas, ha sido profesora casi una década en un centro ubicado en una zona con grandes dificultades sociales y económicas y cuyos ciudadanos han convivido desde la década de los 80 con muchas situaciones dolorosas a causa de la enfermedad del SIDA, hecho que creó un imaginario social arraigado y con un profundo anclaje en la población que habitaba y habita la zona.

En una zona social, donde la pobreza, las drogas, el ejercicio de la prostitución, la falta de acceso a recursos sociales y/o médicos principalmente, ha marcado todo el entramado social de, no sólo a aquellas personas que se sospechase o tuviesen el VIH o SIDA sino de todo su entorno familiar, la escuela no queda libre de prejuicios. Esa es quizás una de las mayores dificultades que puede encontrar un docente en un aula, intentar paliar las consecuencias de una etiqueta tan cruel como es la de «ser hijo/a de un sidoso/a» y en muchas ocasiones escuchada por la profesora que escribe estas palabras. Es por ello un deber y una obligación moral y ética, ofrecer oportunidades de aprendizaje a los futuros profesionales del ámbito de la educación y que gracias a nuevas competencias adquiridas, puedan dar respuestas más adecuadas a las que, como profesora novel, supo brindar la que se expresa.

No obstante, para llegar a obtener herramientas y recursos pedagógicos necesarios para abordar estas dificultades en nuestra labor como docentes, debemos conocer qué sabemos al respecto, las ideas y representaciones sobre el hecho estudiado, así como una reflexión sobre las posibles respuestas que tendríamos en distintos casos hipotéticos. Los datos ofrecidos por un cuestionario elaborado para esta investigación, así como los resultados revelados en los grupos de discusión, han ayudado a esclarecer aquellos hechos con una tendencia favorable y en aquellos en los que sigue teniendo grandes dificultades, continuando reproduciéndose actitudes discriminatorias en distintos entornos.

En este apartado del trabajo de investigación, en el cual estamos inmersos, abordaremos las técnicas de investigación utilizadas, estudiando y detallando su diseño y sus fases, no sin antes hablar sobre los objetivos, el contexto de estudio de la investigación y los participantes de esta investigación.

4.2. Objetivos generales y específicos.

☑ Objetivo General

El presente trabajo tiene como objetivo general conocer las ideas, representaciones y actitudes que los estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva poseen sobre el VIH/SIDA, para poder identificar dificultades relativas a la falta de información y por consiguiente, poder planificar actuaciones en el ámbito universitario como agente promotor de salud.

☑ Objetivos Específicos

Con respecto a los objetivos específicos de la investigación son los que a continuación se detallan:

- Elaborar y diseñar un instrumento de evaluación denominado *Conocimientos, representaciones y actitudes de estudiantes de titulaciones educativas sobre el VIH/SIDA*.
- Validar el instrumento de evaluación mediante metodologías cuantitativas y cualitativas.
- Valorar el nivel de conocimientos sobre VIH/SIDA de los estudiantes encuestados: la historia de la enfermedad, la situación actual de la pandemia, las diferencias entre países, las diversas formas de transmisión, etc.

- Registrar las percepciones, imágenes, representaciones que los estudiantes tienen sobre la enfermedad o el contagio de ésta y conocer posibles respuestas actitudinales.
- Conocer las actitudes de discriminatorias y/o de encubrimiento, que puedan producirse, en las relaciones sociales con personas con VIH.
- Generar evidencia científica y, si se observa necesario, ofrecer y divulgar los resultados para promover políticas sociales preventivas y programas de sensibilización e información sobre el VIH/SIDA en el entorno de la Red de Universidades Promotoras de Salud.

4.3. El contexto de estudio.

4.3.1. La Universidad de Huelva y su Facultad Ciencias de la Educación



El contexto de estudio se desarrolla en la Facultad de Ciencias de la Educación de la Universidad de Huelva. Es en el verano de 1993 cuando nace la Universidad de Huelva (Ley 4/1993 de 1 de julio; Junta de Andalucía, 1993) como consecuencia de la demanda social que se había instaurado en la capital y la provincia onubense a sabiendas de que dicho hecho, facilitaría el desarrollo cultural y socio-económico de la zona. En palabras de la profesora María del Pilar García escritas en su proyecto docente «su lema es “Sapere Aude” (atrévete a saber) y en su lema se refleja la juventud de la institución, de sus profesores y el desafío que se quiere transmitir a sus estudiantes y a la sociedad en general».

Las infraestructuras de la Universidad de Huelva se dividen en cuatro campus, el del El Carmen, el de La Rábida, La Merced y Cantero Cuadrado. En el campus de El Carmen se ubican 7 centros y algunos servicios como la Biblioteca Central, el Pabellón de Deportes y varios aularios. El campus de La Rábida es la sede de la Escuela Politécnica Superior y en La Merced donde se ubica la Facultad de Ciencias Empresariales. El Rectorado de la Onubense tiene su emplazamiento en el Campus de Cantero Cuadrado así como muchos de los servicios administrativos centrales.

Actualmente se imparte en la Universidad de Huelva 27 titulaciones de Grado que corresponden a la rama de Humanidades, Educación, Enfermería, Trabajo Social, Ciencias del Trabajo, ETS. Ingeniería, Experimentales, Derecho, Empresariales. Es importante aclarar en este apartado que, cuando comenzó a desarrollarse el proceso metodológico de este trabajo de investigación (curso académico 2011/2012), los 37 títulos de LRU empezaban a extinguirse, encontrándose en sus últimos cursos, mientras que las nuevas titulaciones de Grado se estaban desarrollando en sus primeros años. En la siguiente tabla podemos observar con claridad el hecho descrito:

Tabla 10: Oferta de Titulaciones de la Universidad de Huelva y datos del número de alumnado matriculado en el curso académico 2011/2012.

Nombre del Plan	Alumnos/as	
GRADO EN HISTORIA	114	
LICENCIADO EN FILOLOGIA INGLESA (PLAN 99)	81	
GRADO EN FILOLOGÍA HISPÁNICA	52	
LICENCIADO EN HISTORIA (PLAN 99)	86	
GRADO EN ESTUDIOS INGLESES	110	
LICENCIADO EN FILOLOGIA HISPANICA	36	
LICENCIADO EN HUMANIDADES (PLAN 99)	52	Humanidades: 531
LICENCIADO EN PSICOPEDAGOGIA (PLAN 98)	284	
MAESTRO ESPECIALIDAD DE LENGUA EXTRANJERA.OP. INGLES/ FRANCES (PLAN 98)	130	
MAESTRO ESPECIALIDAD DE EDUCACION INFANTIL (PLAN 98)	222	
MAESTRO ESPECIALIDAD DE EDUCACION PRIMARIA (PLAN 98)	310	
MAESTRO ESPECIALIDAD DE EDUCACION ESPECIAL (PLAN 98)	82	
MAESTRO ESPECIALIDAD DE EDUCACION FISICA (PLAN 98)	217	
GRADO EN EDUCACIÓN INFANTIL	239	
MAESTRO ESPECIALIDAD DE EDUCACION MUSICAL (PLAN 99)	71	
GRADO EN EDUCACIÓN PRIMARIA	594	
DIPLOMADO EN EDUCACION SOCIAL (PLAN 02)	183	

GRADO EN EDUCACIÓN SOCIAL	251	
LICENCIADO EN PSICOLOGIA (PLAN 03)	450	
GRADO EN PSICOLOGÍA	358	
GRADO EN CIENCIAS DE LA ACTIVIDAD FÍSICA Y DEL DEPORTE	69	Educación:3460
DIPLOMADO EN ENFERMERIA (PLAN 99)	17	
GRADO EN ENFERMERÍA	366	Enfermería: 383
GRADO EN TRABAJO SOCIAL	358	
DIPLOMADO EN TRABAJO SOCIAL (PLAN 98)	187	Trabajo Social:545
LICENCIADO EN CIENCIAS DEL TRABAJO (PLAN 02)	283	
DIPLOMADO EN RELACIONES LABORALES (PLAN 02)	135	
GRADO EN RELACIONES LABORALES Y RECURSOS HUMANOS	336	Ciencias del trabajo: 754
INGENIERO TECNICO INDUSTRIAL (PLAN 71)	2	
INGENIERO TECNICO INDUSTRIAL, ESPECIALIDAD EN ELECTRICIDAD (PLAN 99)	118	
INGENIERO TEC. INDUSTRIAL ESPECIALIDAD ELECTRONICA INDUSTRIAL (PLAN 99)	120	
INGENIERO TECNICO INDUSTRIAL ESPECIALIDAD EN MECANICA (PLAN 99)	244	
INGENIERO TEC INDUSTRIAL ESPECIALIDAD EN QUIMICA INDUSTRIAL (PLAN 99)	100	
INGENIERO TEC FORESTAL ESPECIALIDAD EN EXPLOTACIONES FORESTALES(PLAN 99)	269	
I.T. MINAS, ESPEC. RECURSOS ENERGETICOS, COMBUSTIBLES Y EXPLOSIVOS (PLAN 99	61	
INGENIERO TECNICO AGRICOLA (EXPLOTACIONES AGROPECUARIAS) (PLAN 71)	1	
ING. TEC. AGRICOLA ESPECIALIDAD EN EXPLOTACIONES AGROPECUARIAS (PLAN 99)	68	
I.T. AGRICOLA ESPECIALIDAD EN HORTOFRUTICULTURA Y JARDINERIA (PLAN 99)	45	
DIPLOMADO EN INFORMATICA (PLAN 85)	1	
INGENIERO QUIMICO (PLAN 99)	78	
INGENIERO TECNICO EN INFORMATICA DE GESTION (PLAN 04)	111	
INGENIERO TECNICO EN INFORMATICA DE SISTEMAS (PLAN 04)	71	

INGENIERO EN INFORMÁTICA (PLAN 04)	55	
INGENIERO INDUSTRIAL (PLAN 2004)	171	
GRADO EN INGENIERÍA INFORMÁTICA	145	
GRADO EN INGENIERÍA AGRÍCOLA	40	
GRADO EN INGENIERÍA QUÍMICA INDUSTRIAL	41	
GRADO EN INGENIERÍA ELÉCTRICA	94	
GRADO EN INGENIERÍA MECÁNICA	146	
GRADO EN INGENIERÍA FORESTAL Y DEL MEDIO NATURAL	178	
GRADO EN INGENIERÍA ELECTRÓNICA INDUSTRIAL	56	
GRADO EN INGENIERÍA ENERGÉTICA	65	
GRADO EN INGENIERÍA EN EXPLOTACIÓN DE MINAS Y RECURSOS ENERGÉTICOS	50	ETS.Ingeniería: 2330
GRADO EN QUÍMICA	93	
GRADO EN GEOLOGÍA	87	
GRADO EN CIENCIAS AMBIENTALES	78	
LICENCIADO EN CIENCIAS AMBIENTALES (PLAN 98)	136	
LICENCIADO EN GEOLOGIA (PLAN 00)	20	
LICENCIADO EN QUIMICA (PLAN 04)	58	Química:472
LICENCIADO EN DERECHO (PLAN 99)	323	
GRADO EN DERECHO	368	Derecho: 691
LICENCIADO EN ADMINISTRACION Y DIRECCION DE EMPRESAS (PLAN 99)	511	
DIPLOMADO EN CIENCIAS EMPRESARIALES (PLAN 99)	302	
DIPLOMADO EN TURISMO (PLAN 00)	234	
GRADO EN ADMINISTRACIÓN Y DIRECCIÓN DE EMPRESAS	440	
GRADO EN FINANZAS Y CONTABILIDAD	225	
GRADO EN TURISMO	145	Empresaria- les:1857
	Total: 11.023	

Fuente: Datos facilitados por el Servicio de Gestión Académica de la Universidad de Huelva en relación al curso académico 2011/2012.

Como se deduce de los datos presentados, la Universidad de Huelva es una institución pequeña y joven comparada con otras del entorno. Atiende a más de once mil alumnos y alumnas en sus 9 Facultades. La Facultad de Educación es, en función del número de alumnos/as matriculados, la más grande, siguiéndoles la Escuela Politécnica Superior de Ingeniería, la Facultad de Empresariales, Ciencias del Trabajo, Derecho, Trabajo Social, Experimentales, Humanidades y Enfermería.

La oferta de titulaciones de la Facultad de Educación, se compone en la actualidad de 14 títulos, con un total de 3.474 estudiantes matriculados. Esta cifra supone el 31,5% de la población estudiantil de nuestra universidad (11.039 estudiantes). A los 3.460 alumnos/as de la Facultad de Ciencias de la Educación, debemos sumar el alumnado que cursa estudios de posgrados, contando dicho centro durante el curso académico mencionado (11/12) con 7 programas oficiales de máster evaluados por la ANECA positivamente, de los cuales 4 eran interuniversitarios y 3 daban acceso a programas oficiales de doctorado. En los dos últimos años, la oferta continúa creciendo progresivamente.

Tabla 11: Oferta posgrado de la Facultad de Ciencias de la Educación curso académico (2011/2012).

Tabla 11: Oferta posgrado de la Facultad de Ciencias de la Educación curso académico (2011/2012).

1. Máster Oficial en Comunicación y Educación Audiovisual - Interuniversitario: UHU-UNIA
2. Máster Oficial en Educación Especial
3. Máster Oficial en Educación Físico-Deportiva - Acceso al Programa Oficial de Doctorado en Educación Físico-Deportiva.
4. Máster Oficial en Educación Intercultural - Máster interuniversitario: UHU-ALGARVE - Acceso a Programa Oficial de Doctorado La Educación en la Sociedad Multicultural.
5. Máster Oficial en Investigación en la Enseñanza y el Aprendizaje de las Ciencias Experimentales, Sociales y Matemáticas - Máster interuniversitario: UHU-UNIA-UEX - Acceso a Programa Oficial de Doctorado en Investigación en la Enseñanza y el Aprendizaje de las Ciencias Experimentales, Sociales y Matemáticas
6. Máster Oficial en Orientación Educativa
7. Máster Oficial en Profesorado de ESO y Bachillerato, FP y Enseñanza de Idiomas

Fuente: Página Web de la Universidad de Huelva (2012).

Una vez hecho una breve descripción del contexto de nuestro estudio y teniendo en cuenta los datos ofrecido en los anteriores líneas, se describirá el proceso de selección de la muestra utilizada en cada uno de los instrumentos.

4.3.2. Los participantes de la investigación.

En relación a las personas que han participado en esta investigación, es conveniente aclarar que, ha dependido de los tres instrumentos utilizados en este estudio y en las siguientes páginas se tratará de explicar las características de cada una de ellas. En los puntos siguientes de este capítulo cuarto, se entrará con más detalle en las técnicas utilizadas, así como en el proceso de preparación, fases y diseño de los instrumentos, sin embargo, en este punto se abordará el proceso de selección muestral.

Los instrumentos utilizados han sido un cuestionario elaborado por la propia investigadora que suscribe este trabajo, la técnica grupo de discusión,

así como el análisis documental del material elaborado por el alumnado en el Taller sobre VIH.

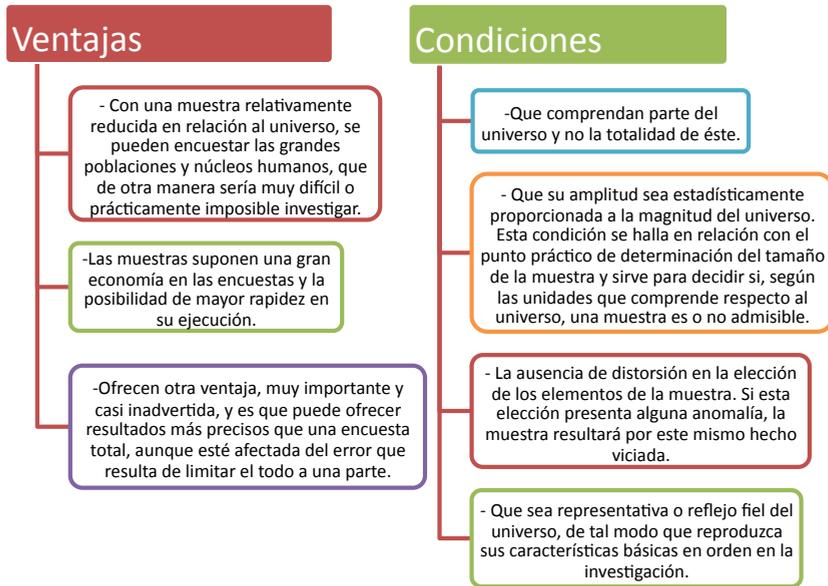
En cuanto al cuestionario, el número de alumnos y alumnas es considerablemente mayor al de las otras dos técnicas, como cabe esperar y en las siguientes líneas hablaremos sobre aquellos aspectos destacables de la muestra en relación a este instrumento utilizado. No obstante, dedicaremos unas líneas a describir algunos conceptos claves para el entendimiento de este apartado.

En primer lugar, abordaremos el significado de muestra teniendo en cuenta la definición de Sierra Bravo (1989) en la que se esclarecía que la muestra es simplemente una parte representativa de un conjunto, población o universo, cuyas características debe reproducir en pequeño lo más exactamente posible a la realidad. Es decir, se trata de una parte de un conjunto o población debidamente elegida, que se somete a observación científica en representación del conjunto, con el propósito de obtener resultados válidos, también para el universo total investigado.

La elección de la muestra según Pérez (2013) debe ser válida en cuanto a la generalización de los resultados obtenidos en la muestra de población, lográndose este requisito si la amplitud de la muestra es estadísticamente proporcionada a la magnitud de la población y en su composición por estratos es representativa.

La autora anteriormente mencionada enumera una serie de ventajas de las muestras en las Ciencias Sociales y unas condiciones necesarias. En la siguiente tabla se ofrece resumidamente dicha información:

Ilustración 76. Ventajas y condiciones necesarias para la elección de la muestra en una investigación.

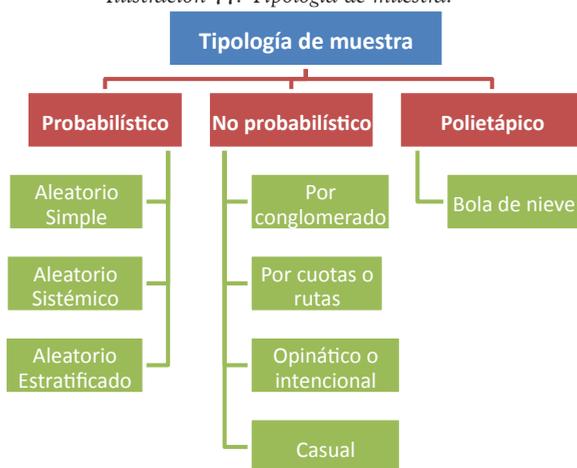


Elaboración propia a partir de lo expuesto en Pérez (2013)

El universo está formado por toda la población, o dicho en otras palabras, conforma las unidades que queremos estudiar y que por razones de diversa índole (económicas, relacionadas con el tiempo necesario, dificultades para acceder a determinados sujetos, etc.) se investiga como elemento representativo la muestra, comprendiendo ésta como parte del universo y nunca la totalidad de éste. También se debe tener en cuenta, el número de sujetos necesarios para su representatividad, siendo condición innecesaria -tal como lo expresa la autora anteriormente mencionada- que la amplitud sea estadísticamente proporcionada a la magnitud del universo y que sea un fiel reflejo del universo entendiendo esto como la necesidad de representar a todos los sectores diferenciados de la población que suponen ofrecen características especiales y que deberán estar representados en la misma proporción.

Para comenzar el proceso de selección de una muestra hemos tenido en cuenta la tipología que mejor se ajuste y adapte a las necesidades de la investigación y de la población. Bisquerre (1996) clasifica los distintos tipos de muestreos en 7 tipos teniendo en cuenta 3 criterios (probabilísticas, no probabilísticas, polietápico) y que se describe resumidamente en la siguiente imagen:

Ilustración 77. Tipología de muestra.



Elaboración propia a partir de lo expuesto en Bisquerre (1996)

a. Muestra utilizada para el instrumento cuestionario.

La tipología de muestreo utilizado en nuestra investigación para llevar a cabo la realización de los cuestionarios ha sido el estratificado y el tipo de por cuotas o rutas. La estratificación se relaciona en base a la edad del alumnado encuestado, ya que era prioritario, conocer si se observaba cambios en las respuestas de los sujetos a medida que avanza la edad y por cuotas o rutas debido a que era obligatorio reunir unas determinadas condiciones, en nuestra investigación concretamente, tener la misma representatividad los distintos cursos académicos para poder observar si existen

cambios a mayor formación universitaria. A continuación pasaremos a describir con más detalle nuestra muestra participante en la realización de los cuestionarios.

La siguiente tabla recoge a modo resumen una descripción de los sujetos de nuestra muestra, estableciendo relaciones entre la titulación, cursos, sexo y edad y así como la frecuencia de cada estrato. El alumnado encuestado ascendió a 613 sujetos:

333

Tabla 12. Contingencia entre el sexo del alumnado participante, la edad, el curso académico y la titulación.

Titulación	Curso	Sexo		Edad test				Total
				21 años o menos	Entre 21 hasta 23	Entre 23 hasta 25	Mayor de 25 años	
Grado en Educación Social	Primero	Sexo	Mujer	34	19	24	9	86
			Hombre	4	3	3	2	12
		Total	38	22	27	11	98	
	Segundo	Sexo	Mujer	30	11	5	12	58
			Hombre	6	1	2	0	9
		Total	36	12	7	12	67	
Grado en Educación Primaria	Segundo	Sexo	Mujer	1	1			2
			Hombre					
	Total	1	1			2		
	No contesta	Sexo	Hombre	1				1
Total			1				1	
Grado en Educación Infantil	Primero	Sexo	Mujer	29	11	7	3	50
			Hombre					
	Total	29	11	7	3	50		
	Segundo	Sexo	Mujer	10	15	18	10	53
			Hombre					
	Total	10	15	18	10	53		
Diplomatura en Educación Primaria	Primero	Sexo	Mujer	4	1	3	0	8
			Hombre	3	3	2	2	10
		Total	7	4	5	2	18	
	Segundo	Sexo	Mujer	1		1		2
			Hombre					
	Total	1		1		2		
Tercero	Sexo	Mujer	17	13	9	5	44	
		Hombre	6	6	8	0	20	
	Total	23	19	17	5	64		
Diplomatura en Educación Infantil	Tercero	Sexo	Mujer	4	3	2	1	10
			Hombre					
Total	4	3	2	1	10			
Diplomatura en Educación Física	Tercero	Sexo	Mujer	0	2	1	2	5
			Hombre	2	6	7	6	21
		Total	2	8	8	8	26	
Diplomatura en Educación Especial	Tercero	Sexo	Mujer	5	8	6	2	21
			Hombre	0	1	0	0	1
		Total	5	9	6	2	22	
Psicopedagogía	Cuarto	Sexo	Mujer	7	24	10	5	46
			Hombre	0	4	2	5	11
		Total	7	28	12	10	57	
	Quinto	Sexo	Mujer		0	0	1	1
			Hombre		18	13	24	55
		Total		1	1	8	10	
Total		19	14	33	66			
Máster en Educación Intercultural	Máster	Sexo	Mujer			5	5	10
			Hombre			0	3	3
		Total			5	8	13	
Máster en Secundaria	Máster	Sexo	Mujer	1	1	1	4	6
			Hombre	1	0	2	3	3
		Total	2	1	3	7	9	
No contesta	No contesta	Sexo	Mujer				2	2
			Hombre					
Total					2	2		
Diplomatura en Educación Social	Tercero	Sexo	Mujer	5	8	6	3	22
			Hombre	0	1	2	3	6
		Total	5	9	8	6	28	
	No contesta	Sexo	Hombre		1			1
			Total		1			1

Fuente: Elaboración propia.

El tamaño de la muestra se establece para una población de 2076 estudiantes de la Facultad de Ciencias de Educación de la Universidad de Huelva (Anexo 24, Población), tomando un margen de error (e) = $\pm 0,04$ y con un nivel de confianza ($z=1,96$) del 95%, siendo el mínimo, 491 sujetos, si bien los sujetos participantes en el estudio se amplían a 613, superando en 122 el número de sujetos necesarios para la representatividad.

Como ya se ha mencionado, la tipología de muestreo utilizado en los cuestionarios ha sido el estratificado en base a la edad del alumnado encuestado, por la necesidad de conocer si se observaba cambios en las respuestas de los sujetos a medida que avanza la edad. Es por ello, que se ha procurado que las unidades de muestreo dentro de cada estrato sean lo más homogéneas posibles, así cada intervalo de edad tiene similares porcentajes aunque y como podemos observar en la tabla siguiente, debido a la habitual edad con la que se inician y finalizan los estudios universitarios, el porcentaje es levemente superior en los dos primeros intervalos que en los dos últimos.

Tabla 13. Edad de los sujetos del cuestionario.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	21 años o menos	169	27,6	28,7	28,7
	Entre 21 hasta 23	163	26,6	27,7	56,4
	Entre 23 hasta 25	138	22,5	23,4	79,8
	Mayor de 25 años	119	19,4	20,2	100,0
	Total	589	96,1	100,0	
Perdidos	Sistema	24	3,9		
Total		613	100,0		

Fuente: Elaboración propia.

Cada estrato o fragmentación de la edad de los encuestados está representado con una frecuencia de sujetos superior a 110 e inferior a 170, para

garantizar que quedaran debidamente representados todos los intervalos establecidos. Como se ha comentado en líneas anteriores, y siendo esperable debido a la habitualidad de la edad con la que mayoritariamente se comienza y finaliza los estudios universitarios, la frecuencia de estudiantes va decreciendo a medida que el intervalo de edad crece. Así el 56,4% son menores o iguales a 23 años de edad. Teniendo en cuenta que el 79,8% del alumnado encuestado es menor o igual a 25 años de edad, nos enfrentamos a una muestra que, a nuestro entender, es valiosa para el tema que se aborda en este documento, ya que no sólo se intenta conocer cómo los futuros maestros/as, profesores/as y educadores/as se enfrentan ante una enfermedad que sigue siendo estigmatizada aún, sino que además nos encontramos con un registro de datos importante de conocimientos, percepciones y actitudes, de uno de los grupos más castigados por la epidemia del VIH en los países desarrollados, las personas jóvenes.

Con respecto al sexo de la muestra, el número de mujeres es considerablemente superior al de hombres, 480 mujeres frente a 108 hombres, siendo el nº de mujeres 4 veces mayor que el de los hombres. Este hecho se debe a la feminización de las titulaciones educativas. El profesor González Faraco (2000), en su libro *Cómo se fabrican los maestros*, habla sobre lo que el autor califica como «abrumadora feminización» (p.61), exponiendo como el porcentaje de alumnas en algunas titulaciones como Educación Infantil es de prácticamente el 100% y el de la titulación de Educación Especial ronda el 90%, en oposición a la titulación de Educación Física en la cual el autor habla del 70% de hombres.

Tabla 14. Sexo de los participantes en el cuestionario.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	6	1,0	1,0	1,0
	Mujer	496	80,9	80,9	81,9
	Hombre	111	18,1	18,1	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Catorce años más tarde de que González Faraco hiciera estas aportaciones, podemos seguir corroborando que el número de mujeres es considerablemente mayor que el de los hombres, encontrándose en nuestra muestra, un 100% de mujeres cursando Educación Infantil y un 95% en Educación Especial, estudiando Educación Física el 80% de los alumnos hombres que forman parte de la muestra de esta investigación.

Un aspecto curioso, aunque no significativo para nuestra investigación, es que el número de mujeres decrece al aumentar la edad, siendo 147 las mujeres menores de 21 años y sólo 87 las mujeres mayores de 25. Sin embargo, esta relación esperada que se produce en el decrecimiento de alumnado a mayor edad, no ocurre con respecto a los hombres ya que como se puede ver, los datos son similares en el números de alumnos varones en todos los intervalos de edad, observándose un leve crecimiento en el último intervalo (mayor de 25). Estos datos se relacionan con el hecho de que en la titulación de Psicopedagogía y en los dos másteres investigados, la presencia de alumnos hombres es mayor a titulaciones como educación infantil o especial.

Tabla 15. Contingencia Sexo y Edad

Sexo		21 años o menos	Entre 21 hasta 23	Entre 23 hasta 25	Mayor de 25 años	Total
		0	0	0	0	1
Mujer		147	135	111	87	480
Hombre		22	28	27	31	108
Total		169	163	138	119	589

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a lo dicho en líneas anteriores se puede visualizar claramente en el gráfico siguiente, como el porcentaje de mujeres es muy superior al de hombres encuestados -81% son mujeres frente al 19% son hombres- debido al ya conocido hecho de que son preferentemente las personas de sexo femenino las que optan a la mayoría de titulaciones educativas.



Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla hallaremos las frecuencias y porcentajes en relación al curso académico que están cursando en ese momento los encuestados. Es necesario aclarar que el 75,7% de la muestra, está realizando alguno de los tres primeros cursos, debido a que en el periodo de tiempo en el que se hizo la recogida de los datos, no se había implantado aún el cuarto curso de ninguno de los Grados de las distintas especialidades. A este

hecho debemos sumar, que el número de titulaciones de primer ciclo era también considerablemente mayor al de segundo ciclo y máster en la muestra seleccionada, estando este hecho justificada al ser también inferior en la población (ver anexo 24: Población). Por la anterior razón, podemos observar como el porcentaje decrece en estos estudios:

Tabla 16. Curso que estudian los encuestados.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Primero	177	28,9	28,9	28,9
	Segundo	125	20,4	20,4	49,3
	Tercero	162	26,4	26,4	75,7
	Cuarto	51	8,3	8,3	84,0
	Quinto	71	11,6	11,6	95,6
	Máster	23	3,8	3,8	99,3
	No contesta	4	,7	,7	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Se ha decidido nombrar la titulación de 1º y 2º de Psicopedagogía, como 4º y 5º, para poder así distinguir claramente-esta titulación es de segundo ciclo-con los cursos de 1º y 2º de otras titulaciones de primer ciclo. Como ya se ha comentado en el punto anterior (4.3), cuando se realizó la recogida de datos se estaban desarrollando simultáneamente ambos planes de estudio (titulaciones de la LRU y Grados), siendo los únicos cursos superiores -entendiendo este hecho en nuestro trabajo como alumnado que ya tienen una titulación universitaria previa- los de 1º y 2º de Psicopedagogía y los de Máster de Educación Intercultural y de Secundaria. Por lo tanto, los alumnos de 1º, 2º y 3º ascienden a un total de 464 en nuestra muestra, mientras que los alumnos de 1º y 2º de psicopedagogía y de ambos Máster ascienden a un total de 145. Por otro lado, y tal como se puede observar claramente en la tabla 12, algunos de los cursos de primer año de las

titulaciones a extinguir, tienen poca representatividad por ser asignaturas con pocos alumnos matriculados debido a la desaparición de ese plan de estudio. En la siguiente tabla podemos consultar el número de alumnos al cual hemos podido acceder según las titulaciones:

Tabla 17. Titulación que cursan los sujetos del estudio.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Grado en Educación Social	169	27,6	27,6	27,6
	Grado en Educación Primaria	3	,5	,5	28,1
	Grado en Educación Infantil	104	17,0	17,0	45,0
	Diplomatura en Educación Primaria	91	14,8	14,8	59,9
	Diplomatura en Educación Infantil	10	1,6	1,6	61,5
	Diplomatura en Educación Física	27	4,4	4,4	65,9
	Diplomatura en Educación Especial	26	4,2	4,2	70,1
	Psicopedagogía	129	21,0	21,0	91,2
	Máster en Educación Intercultural	14	2,3	2,3	93,5
	Máster en Secundaria	9	1,5	1,5	94,9
	No contesta	2	,3	,3	95,3
	Diplomatura en Educación Social	29	4,7	4,7	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

En la anterior tabla se puede observar como las titulaciones con mayor número de encuestados y porcentaje más elevado son Psicopedagogía, Grado en Educación Infantil y Grado en Educación Social. Este hecho se

debe a que hemos tenido mayor facilidad para acceder a esas clases ya que en otras titulaciones debido al calendario ajustado de clases lectivas del profesorado, el acceso no se ha podido producir en las mismas condiciones.

Resumiendo, se puede decir que la muestra seleccionada para la realización del cuestionario, está dividida en cuatro intervalos de edad diferenciados y con porcentajes similares (menores de 21, 21-23, 23-25, mayores de 25) para poder observar diferencias o similitudes que correlacionen con la edad de los sujetos; que el número de mujeres es muy superior al de hombres debido a la feminización de las titulaciones educativas y que el número de alumnado que estudia los tres primeros años de formación universitaria es superior al de los estudiantes que ya han obtenido una titulación universitaria previa.

b. Participantes del grupo de discusión

Teniendo en cuenta la representatividad de los sujetos en la muestra del cuestionario, se ha seleccionado para el grupo de discusión unos participantes con las mismas características, titulaciones, edad y sexo. En el cuadro que se presenta a continuación se exponen los datos en cuanto la frecuencia y el porcentaje del alumnado que ha participado en el Grupo de Discusión, así como los mismos datos de la muestra de cuestionario para poder realizar una comparativa al respecto.

Tabla 18. Comparativa entre las muestras del Cuestionario y del Grupo de Discusión

Titulación	Frecuencia Cuestionario	Frecuencia G.D.	%Cuestionario	%G.D.
Grado de Educación Social	165	3	25,92	27,27
Diplomatura de Educación Social	29		4,73	
Grado de Educación Primaria	3		0,49	
Diplomatura de Educación Primaria	84	1	13,7	9,09
Grado de Educación Infantil	103	2	16,8	18,18
Diplomatura en Educación Infantil	10		1,63	
Diplomatura en Educación Física	26	1	4,24	9,09
Diplomatura Educación Especial	22	1	3,59	9,09
Psicopedagogía	66	1	10,77	9,09
Máster en Educ. Intercultural	13	1	2,12	9,09
Máster Educación Secundaria	9	1	1,47	9,09

Fuente: *Elaboración propia.*

Se ha intentado que los grupos con mayor representatividad en la muestra del cuestionario, también estuviesen representados en los grupos de discusión con porcentajes similares. Por otro lado y aunque la frecuencia del alumnado de los dos másteres que han formado parte de nuestro estudio es bastante inferior a la de titulaciones de Grado como pueden ser Educación Social o Infantil, se decidió invitar a las sesiones del grupo de discusión al alumnado de Máster para cotejar los datos obtenidos en el cuestionario y poder analizar si se observan diferencias significativas.

En cuanto al sexo de los participantes del grupo de discusión, el siguiente cuadro refleja las similitudes con respecto a la muestra del cuestionario:



Fuente: *Elaboración propia.*

En relación a la edad de los sujetos del grupo de discusión, era importante para el trabajo de investigación que se respetase la misma representatividad en cada uno de los intervalos que en el instrumento cuestionario, es por ello que se invitó a que participasen en esta actividad, un número de estudiantes que fueran equitativa a la muestra con la que ya habíamos trabajado en el procedimiento anterior. En la siguiente tabla se plasma la información ofrecida:

Tabla 19. Edad de los sujetos del Grupo de Discusión.

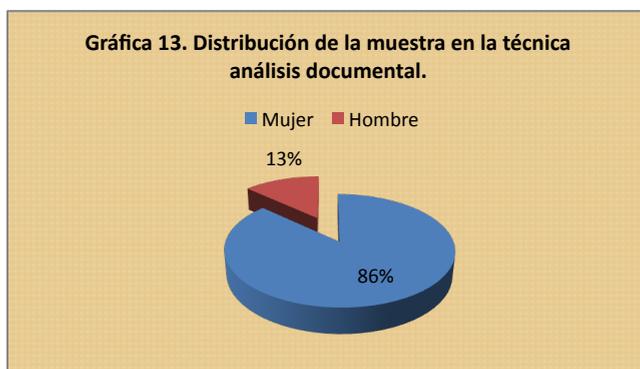
		Frecuencia G.D.	% G.D.	% Cuestio- nario
Válidos	21 años o menos	3	27,2	27,6
	Entre 21 hasta 23	3	27,2	26,6
	Entre 23 hasta 25	3	27,2	22,5
	Mayor de 25 años	2	18,1	19,4

Fuente: *Elaboración propia.*

c. Participantes en la elaboración de documentos.

Debido a la complejidad de valorar las representaciones y el imaginario social sobre el VIH/SIDA a través de un instrumento cuantitativo como

es el cuestionario estructurado, hemos utilizado -además de la técnica cualitativa grupo de discusión- el análisis de documentos elaborados por el alumnado en relación a la temática. Como dicha actividad necesitaba de gran parte del tiempo lectivo de una clase, hemos accedido a dos clases de 2º y 3º de Grado de la titulación de Educación Social, a las que la investigadora tenía fácil acceso. Es obvio que no podremos tener en cuenta esta técnica como instrumento comparativo entre titulaciones porque sólo se ha trabajado con una de ellas, sin embargo la finalidad de dicho instrumento, tal como expresamos en los objetivos expuestos en este Capítulo 4, es la de recoger las representaciones sociales de futuros trabajadores en el ámbito educativo sobre el VIH/SIDA, y dicha técnica nos ayuda y complementa para tal fin. Al final de este capítulo, hablaremos con más detalle en qué ha consistido esta técnica, sin embargo, ahora nos ocupa la descripción del grupo de personas que han sido invitados y es por ello que comenzaremos exponiendo gráficamente el porcentaje de alumnos y alumnas que han participado:



Fuente: Elaboración propia.

Como ocurre en los resultados obtenidos en los otros dos instrumentos, el número de alumnas es superior al de hombres, debido al ya comentado hecho de que acuden mayor número de mujeres a la mayoría de las titula-

ciones educativas. Otro dato que se ha tenido en cuenta, es la edad de los participantes y, en la siguiente tabla podemos consultar los porcentajes representados en los distintos intervalos:

		Frecuencia	Porcentaje	% Cuestionario
Válidos	21 años o menos	36	40,4	27,6
	Entre 21 hasta 23	25	28,1	26,6
	Entre 23 hasta 25	10	11,2	22,5
	Mayor de 25 años	18	20,2	19,4
		Total alumnado consultado:		
		89		

Fuente: Elaboración propia.

El número de estudiantes que han realizado esta actividad asciende a 89. Mientras que en el cuestionario y en el grupo de discusión los cuatro intervalos de edad estaban equilibrados rondando valores entre el 20-27% cada uno de ellos, la actividad que describimos en este apartado el intervalo que mayor representatividad tiene es el de los menores de 23 años, con casi un 70%, debido a que se ha desarrollado en dos cursos de Grado (2º y 3º).

Por último, a través de la siguiente tabla podemos ver el número de estudiantes que estaban cursando 2º de Grado de Educación Social y 3º de esta misma titulación:

Curso	Frecuencia	Porcentaje
2º Grado Educación Social	47	52,8
3º Grado Educación Social	42	47,2

Fuente: Elaboración propia.

Antes de comenzar con el siguiente punto que consistirá en la descripción de la metodología utilizada, volver a recordar que en este trabajo de investigación se utilizarán una metodología cuantitativa y cualitativa, así como tres técnicas e instrumentos distintos de recogida de información:

- ✓ Una primera parte en el cual se ha relacionado una investigación cuantitativa en el cual se ha recogido los datos a través de un cuestionario compuesto por dos escalas y un test que se ha elaborado para dicho fin.
- ✓ Debido a la complejidad de recoger las representaciones sociales exclusivamente a través de una técnica de análisis cuantitativo, hemos utilizado también una metodología cualitativa usando la técnica de grupos de discusión, propiciando de esta forma poder complementar y triangular los datos obtenidos en ambos procedimientos. Los grupos de discusión se han desarrollado una vez analizados los datos obtenidos del cuestionario, ya que han servido de fuente para elaborar la matriz de guía que guió el proceso.
- ✓ También se ha utilizado la técnica cualitativa de análisis de documentos elaborados por los estudiantes de dos cursos, para poder obtener mayor información sobre las representaciones sociales.

Si tenemos en cuenta la suma de los sujetos del cuestionario (613), del grupo de discusión (11) y el alumnado que ha elaborado los documentos solicitados (89), tenemos un total de 713 estudiantes a los que se ha consultado sobre la materia que abordamos en esta tesis doctoral.

Una vez descritas las tres muestras utilizadas en cada instrumento de recogida de análisis, continuaremos con una descripción detallada del procedimiento seguido en cada uno de los instrumentos.

4.4. Instrumentos para la recogida de la información.

4.4.1. El cuestionario.



Es una de las técnicas más empleada en investigación ya que es menos costosa y puede llegar a un número mayor de sujetos en relación a otras técnicas. La finalidad del cuestionario es recoger información de interés para el investigador, de una manera planificada y sistemática sobre la población objeto del estudio.

Los cuestionarios son instrumentos que pretenden recoger información sobre las percepciones, opiniones, representaciones, creencias, conductas y actuaciones de los sujetos y por lo tanto, en muchos casos, es una labor compleja y ardua la labor de traducir o asociar a un sistema de medida con una puntuación cuantificable. Es por ello, que en las página siguientes expondremos de manera detalla el proceso de realización y validación del instrumento creado en esta investigación y de esta forma poder esclarecer los criterios de calidad que han sido empleados.

A continuación, se explican los pasos a seguir en la elaboración del cuestionario y en la aplicación de este, basándonos en los criterios de calidad de otros cuestionarios existentes relacionados con las temáticas abordadas y tomándolos como referente.

El proceso de validación y diseño de un cuestionario es un proceso complejo y tal como señala Martín Arribas (2004), el proceso de construcción

y validación de un cuestionario/escala de medida requiere el conocimiento teórico claro del aspecto que queremos medir, así como poseer conocimientos estadísticos avanzados y saber manejar programas informáticos para realizar las pruebas estadísticas. Dicha autora apunta las siguientes características necesarias para garantizar la calidad de un instrumento:

- ① Ser adecuado para la cuestión que se pretende medir (teóricamente justificable), validez de contenido) e intuitivamente razonable.
- ② Ser válido, en el sentido de ser capaz de medir aquellas características que pretenden medir y no otras.
- ③ Ser fiable, preciso, es decir, con un mínimo de error en la medida.
- ④ Ser sensible, que sea capaz de medir cambios tanto en los diferentes individuos como en la respuesta de un mismo individuo a través del tiempo.
- ⑤ Delimitar claramente sus componentes (dimensiones), de manera que cada uno contribuya al total de la escala de forma independiente (validez de constructo).
- ⑥ Estar basado en datos generados por los propios pacientes.
- ⑦ Ser aceptado por pacientes, usuarios, profesionales e investigadores.

Como hemos comentado en líneas anteriores y, siendo conscientes de las limitaciones de recoger información percepciones, opiniones, representaciones, creencias, conductas y actuaciones sobre los sujetos y convertir estos datos a un sistema de medida con una puntuación cuantificable, hemos utilizado conjuntamente la metodología cualitativa de la dinámica de grupo de discusión y análisis documentos elaborados en el *Taller sobre VIH* realizado con alumnado de 2º y 3º de Grado de Educación Social.

Para llevar a cabo nuestra investigación y en relación a los dos últimos aspectos que según Martín (2004) señala como necesarios para garantizar la calidad de un cuestionario, hemos fundamentado nuestro trabajo en los datos generados por los pacientes con VIH entrevistados y que forman parte del proceso de investigación *La exclusión social y educativa de menores con SIDA*. Proyecto de I+D+i, (con ref. EDU2009-08923, subprograma EDUC), aprobado y financiado por el Ministerio de Ciencia e Innovación del Gobierno de España, dentro de la Convocatoria 2009 del Programa Nacional de Proyectos de Investigación Fundamental, en el marco del VI Plan Nacional de Investigación Científica, Desarrollo e Innovación Tecnológica 2008- 2011. En este Proyecto participan investigadores de varias Universidades y varios Hospitales Universitarios españoles, cuyo investigador principal es el profesor Juan Carlos González Faraco, de la Universidad de Huelva.

Seguidamente mostraremos aquellas cuestiones más relevantes en relación a esta primera parte de nuestro trabajo metodológico, el cuestionario, detallando el objetivo general que se pretende conseguir, función de este, fases en la elaboración del instrumento, proceso validación, tratamiento y análisis de los datos.

Objetivo de dicho cuestionario:

Registrar los conocimientos, las representaciones y actitudes sobre el VIH/SIDA de los estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva.

Finalidad del cuestionario

Se ha intentado dar respuestas a tres interrogantes claves para la elaboración de este instrumento de medición:

350

1. Variable de interés: con este cuestionario pretendemos medir los conocimientos, representaciones y actitudes sobre la enfermedad del VIH/SIDA. En nuestro caso, no podemos hablar de variables manifiestas, ya que no denotan características directamente observables. Por lo tanto nos encontramos frente a la medición de una variable latente entendiendo esta como una entidad no observada, no pudiéndose medir directamente porque es una variable imaginaria, una entidad inobservable.
2. Población diana: los estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva.
3. Utilización prevista: Generar evidencia científica para si se observa necesario, ofrecer y divulgar los resultados para promover políticas sociales preventivas y programas de sensibilización e información sobre el VIH/SIDA con dicha población.

Por lo tanto la función que desempeña nuestro cuestionario, es una función descriptiva-informativa, ya que pretende obtener información sobre el nivel de conocimientos de dicha enfermedad, las imágenes y representaciones sociales que se pueden generar de forma individual y colectiva y las actitudes que pueden generar estas personas frente a distintas situaciones relacionadas con la enfermedad para detectar necesidad y promover programas educativos en el ámbito de las universidades promotoras de salud.

☑ Fases del diseño del cuestionario.

En líneas anteriores hablábamos de la importancia de esclarecer el proceso de realización y validación del instrumento creado en esta investigación para explicar los criterios de calidad que han sido empleados. Revisando literatura al respecto de esta cuestión, hemos creído conveniente fundamentar nuestras actuaciones en los criterios a seguir en el diseño y validación de un cuestionario según autores como Cristóbal Fransi (2001), Llorens, Beas, Cifre, (2000) y Martín Arribas (2004). Teniendo en cuenta las recomendaciones y sugerencias de estos autores, el instrumento de nuestro estudio, ha pasado por diferentes fases que a continuación se desarrollan:

Fase 1. Definición de los constructos o aspecto que hemos querido medir

Para ello en primer lugar, hemos realizado una revisión bibliográfica sobre el campo de conocimientos que queríamos abordar. Hemos determinado la teoría que sustenta nuestros constructos en la teoría de la Representaciones Sociales de Moscovici. En el Capítulo 2 de este trabajo de investigación hemos hablado extensamente al respecto, no obstante, recordaremos brevemente las tres dimensiones que utiliza Moscovici para explicar las representaciones sociales:

Dado que la formación de representaciones sociales depende directamente de la manera particular en la que cada grupo o individuo interioriza una información y la comunica, es esencial comprender tal proceso en sus tres dimensiones, definidas a finales de la década de los setenta por Moscovici: información, campo de representación o núcleo representativo y actitud.

La información es la dimensión de los conocimientos sobre el objeto social que se representa, los cuales se adquieren en el intercambio verbal

con otras personas o por el contacto directo o experiencias con el propio objeto; el campo de representación es la dimensión más importante de las tres, pues se trata de la imagen de ese objeto que ha sido construida por la sociedad y por el propio sujeto y, por último, la actitud es la dimensión de las posiciones en referencia al objeto, esto es, las percepciones negativas o positivas que se tienen de él, siempre influenciadas por el marco de referencia previo, como se ha visto.

Es por esta razón que nuestro cuestionario tiene 3 constructos bien definidos: a) Información sobre el VIH/SIDA; b) Campo de la representación del VIH/SIDA; c) Actitud frente al VIH/SIDA.

Fase 2. Identificación de las dimensiones

Una vez que habíamos definido los tres constructos que queríamos abordar en este trabajo, establecimos las dimensiones de cada uno de ellos. Se han identificado cada una de las dimensiones que conforman el primer constructo (Nivel de conocimientos sobre el VIH/SIDA) gracias a anteriores cuestionarios elaborados, tales como la *Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales* creado por la Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España FIPSE (2003); *Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos* realizado por la Fundación de Ayuda contra la drogadicción y el Instituto de la Juventud (FAD-INJUVE, 2002); El estudio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) en España titulado *Los adolescentes españoles y su salud: un análisis en chicos y chicas de 11-17 años* elaborado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el año 2002; así como el cuestionario elaborado en la investigación *Sida: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en estudiantes y profesores en el Cur-Chontales de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua* cuya autoría se corresponde a Morón Marchena, J.A., López Noguero F., Cobos Sanchiz D., Torres Gordillo J.J. (2011).

En el segundo constructo (Campo de las representaciones) hemos tomado como referencia fundamentalmente el documento de la Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003 titulado *Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual y Bases para la Acción* (Ginebra, UNAIDS, 2002), desarrollado por los autores Peter Aggleton y Richard Parker. Según los autores, «la escasa comprensión, los mitos sobre la transmisión, la asociación inicial de la infección con grupos socialmente marginados (como las trabajadoras sexuales y los varones homosexuales activos), la falta de disponibilidad de tratamientos, la imagen de incurabilidad transmitida por los medios de difusión, y el temor al contagio y a la muerte, se encuentran entre los numerosos elementos asociados al estigma por VIH/SIDA» (p.2).

Por último la *Escala para la evaluación de estigma sentido* elaborada por Miric (2004), la investigación de Martín (2004) en el que utiliza el cuestionario *Escala de Actitud para Enfermería* y la información obtenida de las entrevistas en profundidad llevadas a cabo dentro del Proyecto de I+D+i, *La exclusión social y educativa de menores con SIDA* González Faraco y otros, ha fomentado la formulación de las dimensiones del último constructo (Actitudes ante el VIH/SIDA).

Fase 3. Generación de los ítems

En primer lugar, se procedió a elaborar un banco de ítems que abordaran las dimensiones planteadas, basándose en la revisión bibliográfica, fundamentalmente, la expuesta en la fase anterior y teniendo en cuenta también la intuición y experiencia de la investigadora con respecto a la temática. En cuanto a la redacción de los ítems se ha tenido en cuenta:

- Comenzar con ítems que nos ofrecieran datos sociodemográficos (edad, titulación, curso académico y sexo) para poder investigar si existe algún diferencia significativa según dichos datos.

- Las primeras preguntas de nuestro cuestionario estaban orientadas a conocer como se había accedido a la información que poseen los encuestados sobre el VIH/SIDA si la hubiese (tipo test). Ello nos facilitaría no comenzar con las preguntas relacionadas con el pensamiento de los encuestados o la actuaciones de cada uno de ellos en determinadas situaciones planteadas, procurando que aún siendo la temática en algunos aspectos difícil de abordar al tratarse de preguntas sobre aspectos sexuales y el ámbito personal, hemos intentado introducir de una manera progresiva las preguntas sexuales que conllevan respuestas más embarazosas.
- Se realizó un banco de ítems que constaba con el doble de preguntas de las que se necesitaba en la última versión de la escala para que una vez pasada por la fase de la elaboración de experto y teniendo en cuenta los resultados de la prueba piloto, pudiésemos seleccionar aquellos ítems mejor valorados. Se ha pretendido en esta tarea-composición de los ítems- que las cuestiones planteadas fueran abordadas de una manera absoluta y exhaustiva, siendo obligatorio para conocer lo que se quería saber de cada una de ellas. A través de varios procedimientos (información aportada por expertos y anotaciones de los estudiantes que realizaron la prueba pretest) se pretendía valorar si el lenguaje es el adecuado para los individuos a los que va dirigido y si las preguntas eran comprensibles, haciéndose los cambios oportunos según los resultados.
- En la tarea de codificar las respuesta, se decidió utilizar cuestiones cuya repuestas eran policotómicas tanto en la primera parte del cuestionario (tipo test) en la que una de las respuesta es la correcta e intenta recoger el conocimientos sobre el VIH/SIDA, como en las escalas que abordan las representaciones y las actitudes de los encuestados ante el VIH/SIDA. Se decidió utilizar para registrar

estas dos dimensiones (representaciones y actitudes) preguntas cuantitativas que, tal como indica Azofra, M.J. (1999) forman parte de esta misma clasificación, -refiriéndose a las preguntas categorizadas o de escala ordinal-, las preguntas cuantitativas que «son aquellas cuya respuesta es un número» (p.10). Continúa la autora discerniendo que en las preguntas de valoración, los extremos son una valoración mínima y una valoración máxima, siendo en nuestro cuestionario la repuesta 1 la valoración mínima «totalmente en desacuerdo» y la respuesta 5 la máxima «totalmente de acuerdo» (p.13).

Fase 4. Reducción de la escala.

Dicho banco de ítems pasó una primera depuración que consistió en la consulta a expertos. Por un lado un grupo de expertos relacionados con la temática abordada, valorando la idoneidad de los constructos y dimensiones en relación al objeto de estudio y una evaluación cualitativa de cada uno de los ítems de la batería. Los expertos consultados en este grupo han sido:

- Dña. María de la Cinta Morón López, Asesora técnica de Salud y Participación de la Junta de Andalucía encargada de desarrollar proyectos de educación para la salud en jóvenes.
- Dña. Francisca M^a García Padilla, Profesora de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Huelva.
- D. Esteban Delgado Arcos, responsable del programa Forma Joven y premio andaluz de investigación en drogodependencias y prevención.
- Dr. Arturo Hidalgo Berutich, médico de familia, especializado en

orientación y terapia sexual y responsable del programa Forma Joven.

Un grupo de expertos en cuestiones metodológicas y con una amplia experiencia en la elaboración y el análisis de cuestionarios:

356

- Dr. Ramón Tirado Morueta, Prof. Titular del Departamento de Educación de la Universidad de Huelva.
- Dr. Ángel Boza Carreño, Prof. Titular del Departamento de Educación de la Universidad de Huelva.

Después de esta primera revisión encargada a los dos grupos de expertos, de los 121 ítems elaborados por la investigadora se redujo el banco a 109. Aspectos que valoraron los expertos con respecto a los ítems:

- Tipos de preguntas más adecuados.
- Si se observa la ausencia de alguna cuestión relacionada con la temática y que no se haya abordado.
- Si es correcta la categorización de las respuestas.
- Si el ordenamiento interno es lógico.
- Si la pregunta recoge lo que se quiere conocer.
- Si es comprensible para los destinatarios a los que va dirigido.
- Recomendaciones y sugerencias.

Con estos ítems se elaboró un cuestionario previo (prueba piloto Anexo 25) con el objetivo de valorar la escala, la adecuación y la comprensión. Dicho cuestionario tenía una segunda parte llamada «Hoja de Valoración»

en el que se pudiera registrar por parte de los sujetos que formaban parte de esta prueba piloto, aspectos tales como:

- Si el enunciado es correcto y comprensible.
- Si las preguntas tienen la extensión adecuada.
- Si existen resistencias psicológicas o rechazo hacia algunas preguntas.
- Si la duración está dentro de lo aceptable por los encuestados.
- Dificultad de los ítems y/o de la escala en general
- Otro tipo de valoraciones que el sujeto considerase oportuno.

357

Fase 5. Realización del Pretest.

La prueba se realizó a 36 sujetos del Grado de Educación Social. Se llevó a cabo en marzo de 2012. Se tenía un tiempo de 60 minutos aunque la mayoría de los sujetos tardaron entre 35-45 min. Se valoró también, mientras se desarrollaba la prueba, aspectos relacionados con la aplicación de ésta, tales como las incidencias que pudieran surgir, las tareas que el encuestador debía asumir, si se observaba resistencia a responder a alguna de las cuestiones o incluso el número de abandonos, para prevenir las causas que provocan este hecho.

Basándonos en el Informe FIPSE (2003) realizado por el Instituto Nacional de Estadística, se decidió una vez finalizada la prueba llevar a cabo entre los sujetos encuestados, cuatro entrevistas para identificar posibles fuentes de errores por dificultades en la comprensión de las preguntas o en la elección de las alternativas de respuesta, las estrategias de recuerdo utilizadas o las reacciones a preguntas sensibles. Estos cuatro sujetos fueron voluntarios

que se solicitó por parte del investigador, llevándose a cabo las entrevistas de forma individual y siempre en relación a la comprensión y redacción de las cuestiones, como la formulación de sugerencias.

Fase 6. Resultados del Pretest.

Para analizar los resultados de la prueba piloto, se ha llevado a cabo un análisis de fiabilidad de los datos a través del programa estadístico SPSS., el análisis de cada una de las recomendaciones, sugerencias y/o observaciones de los encuestados y por último el análisis de las cuatro entrevistas realizadas a los/las voluntarios/as. A continuación, detallamos cada uno de los pasos anteriormente mencionados:

- ✓ Análisis de fiabilidad de los datos a través del programa estadístico SPSS.

Una vez pasada la prueba piloto se utilizó el programa estadístico IBM SPSS Statistics 19 para analizar los resultados. Dicho programa, tal como se puede consultar en su manual, es un sistema global para el análisis de datos adquiriéndose de casi cualquier tipo de archivo y utilizarlos para generar informes tabulares, gráficos y diagramas de distribuciones y tendencias, estadísticos descriptivos y análisis estadísticos complejos. Este programa es frecuentemente utilizado en Ciencias Sociales y facilita poder trabajar con una gran cantidad de datos, así como analizar análisis estadísticos complejos de una manera sencilla para el usuario.

Terminado el registro de los datos en dicho programa, se procedió a realizar el análisis de fiabilidad utilizando como método el coeficiente Alpha. El análisis de fiabilidad permite estudiar las propiedades de las escalas de medición y de los elementos que componen las escalas. El procedimiento Análisis de fiabilidad calcula un número de medidas de fiabilidad de escala que se utilizan normalmente y también proporciona información

sobre las relaciones entre elementos individuales de la escala. Se pueden utilizar los coeficientes de correlación intraclass para calcular estimaciones de la fiabilidad inter-evaluadores (Manual SPSS 19). El Alfa de Cronbach es un modelo de consistencia interna, que se basa en la correlación inter-elementos promedio. El cuestionario pretest se divide en tres partes relacionadas con cada uno de los constructos que se estableció en la primera fase. Una primera parte que tiene una estructura de tipo test, en el que solo una de las respuestas ofrecidas es correcta y pretende valorar el nivel de conocimientos y dos escalas que corresponden a los otros dos constructos (representaciones sociales y actitudes frente al VIH/SIDA).

Antes de comenzar a entrar con más detalle en el análisis del cuestionario piloto, debemos decir que todo este proceso metodológico ha sido guiado por el profesor Dr. D. Ramón Tirado Mendoza, profesor titular del Departamento de Educación de la Universidad de Huelva y con una amplia experiencia en la elaboración de instrumentos y validación de éstos. En esa primera parte de nuestro cuestionario, el tipo test, se obtuvo en la versión preliminar del instrumento, un valor de 0.614 para 28 elementos. Se llevó a cabo los estadísticos descriptivos univariantes de los elementos (sujetos) de los cuales se obtuvieron los siguientes datos:

Tabla 22. Estadísticos de los elementos.

Estadísticos de los elementos			
	Media	Desviación típica	N
Estado_de_indefension	,31	,471	32
VIH_y_SIDA	,25	,440	32
Siglas	,00	,000	32
Seropositivo_a	,81	,397	32
VIH	,03	,177	32
SIDA	,72	,457	32
Mutaciones	,28	,457	32
Continentes	,88	,336	32
Recursos_económicos	,47	,507	32
Contagio_más_usual	,81	,397	32
Contagiar	,75	,440	32
Riesgo_de_infección	,44	,504	32
Felación	,59	,499	32
Transmisión_por_compartir	,97	,177	32
Enfermedades_provocadas	,22	,420	32
Retrovirus	,13	,336	32
Transmisión_horizontal	,28	,457	32
Transmisión_vertical	,41	,499	32
Fallecer	,19	,397	32
Penetración	,22	,420	32
Carga_viral	,34	,483	32
Causas_de_muerte	,66	,483	32
Diagnóstico	,88	,336	32
Fiabilidad_prueba	,22	,420	32
Lugar_de_prueba	2,91	,390	32
Farmacológico	,88	,336	32
Trabajador_sanitario	,34	,483	32
Sin_preservativo	,78	,420	32

Fuente: Elaboración propia.

El valor de la media, una vez re-codificados los datos en modalidades dicotómicas, acierto-error (1, 0), es la proporción de aciertos o Índice de dificultad del ítem. En este caso, se puede observar que existen ítems con valores inferiores a 0.5, y en consecuencia pueden considerarse con un índice de dificultad elevado. Por lo tanto, se podría obtener las siguientes tipologías en función de la dificultad:

Tabla 23. Grado de dificultad del Test Conocimientos del Cuestionario Piloto.

Item 4 (0.81)	Item1 (0.31)	Item 2 (0.25)
Item 6 (0.72)	Item 9 (0.47)	Item 3 (0.0)
Item 8 (0,88)	Item 12 (0.44)	Item 5 (0.03)
Item 10 (0.81)	Item 13 (0.59)	Item 7 (0.28)
Item 11 (0.75)	Item 18 (0.41)	Item 15 (0.22)
Item 14 (0.97)	Item 21 (0.34)	Item 16 (0.13)
Item 23 (0.88)	Item 22 (0.66)	Item 17 (0.28)
Item 26 (0.88)	Item 27 (0.34)	Item 19 (0.19)
Item 28 (0.78)		Item 20 (0.22)
		Item 24 (0.22)

Fuente: Elaboración propia.

La clasificación realizada permite concluir que el instrumento presenta tres niveles de dificultad (baja, de 0.70 a 1; media, de 0.31 a 0.69; y alta, de 0 a 0.30) equilibrados en presencia, como lo demuestra el hecho de contener 10 ítems de dificultad alta, 8 ítems de dificultad media, y 9 ítems de dificultad baja.

A continuación, se obtienen los estadísticos bivariantes que correlacionan cada elemento con el total. De ellos, la columna etiquetada como «Correlación elemento-total corregida» es el denominado índice de discriminación del ítem, siendo este un criterio importante para la selección de los ítems, recomendándose que su valor sea ≥ 0.30 .

Tabla 24. Estadísticos total-elementos del Test Conocimientos.

Estadísticos total-elemento

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-tot al corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Estado_de_indefension	15,44	11,351	,053	,621
VIH_y_SIDA	15,50	11,161	,132	,611
Siglas	15,75	11,742	,000	,615
Seropositivo_a	14,94	11,351	,088	,615
VIH	15,72	11,176	,452	,597
SIDA	15,03	11,773	-,077	,635
Mutaciones	15,47	11,225	,101	,615
Continentes	14,88	11,274	,157	,608
Recursos_económicos	15,28	10,660	,249	,597
Contagio_más_usual	14,94	11,609	-,009	,624
Contagiar	15,00	10,065	,532	,565
Riesgo_de_infección	15,31	12,222	-,208	,653
Felación	15,16	10,781	,217	,601
Transmisión_por_compartir	14,78	11,531	,149	,610
Enfermedades_provocadas	15,53	10,322	,461	,575
Retrovirus	15,63	10,887	,335	,593
Transmisión_horizotal	15,47	10,193	,460	,572
Transmisión_vertical	15,34	10,362	,352	,584
Fallecer	15,56	10,512	,417	,581
Penetración	15,53	11,225	,121	,612
Carga_viral	15,41	10,314	,386	,580
Causas_de_muerte	15,09	11,249	,080	,618
Diagnóstico	14,88	12,177	-,234	,640
Fiabilidad_prueba	15,53	10,451	,411	,580
Lugar_de_prueba	12,84	11,039	,212	,603
Farmacológico	14,88	11,274	,157	,608
Trabajador_sanitario	15,41	11,152	,111	,614
Sin_preservativo	14,97	10,999	,203	,603

Fuente: Elaboración propia.

Otro criterio importante para la selección de los ítems está expresado en la última columna que representa el valor del coeficiente de Alpha si se eliminase el ítem, y que como alfa es directamente proporcional al número de ítems, debería decrecer si el elemento es adecuado. Atendiendo a este

criterio y al índice de discriminación del elemento, se pueden considerar como inadecuados los siguientes ítems:

- Ítem 6 (SIDA), el valor de Alfa aumenta a 0.635
- Ítem 12 (Riesgo de infección), el valor de Alfa aumenta a 0.653
- Ítem 23 (Diagnóstico), el valor de Alfa aumenta a 0.640
- Ítem 10 (Contagio más usual), el valor de Alfa aumenta a 0.624

En consecuencia, los resultados son satisfactorios ya que al haber eliminado cuatro elementos, el «coeficiente Alfa de Cronbach» ha aumentado de valor (0.701) como a continuación observamos:

Tabla 25. Estadísticos de fiabilidad con el «Coeficiente Alfa de Cronbach».

Estadísticos de fiabilidad	
Alfa de Cronbach	N de elementos
,701	24

Fuente: Elaboración propia.

Otro procedimiento utilizado para el cálculo del coeficiente de fiabilidad es el procedimiento «Dos mitades». Este modelo divide la escala en dos partes y examina la correlación entre dichas partes. Para utilizar este procedimiento se procede incorporando primero los ítems pares y después los impares, dado que SPSS utiliza como primera mitad los $n/2$ primeros ítems y como segunda mitad los restantes.

Tabla 26. Estadísticos de fiabilidad con el procedimiento «Dos mitades» del Test Conocimientos.

Estadísticos de fiabilidad				
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,609	
		N de elementos	14 ^a	
	Parte 2	Valor	,293	
		N de elementos	14 ^b	
	N total de elementos			28
Correlación entre formas			,341	
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual			,509
	Longitud desigual			,509
Dos mitades de Guttman			,495	

a. Los elementos son: Estado_de_indefension, Siglas, VIH, Mutaciones, Recursos_económicos, Contagiar, Felación, Enfermedades_provocadas, Transmisión_horizontal, Fallecer, Carga_viral, Diagnóstico, Lugar_de_prueba, Trabajador_sanitario.

b. Los elementos son: VIH_y_SIDA, Seropositivo_a, SIDA, Continentes, Contagio_más_usual, Riesgo_de_infección, Transmisión_por_compartir, Retrovirus, Transmisión_vertical, Penetración, Causas_de_muerte, Fiabilidad_prueba, Farmacológico, Sin_preservativo.

Fuente: *Elaboración propia.*

El análisis con los 28 ítems originales presenta el valor Alfa de cada una de las mitades compuesta por 12 elementos (ítems), siendo la correlación entre las dos mitades 0.341. Asimismo, la correlación corregida por el procedimiento Spearman-Brown es 0.509. Finalmente, el procedimiento de Guttman proporciona un valor, algo menor, 0.495.

Utilizando el procedimiento Dos mitades eliminando los 4 ítems inadecuados se obtienen los resultados que se muestran a continuación.

Tabla 27. Estadísticos de fiabilidad con el procedimiento «Dos mitades» una vez eliminados los ítems inadecuados.

Estadísticos de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,637
		N de elementos	12 ^a
	Parte 2	Valor	,399
		N de elementos	12 ^b
	N total de elementos		24
Correlación entre formas			,537
Coefficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,699
	Longitud desigual		,699
Dos mitades de Guttman			,686

a. Los elementos son: Estado_de_indefension, Siglas, VIH, Mutaciones, Recursos_económicos, Contagiar, Felación, Enfermedades_provocadas, Transmisión_horizontal, Fallecer, Carga_viral, Lugar_de_prueba.

b. Los elementos son: Trabajador_sanitario, VIH_y_SIDA, Seropositivo_a, Continentes, Transmisión_por_compartir, Retrovirus, Transmisión_vertical, Penetración, Fiabilidad_prueba, Farmacológico, Sin_preservativo, Causas_de_muerte.

Fuente: Elaboración propia.

Los resultados resultan más satisfactorios, encontrando que el nivel de correlación a aumentado hasta 0.537, asimismo el valor del coeficiente corregido de Spearman-Brown (longitud igual y desigual) han aumentado hasta 0.699, siendo algo menor el valor del coeficiente de Guttman (0.686) Este último modelo calcula los límites inferiores de Guttman para la fiabilidad verdadera.

Como se ha repetido en varias ocasiones, el cuestionario pretest está dividido en tres partes según los constructos de nuestra investigación. La primera parte se desarrolla a través del tipo test que acabamos de analizar y la segunda y tercera parte de este cuestionario piloto, son dos escalas en el que 1 significa Totalmente en Desacuerdo y 5 Totalmente de Acuerdo. A continuación, pasaremos a analizar los resultados de la fiabilidad de las escalas. En cuanto el análisis debemos aclarar que el procedimiento seguido ha sido el mismo, partiendo del análisis alfa de la escala preliminar.

Tabla 28. Resumen del procesamiento de los casos.

Resumen del procesamiento de los casos

		N	%
Casos	Válidos	20	55,6
	Excluidos ^a	16	44,4
	Total	36	100,0

a. Eliminación por lista basada en todas las variables del procedimiento.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 29. Estadísticos de fiabilidad con el procedimiento «Alfa de Cronbach».

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,799	,806	81

Fuente: Elaboración propia.

En el anexo 26 se puede consultar el cuestionario, los estadísticos descriptivos univariantes de los elementos (sujetos) y los estadísticos bivariantes de las escalas que correlacionan cada elemento con el total. De ellos, la columna etiquetada como «Correlación elemento-total corregida» es el denominado índice de discriminación del ítem y tras eliminar los 11 ítems inadecuados (valores negativos) los resultados varían como se observan en el estadístico de fiabilidad del alfa de Cronbach:

Tabla 30. Estadísticos de fiabilidad con el «Coeficiente Alfa de Cronbach» de las escalas.

Estadísticos de fiabilidad		
Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,860	,861	70

Fuente: Elaboración propia.

El resultado de la prueba de dos mitades una vez eliminados los ítems inadecuados se recogen en la siguiente tabla resultando los datos más satisfactorios:

Tabla 31. Estadísticos de fiabilidad con el procedimiento «Dos mitades» de las escalas.

Estadísticos de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,755
		N de elementos	35 ^a
	Parte 2	Valor	,806
		N de elementos	35 ^b
	N total de elementos		70
Correlación entre formas			,570
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,726
	Longitud desigual		,726
Dos mitades de Guttman			,719

a. Los elementos son: Baño_vestuario, Jacuzzi_sauna, Habitación_hospital, Dentista, Cambio_físico, Persona_entorno, Mosquito, Herida_no_sangrante, Comparetir_chupete, Buco_genital, Exclusivamente_genital, Fetos, Penetración_sin_preservativo, Prostitución, Homosexuales, Bisexuales, Pareja_no_estable, Única_pareja, Zonas_deprimidas, Pocos_recursos, Mujeres, Hombres_promiscuos, Mujeres_prostitución, Hombres_infectados, Africanos, Europa_del_Este, Latinoamericanos, Gitanos_as, Miedo, Transmitido_el_VIH, Portador, Miedo_resultados, Relaciones_con_otros, Preocupación_relaciones, Muerte.

b. Los elementos son: Ira, Deterioro_físico, Envejecimiento_prematuro, Responsabilidades, Promiscuas, Vicios, Sentirse_culpable, Cambiar_de_habitación, Guardería, Clase_de_adultos, Docente_adultos, Miedo_contagio, Profesores_as_infantil, Enamorado_a, Relaciones_con_protección, Madre, Padre, Hermano_a, Abuelos_as, Compañeros_as_de_piso, Todos_as_amigos_as, Pareja_actual, Grupo, Otros_as_enfermos_as, Profesores_as, Comenzar_relación, Tener_derechos, Conocimiento_otros_padres, Relación_sentimental, Relación_sexual, Casa, Relaciones_sociales, Piso_compartido, Viaje, Adoptar.

Fuente: Elaboración propia.

Tras eliminar los 11 ítems inadecuados (valores negativos), los resultados varían significativamente:

Tabla 32. Estadísticos de fiabilidad con el «Coeficiente Alfa de Cronbach» de las escalas una vez eliminados los valores negativos.

368

Estadísticos de fiabilidad

Alfa de Cronbach	Alfa de Cronbach basada en los elementos tipificados	N de elementos
,860	,861	70

Fuente: Elaboración propia.

El resultado de la prueba de dos mitades una vez eliminados los ítems inadecuados se recogen en la siguiente tabla.

Tabla 33. Estadísticos de fiabilidad con la prueba de las «Dos mitades».

Estadísticos de fiabilidad			
Alfa de Cronbach	Parte 1	Valor	,755
		N de elementos	35 ^a
	Parte 2	Valor	,806
		N de elementos	35 ^b
	N total de elementos		70
Correlación entre formas			,570
Coeficiente de Spearman-Brown	Longitud igual		,726
	Longitud desigual		,726
Dos mitades de Guttman			,719

a. Los elementos son: Baño_vestuario, Jacuzzi_sauna, Habitación_hospital, Dentista, Cambio_físico, Persona_entorno, Mosquito, Herida_no_sangrante, Comparetir_chupete, Buco_genital, Exclusivamente_genital, Fetos, Penetración_sin_preservativo, Prostitución, Homosexuales, Bisexuales, Pareja_no_estable, Única_pareja, Zonas_deprimidas, Pocos_recursos, Mujeres, Hombres_promiscuos, Mujeres_prostitución, Hombres_infectados, Africanos, Europa_del_Este, Latinoamericanos, Gitanos_as, Miedo, Transmitido_el_VIH, Portador, Miedo_resultados, Relaciones_con_otros, Preocupación_relaciones, Muerte.

b. Los elementos son: Ira, Deterioro_físico, Envejecimiento_prematuro, Responsabilidades, Promiscuas, Vicios, Sentirse_culpable, Cambiar_de_habitación, Guardería, Clase_de_adultos, Docente_adultos, Miedo_contagio, Profesores_as_infantil, Enamorado_a, Relaciones_con_protección, Madre, Padre, Hermano_a, Abuelos_as, Compañeros_as_de_piso, Todos_as_amigos_as, Pareja_actual, Grupo, Otros_as_enfermos_as, Profesores_as, Comenzar_relación, Tener_derechos, Conocimiento_otros_padres, Relación_sentimental, Relación_sexual, Casa, Relaciones_sociales, Piso_compartido, Viaje, Adoptar.

Fuente: Elaboración propia.

Por lo tanto, los resultados a igual que pasaría en el tipo test, resultan más satisfactorios cuando se ha procedido a eliminar los 11 ítems con valores negativos, encontrando que el nivel de correlación a aumentado hasta 0.570, asimismo el valor del coeficiente corregido de Spearman-Brown a aumentado hasta 0.726, siendo algo menor el valor del coeficiente de Guttman (0.719).

- ✓ Análisis de cada una de las recomendaciones, sugerencias y/o observaciones de los encuestados.

Una vez procesado y realizado el análisis de fiabilidad de la prueba pretest de los datos cuantitativos, se procedió a valorar los registros de los sujetos en el apartado «Observaciones». Como se puede observar en el Anexo 25. Cuestionario Pretest), la última página del cuestionario estaba dedicada a registrar las anotaciones que los estudiantes querían recoger al respecto de la prueba. Se les explicó que cualquier incidencia, las transmitieran en dicho lugar por escrito, pudiendo reflejar si tenían dificultad en la comprensión del ítem: si el nivel de dificultad de alguno de los ítems era demasiado elevado, si el tiempo era el adecuado, si rechazaban contestar alguna de las cuestiones y a qué era debido, así como otras cuestiones que ellos/ellas considerasen oportuno.

- ✓ Aportaciones de las entrevistas a los cuatro sujetos que había realizado el cuestionario junto al grupo piloto.

Por último, se pidió voluntarios para poder abordar las anteriores cuestiones en entrevistas individuales. Fueron cuatro los/las alumnos/as que se ofrecieron voluntarios, a los cuales se les entrevistó individualmente corroborando muchos de los aspectos anotados en las observaciones del resto del grupo.

A modo de conclusión de este apartado, podemos decir que a partir de los resultados del estudio piloto mediante el SPSS, el análisis de las hojas de los registros, las entrevistas a los voluntarios solicitados, así como las observaciones de la encuestadora, se procedió a extraer resultados para mejorar el diseño del instrumento y el proceso de la encuesta.

Aunque los cambios han sido menores ya que no detectamos un nivel alto de resistencia, se observó que el método de recogida de los datos era idóneo para los objetivos planteados en nuestra investigación. El nivel de comprensión de los enunciados era correcto aunque en alguno de ellos, la dificultad era demasiado alta debido a la complejidad de la temática,

sobre todo en aquellas cuestiones relacionadas con los aspectos biomédicos, decidiéndose eliminar las que resultaban excesivamente difíciles.

El resto, aunque seguía habiendo enunciados con un grado de dificultad elevada, eran factibles. Nos encontramos que un grupo de alumnos/as sentía interés en dicha temática y no se produjo ningún abandono. La duración de la entrevista osciló entre 35-45 minutos, expresando las personas voluntarias entrevistadas que el tiempo invertido era más prolongado de lo deseable, no obstante, al eliminar las preguntas con peores resultados esta dificultad se corregiría.

Una vez tenido en cuenta las recomendaciones, sugerencias y los datos aportados en la fase anterior, se procedió a elaborar el cuestionario definitivo.

A continuación haremos una descripción de la metodología que hemos utilizado para la construcción y validación de nuestro cuestionario como escala de medida que permite la obtención de los datos deseados, es decir, conocer los conocimientos, representaciones y actitudes sobre la enfermedad del VIH/SIDA de los estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva, con la finalidad última de extraer datos concluyentes. El objetivo principal por lo tanto, es intentar recoger las representaciones sociales de los estudiantes de dichas titulaciones sobre el VIH/SIDA.

Como hemos hablado extensamente en el Capítulo 2 de este trabajo de investigación, las representaciones sociales son sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propio. No representan simplemente «opiniones acerca de», «imágenes de», o «actitudes hacia» sino «teorías o ramas del conocimientos» con derechos propios para el descubrimiento y la organización de la realidad. Sistemas de valores, ideas y prácticas con una función doble: primero, establecer un orden que permita a los individuos orien-

tarse en su mundo material y social y dominarlo y segundo, posibilitar la comunicación entre los miembros de una comunidad proporcionándoles un código para el intercambio social y un código para nombrar y clasificar sin ambigüedades los diversos aspectos de su mundo y de su historia individual y grupal (Araya, 2002).

Las representaciones sociales sobre los hechos con los que diariamente nos encontramos, nos ayudan por lo tanto a comprender de una manera particular el mundo que nos rodea, establecer un juicio de valor sobre ello y actuar en consecuencia sobre nuestra particular visión y/o creencia de este hecho.

Recordamos de nuevo las palabras de Moscovici (1979) cuando aclara que las representaciones sociales como forma de conocimientos aluden a un proceso y a un contenido. Referente al proceso, las representaciones sociales se refieren a una forma particular de adquirir y comunicar conocimientos. Como contenido, a una forma particular de conocimientos, que constituye un universo de creencias en el que se distinguen tres dimensiones: la actitud, la información y el campo de representación.

La intencionalidad de nuestro cuestionario será entonces determinar:

1. Qué información se tiene sobre la cuestión abordada (información).
2. Cómo se interpreta esta información y/o las creencias que suscita sobre este hecho (campo de las representaciones).
3. Cómo se actúa y qué actuaciones conlleva en los sujetos cuando se encuentran en una situación de interacción con algún acontecimiento, hecho o sujeto que vive con el VIH o padezca SIDA (Actitud).

Teniendo en cuenta la revisión bibliográfica, la consulta a expertos en la materia, los objetivos de nuestro cuestionario y los resultados obtenidos en la prueba piloto, se estableció una idea clara de lo que queríamos medir, definiendo para ello, nuestros constructos. Estos constructos se sustentan en la teoría de Moscovici y sus tres dimensiones ya expuestas anteriormente, pretendiendo que la validez de cada uno de los constructos aborde el grado en que el instrumento de medida refleje la teoría del hecho que mide.

I. Información sobre el VIH/SIDA

Cuando hablamos de información, nos referimos a la organización de los conocimientos que tiene una persona o un grupo social en relación a un determinado acontecimiento, en nuestro caso, el VIH/SIDA. Debemos también hacer una distinción entre la cantidad de información sobre el hecho del que se trate y la calidad y/o veracidad de la información, cuestión que reflejará una actitud más o menos estereotipada.

Hemos revisado exhaustivamente todas las posibles características que conforman cada uno de estos tres constructos. Cada una de estas características la hemos denominado «dimensiones» y la clara definición de cada una de ellas nos ha facilitado la construcción de las preguntas que hemos pretendido que exploren esa parte del aspecto que hemos medido. Como ya expresamos en la Fase 2 del proceso de elaboración del cuestionario, hemos dilucidado una serie de variables tomando como referencia a cuestionarios ya elaborados y que se recogen en la tabla siguiente:

Tabla 34. Cuestionarios que han servido de guía.

Nombre del instrumento	Entidad que edita
- <i>Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales</i>	Fundación para la Investigación y Prevención del Sida en España, FIPSE (2003)
- <i>Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos</i>	Fundación de Ayuda contra la drogadicción y el Instituto de la Juventud (FAD-INJUVE, 2002);
- <i>Estudio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) en España: Los adolescentes españoles y su salud: un análisis en chicos y chicas de 11-17 años</i>	Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España (2002)
- <i>Sida: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en estudiantes y profesores en el Cur-Chontales de la Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua</i>	Autores: Morón Marchena, J.A., López Noguero F., Cobos Sanchiz D., Torres Gordillo J.J. (2011)

Fuente: Elaboración propia.

A continuación, se especifican las dimensiones de dicho constructo:

- **Dimensión 1. Epidemiología:** Es una disciplina científica que estudia las causas de la aparición, propagación y mantenimiento de los problemas de salud en poblaciones humanas específicas, con la finalidad de prevenirlos o controlarlos. En esta dimensión por lo tanto, se abordarán cuestiones relacionadas con la información que poseen los encuestados sobre esta temática y las fuentes de dicha información, los diferentes estadios de la enfermedad, las consecuencias que provocan y las alteraciones en nuestro organismo cuando vive con el VIH o padece el SIDA.
- **Dimensión 2. Diagnóstico y tratamiento:** No queremos extendernos en relación al diagnóstico y tratamiento de VIH/SIDA ya que hemos hablado ampliamente en el Capítulo 1 sobre ello, sin embargo recordar, que el diagnóstico definitivo de la infección por el VIH sólo puede establecerse por métodos de laboratorio, ya que en ningún caso las manifestaciones clínicas son lo suficientemente específicas. Los métodos directos detectan al propio virus o alguno de sus componentes, como proteínas o ácidos nucleicos, mientras que los indirectos reconocen los anticuerpos específicos producidos por el sistema inmunitario como respuesta a la

infección vírica. Las recomendaciones actuales para el tratamiento de la infección por el VIH, incluidas las gestantes, se basan en regímenes muy potentes de antirretrovirales (TARGA, Terapia Antirretroviral de Gran Actividad), que tienen como objetivos suprimir la carga viral, preservar el sistema inmune y evitar las resistencias. En esta dimensión se intentará medir el grado de información que sobre este hecho poseen los sujetos que han sido encuestados.

II. Campo de las representaciones.

Para este segundo constructo y como ya hemos comentado en la Fase 2, hemos tomado como referencia fundamentalmente el documento de la Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003 titulado *Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual y Bases para la Acción* (Ginebra, UNAIDS, 2002), desarrollado por los autores Peter Aggleton y Richard Parker. Según los autores, «la escasa comprensión, los mitos sobre la transmisión, la asociación inicial de la infección con grupos socialmente marginados (como las trabajadoras sexuales y los varones homosexuales activos), la falta de disponibilidad de tratamientos, la imagen de incurabilidad transmitida por los medios de difusión, y el temor al contagio y a la muerte, se encuentran entre los numerosos elementos asociados al estigma por VIH/SIDA». Hemos dividido este constructo en las siguientes dimensiones, para intentar abordar el estigma social que hasta nuestros días se ha relacionado con el VIH/SIDA:

- Dimensión 3. Mitos sobre la transmisión y sobre la enfermedad: los mitos sobre la transmisión del virus ha sido una de las causas de muchas situaciones estigmatizantes y discriminatorias más frecuentes. El Observatorio derechos humanos y VIH/sida y Ministerio de Sanidad y Política Social del Gobierno de España llevaron a cabo una campaña de información en el 2009 en el cual se exponía «el desconocimientos o conocimientos erróneo sobre el VIH, el sida, sus vías de transmisión y sobre todo de NO trasmisión, son una de las principales causas del estigma y la discriminación».

- **Dimensión.4. Enfermedad marginal:** Las causas que desencadenan el estigma y la discriminación frente al VIH son, entre otras, los prejuicios sobre la sexualidad humana basados en el concepto de que la heterosexualidad reproductiva y la monogamia son las únicas formas legítimas de vincularse sexualmente, lo que ha sido fuertemente imbuido por creencias religiosas respecto del sexo y del amor, el desconocimientos y la falta de información frente al virus, sus formas de transmisión y protección, y la falta de cura para el sida (ONUSIDA 2006). A este complejo marco evolutivo se añade una falsa sensación de seguridad que se deriva de la monogamia serial. Distintos estudios muestran que los jóvenes no consideran peligroso realizar conductas de riesgo si es con una pareja estable (o afectiva reciente) aunque sí perciben el riesgo cuando se trata de relaciones ocasionales. Se observa una mayor preocupación por los embarazos no deseados que por el riesgo de transmisión de VIH, posiblemente porque el embarazo se percibe como un riesgo más inmediato, aunque sea menos grave e irreversible (Planes, Gómez, Gras, Font-Mayolas, Cunil, Aymerich, Soto, 2006).
- **Dimensión 5. Miedo al contagio y/o miedo a la muerte:** es nuestra intención tratar de conocer si el miedo que provoca el pensamiento de los posibles problemas de salud que pueden ir apareciendo a medida que la enfermedad avanza, así como la vinculación y asociación a la muerte, siguen siendo factores que se vinculan al de VIH en el campo de la representación de los encuestados. Aunque en los países desarrollados, el acceso a los antirretrovirales ha descendido notablemente el número de muertes, sigue asociándose VIH y muerte. Queremos conocer también otros temores hasta ahora relacionados, como son la preocupación de un futuro familiar, social y/o laboral con mayor grado de dificultad si se padeciese VIH/SIDA.
- **Dimensión 6. Culpabilidad:** En el II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA celebrado en el 2009 en San Sebastián, se recuerda los sentimientos que ha generado la enfermedad a lo largo de su historia. En dicha memoria se explica que el sentimiento de culpa y de rabia suelen ir alternándose. La reacción inicial de la persona que acaba de saber que está infectada puede ser muy variada: experimentar

una crisis de ansiedad, llorar, incredulidad, la negación de lo que está sucediendo, la ira, gritar, el aislamiento, la huida o incluso el suicidio (Ballester, 1999, 2005). El sentimiento de culpabilidad que expresan las personas infectadas con el VIH entrevistadas, dentro del proyecto de investigación anteriormente mencionado, en alguno de los casos, provoca actitudes de aislamiento y encubrimiento de la enfermedad. Por lo tanto, pensamos que es necesario indagar si el sujeto al que se le pregunta se sentiría o se siente (si está infectado por VIH/SIDA), ese sentimiento de culpabilidad que expresan los sujetos entrevistados en el Proyecto de I+D+i del *La exclusión social y educativa de menores con SIDA*.

III. Actitudes ante el VIH/SIDA.

Consiste en una estructura particular de la orientación en la conducta de las personas, cuya función es dinamizar y regular su acción. Es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación (Araya, 2002). Su identificación en el discurso no ofrece dificultades ya que las categorías lingüísticas contienen un valor, un significado que por consenso social se reconoce como positivo o negativo, por tanto, es la más evidente de las tres dimensiones de las que habla Moscovici.

Son numerosos los estudios que hablan sobre las actuaciones negativas y estigmatizadas que han padecido las personas con VIH/SIDA. Hemos tomado como referencia bibliográfica varias publicaciones que hablan al respecto como las ideas planteadas por L. Gil de Montes, M. J. Fuster, F. Molero, S. Ubillos y A. Agirrezaba (2009) sobre *Las implicaciones de la ocultación y su posible papel como estrategia de afrontamiento del estigma asociado al VIH* o el estudio realizado por el Comité Ciudadano Anti-Sida de la Comunidad Valenciana (2009) sobre los problemas de inserción laboral de las personas Vih+.

Además de las anteriores referencias hemos tomado como guía en este constructo (Actitudes ante el VIH/SIDA) la información obtenida de las entrevistas en profundidad llevadas a cabo dentro del Proyecto de I+D+i, La exclusión social y educativa de menores con SIDA González Faraco, J.C. y otros y especialmente la Escala para la evaluación de estigma sentido utilizada es su estudio Miric, M. (2004).

Tabla 35. Estudios que han servido de guía para el constructo Actitud.

Nombre del instrumento	Entidad que edita
- <i>Las implicaciones de la ocultación y su posible papel como estrategia de afrontamiento del estigma asociado al Vih</i>	L.Gil de Montes, M. J. Fuster, F. Molero, S. Ubillos y A. Agirrezaba (2009)
- <i>Integración Laboral de las personas con VIH</i>	Comité Ciudadano Anti-Sida de la Comunidad Valenciana (2009)
- <i>Escala para la evaluación de estigma sentido</i>	Miric, M. (2004).
- <i>Proyecto de I+D+i, La exclusión social y educativa de menores con SIDA</i>	Investigador Principal: Dr. Juan Carlos González Faraco

Fuente: Elaboración propia.

El estigma sentido según Miric (2004), ha sido identificado como una de las principales limitaciones impuestas a la calidad de vida y al acceso al tratamiento oportuno de las personas que viven con el VIH/SIDA. El estigma sentido reúne sus vivencias personales negativas frente a su condición de salud y a la aceptación de otras personas frente a ésta. La autora también expone que muchas personas estigmatizadas tienden a aceptar y asumir las mismas normas sociales que las estigmatizan y las descalifican para una participación social igualitaria; a la vez, al anticipar y temer este tipo de reacciones en las personas de su medio social, tienden a ocultar y disimular su diagnóstico. Estos aspectos de la estigmatización social, frecuentemente reunidos bajo el nombre del estigma sentido o personalizado, han sido señalados como uno de los obstáculos más importantes para el

acceso oportuno a los servicios de salud y uno de los principales factores implicados en el deterioro de la calidad de vida entre las personas infectadas y afectadas por el VIH/SIDA, y otras afecciones de salud socialmente estigmatizadas. En este trabajo concebimos el estigma sentido como la suma de vivencias personales y sociales de carácter negativo que las personas portadoras de un atributo estigmatizante tienen en relación con dicho atributo, integrando, por ende, tanto el estigma percibido (referido a la percepción o la anticipación de las actitudes y conductas estigmatizantes procedentes de otras personas) como el auto-estigma (referido a las actitudes estigmatizantes – rechazo, repugnancia, subestimación, etc. – de la persona estigmatizada hacia sí mismo/a). Teniendo en cuenta lo anterior, las dimensiones en este constructo serían las siguientes:

- Dimensión 7: Actitudes discriminatorias: Basándonos en el Factor 1: Estigma personalizado de la escala para la evaluación de estigma sentido elaborada por Miric, M (2004), hemos recogido aquellos aspectos fundamentales que los encuestados refieren a las posibles creencias y comportamientos, percibidos o anticipados por el/a entrevistado/a como indicadores de miedo, rechazo o alejamiento de otras personas de su medio social inmediato, originados en el conocimiento de su estatus VIH positivo. Una vez recogidas estas valoraciones de las personas con VIH que han percibido como actitudes discriminatorias, hemos considerado que sería adecuado abordar una dimensión que genere una serie de ítems donde se planteen estas situaciones percibidas por las personas con VIH/SIDA.
- Dimensión 8: Encubrimiento: Teniendo en cuenta la misma escala de evaluación del estigma sentido en la que personas con VIH/SIDA expresan sus preocupaciones en relación con el encubrimiento de su diagnóstico frente a otras personas de su medio social, debido a las consecuencias negativas, reales o anticipadas, de su revelación, hemos querido tratar esta misma dimensión haciendo que los encuestados de nuestro estudio tuvieran que plantearse y responder si encubrirían o no su situación de seropositividad si así fuese.

- Dimensión 9. Auto-discriminación: Volviendo a tener como referencia la escala de Miric, (2004) en la cual se recogían aspectos relacionados con las sensaciones de repugnancia y rechazo referidos por los/as entrevistados/as a su propia persona y originados en su estatus VIH positivo, hemos llegado a la conclusión de que es fundamental registrar si las personas encuestadas tendrían también estas actitudes discriminatorias hacia ellos mismos si estuviesen infectados por el VIH/SIDA porque eso explicaría también las conductas de rechazo a personas VIH+.

En cuanto a la estructura a la cual nos estamos refiriendo, el siguiente cuadro intenta recoger los aspectos estructurales más relevantes del cuestionario:

Tabla 36. Estructura del cuestionario en relación a los constructos y dimensiones establecidos.

Constructos	Dimensiones	Ítems	Porcentajes de ítems de cada uno los constructos
C.1. NIVEL DE CONOCIMIENTO SOBRE EL VIH/SIDA	D.1. Epidemiología	3-12	26%
	D.2. Diagnóstico y tratamiento	13-15	
C.2. CAMPO DE LAS REPRESENTACIONES	D.3. Mitos sobre la transmisión y sobre la enfermedad	16-22	46%
	D.4. Enfermedad marginal	23-30	
	D.5. Miedo al contagio y/o a la muerte	31-36	
	D.6. Culpabilidad	37-38	
C.3. ACTITUDES ANTE EL VIH/SIDA	D.7. Actitudes discriminatorias	39-46	28%
	D.8. Encubrimiento	47-51 (47 opción múltiple)	
	D.9. Auto-discriminación	52 (opción múltiple)	

Fuente: Elaboración propia.

En el anexo 27 se puede consultar el cuestionario final que constaba de las siguientes partes:

- Datos sociodemográficos e información relevante sobre el encuestado: edad, sexo, titulación, curso, así como el interés hacia la temática planteada (ítem 1) y la fuente principal de información (ítem 2).
- Prueba tipo test sobre el VIH/SIDA (ítem 3-15). Como ya hemos expresado en varias ocasiones, el objetivo de esta prueba es valorar el grado de conocimientos de los encuestados. Se ha procurado realizar preguntas con diferentes grados de dificultad para poder diferenciar entre aquellos sujetos que tienen gran cantidad y calidad de conocimientos y los que no carecen de ellos.
- Escala categorizada sobre el campo de la representación social de los sujetos sobre el VIH/SIDA, cuyas preguntas intentarán abordar las creencias, percepciones y/o juicios de valor sobre este hecho (Ítem 16-38).
- Escala categorizada sobre las actitudes ante el VIH/SIDA de los estudiantes encuestados. (Ítem 39-52)

Con respecto a la prueba para valorar los conocimientos de los sujetos (ítems 3-15), se ha pretendido hacer una prueba que discriminase los distintos niveles de conocimientos de los alumnos/as en la materia tratada y una vez eliminados los ítems con peor puntuaciones en la prueba piloto, nuestro test tendría preguntas de dificultad baja, media y alta, repartidos de una forma equilibrada tal como podemos ver en el siguiente cuadro:

Tabla 37. Nivel de dificultad del test conocimientos.

Dificultad Baja	Dificultad Media	Dificultad Alta
Ítem 4	Ítem 6	Ítem 3
Ítem 7	Ítem 8	Ítem 5
Ítem 14	Ítem 10	Ítem 9
Ítem 15	Ítem 12	Ítem 11
		Ítem 13

Fuente: *Elaboración propia.*

Fase 8. La administración del cuestionario.

Se elaboró un calendario de administración del cuestionario una vez confirmado con los profesores que había accedido voluntariamente a dejar un tiempo lectivo de clase para poder llevar a cabo la encuesta.

Una vez entrado en el aula, se informaba a los encuestados sobre los aspectos abordados en el cuestionario, la relevancia e importancia de la encuesta, su carácter voluntario y las garantías de la confidencialidad de los datos.

Fase 9. Preparación de los datos para su posterior análisis.

Una vez cumplimentados todos los cuestionarios, se pasó a la clasificación y numeración de cada uno de ellos para la asignación de un código identificativo. Se decidió seguir trabajando con el programa de análisis estadístico SPSS, creándose un archivo de datos con todas las variables

estudiadas, desde aquellas que recogen aspectos socio demográficos, como las que pretende registrar cada uno de los ítems.

Elaborada la estructura, se procedió al volcado de los datos en dicho programa para poder proseguir con el análisis de fiabilidad del cuestionario y su posterior análisis descriptivo.

Fase 10. Evaluación cuestionario final.

Como ya sucediera con el proceso para evaluar la fiabilidad y validez del cuestionario pretest, la evaluación del cuestionario final ha sido guiada por el Profesor Dr. D. Ramón Tirado Mendoza y en las siguientes páginas haremos un resumen de aquellos aspectos más relevantes en cuanto a este procedimiento.

Teniendo en cuenta los resultados obtenidos en el primer análisis de fiabilidad del cuestionario pretest, se preveía que los resultados obtenidos en el análisis de fiabilidad del cuestionario final fueran considerablemente mejores. Para validar el cuestionario, hemos llevado a cabo a través del paquete estadístico SPSS, el análisis factorial de componentes principales con rotación Varimax, así como el análisis de consistencia interna o fiabilidad del cuestionario mediante el procedimiento del cálculo del Alpha de Cronbach.

Fiabilidad y validez del Test «Conocimientos sobre el VIH/SIDA»

El proceso de validación parte de la revisión de literatura, que concluye con un listado de indicadores que se somete al juicio de expertos. Tras el análisis se procede a la realización de una prueba piloto con una muestra de 36 sujetos. El análisis del Alfa del Cronbach en prueba piloto permite eliminar aquellos ítems que correlacionan poco con el conjunto, y que en consecuencia permiten elevar el valor de Alfa. Asimismo, se eliminan aquellos ítems que hacen que aumente considerablemente la media de la

escala (difíciles) y aquellos otros que provocan una disminución notable de la media (fáciles).

Para el análisis de la fiabilidad se aplica el Alfa de Cronbach, obteniendo un índice de 0,643 para 13 elementos y aplicado a 612 observaciones válidas. Teniendo en cuenta que se trata de un test de acierto-error se puede considerar un valor aceptable. Asimismo, el análisis de la consistencia interna, es decir, de la medida en la que los indicadores miden lo mismo, casi la totalidad de los indicadores tienen valores de correlación elemento-total corregida superiores a 0,171.

Tabla 38. Indicadores de consistencia interna del test Conocimientos.

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Términos_VIH_SIDA	4,97	6,285	,000	,647
Persona_seropositiva	4,31	5,373	,312	,618
Personas_VIH	4,43	5,424	,264	,627
Países_pocos_re-cursos	4,59	5,217	,376	,606
Contagio_VIH_SIDA	4,42	5,121	,406	,599
Felación	4,50	5,311	,315	,617
Transmisión_hori-zontal	4,65	5,406	,305	,619
Transmisión_vertical	4,59	5,145	,411	,599
Enfermo_SIDA	4,85	5,890	,182	,637
Carga_viral	4,74	5,764	,171	,640
Riesgo_sexual	4,81	5,858	,167	,640
Prueba_VIH	4,44	5,248	,344	,611
Relaciones_sexuales	4,33	5,652	,175	,642

Fuente: Elaboración propia.

Tras el análisis de la fiabilidad se procede a la normalización de la escala, diferenciando percentiles de 10 en 10. En este sentido, se obtiene una media de 4,969, siendo la media 5 y la moda 5. En términos generales, el percentil 30 se sitúa en 4, el percentil 60 se sitúa en 6, y el percentil 90 en 8 como se observa en la siguiente tabla:

Tabla 39. Descriptivos y percentiles del test Conocimientos.

N	Válidos	612
	Perdidos	1
Media		4,9690
Mediana		5,0000
Moda		5,00
Desv. típ.		2,50708
Percentiles	10	2,0000
	20	3,0000
	30	4,0000
	40	4,0000
	50	5,0000
	60	6,0000
	70	6,0000
	80	7,0000
	90	8,0000
	100	
		11,0000

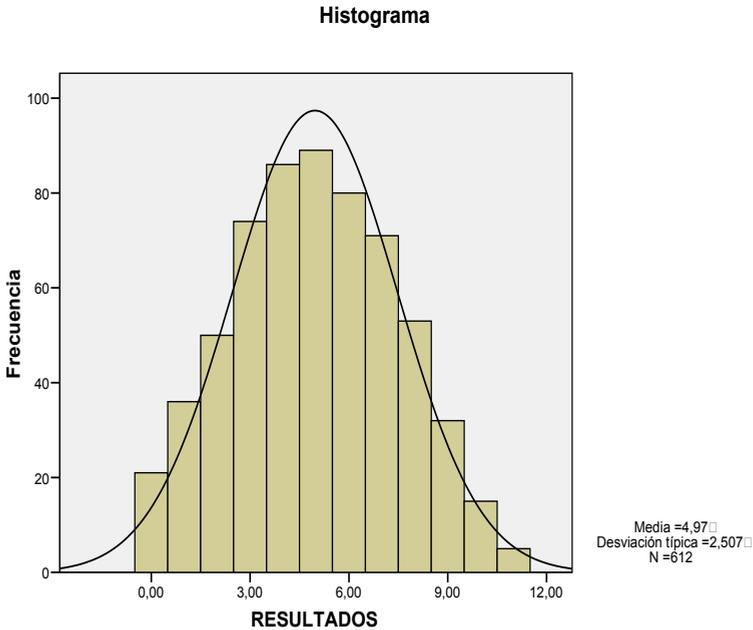
Fuente: Elaboración propia.

Tabla 40. Frecuencias y porcentajes del test Conocimientos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	,00	21	3,4	3,4	3,4
	1,00	36	5,9	5,9	9,3
	2,00	50	8,2	8,2	17,5
	3,00	74	12,1	12,1	29,6
	4,00	86	14,0	14,1	43,6
	5,00	89	14,5	14,5	58,2
	6,00	80	13,1	13,1	71,2
	7,00	71	11,6	11,6	82,8
	8,00	53	8,6	8,7	91,5
	9,00	32	5,2	5,2	96,7
	10,00	15	2,4	2,5	99,2
	11,00	5	,8	,8	100,0
	Total				
		612	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
Total		613	100,0		

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 14. Histograma del test Conocimientos.



Fuente: Elaboración propia.

Fiabilidad y validez de la escala «Representaciones del VIH/SIDA»

Para el análisis de la fiabilidad se aplica el Alfa de Cronbach, obteniendo un índice de 0,824 para 12 elementos y para 612 observaciones válidas. Respecto a la consistencia interna del instrumento, es decir, el nivel de correlación entre cada elemento y el conjunto de la escala, se muestra en todos los indicadores valores de correlación elemento-total corregida comprendidos entre 0,370 y 0,591 tal como se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 41. Indicadores de consistencia interna de la escala «Representaciones»

	Media de la escala si se elimina el elemento	Varianza de la escala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Compartir_baño_vestuario	29,17	72,098	,387	,818
Compartir_habitación_hospital	29,31	72,327	,397	,817
Homosexuales	29,15	68,710	,502	,809
Bisexuales	29,28	69,467	,529	,807
Países_africanos	28,47	68,955	,508	,808
Prostitución	28,90	70,637	,519	,808
Europa_del_Este	29,22	71,397	,552	,806
Países_latinoamericanos	29,07	69,758	,591	,803
Morir	28,13	70,177	,441	,814
Ira	27,90	71,461	,370	,821
Angustia	27,91	69,916	,482	,810
Envejecimiento_prematuro	28,09	69,175	,508	,808

Fuente: Elaboración propia.

La validez de los contenidos de la escala, o validez de constructo, se analiza en cada una de sus dimensiones: mitos, enfermedad y miedo. A continuación se analiza los indicadores de validez de cada constructo:

- Unidimensionalidad. En primer lugar se comprueba que los indicadores que integran cada constructo son unidimensionales. Se realiza un análisis de componentes principales para cada constructo y se aplica el criterio de Kaiser (1960), es decir que solo para el primer componente principal el valor propio es mayor que 1. Otro dato relevante es que el primer componente explique la mayor parte de la varianza. Los resultados del análisis muestran que los autovalores del primer componente son mayores que 1, sólo en el factor «enfermedad» su segundo componente es ligeramente > 1 . Asimismo, el primer componente en todos los factores explica valores de la varianza superiores al 50%, comprendidos entre 54,9% y 78,7%(Tabla 42).

- Validez convergente. Mide el grado en el que los indicadores reflejan el constructo, es decir, miden lo que se propone medir. Para ello, se utiliza: a) el promedio de la varianza extraída, siendo el valor mínimo recomendado 0,5.; y b) la carga del factor, es decir, los indicadores que componen el factor, siendo recomendable que la varianza de cada indicador supere 0,5. Los valores del promedio de la varianza se aproximan al 50%, o bien, lo superan, obteniéndose valores comprendidos entre 54,911% («enfermedad») y 78,764% («mitos»). En cuanto a la carga de cada factor, todos los indicadores de cada constructo superan el 0,50, con valores comprendidos entre 0,67 y 0,88 (Tabla 42).
- Validez discriminante. Implica que cada constructo debe ser significativamente diferente del resto de los constructos que configuran el modelo teórico sometido a contraste. El criterio para verificar la validez discriminante es que la raíz cuadrada del promedio de la varianza extraída del constructo sea mayor que la correlación entre ese constructo y todos los demás. En este caso, la raíz cuadrada del promedio de la varianza de cada factor tiene valores superiores al de sus correlaciones con el resto de factores (Tabla 43).

Tabla 42. Valores de las propiedades de consistencia interna de cada dimensión.

Carga factorial		Unidimensionalidad				Promedio de la Varianza extraída		
Indicador	Carga	Auto-valores para el 1 ^{er} y 2 ^o componente		Varianza explicada por el 1 ^{er} y 2 ^o componente		AVE	Raíz de AVE	
Mitos	Compartir_baño_vestuario	,887	1,575	0,425	78,764	21,236	78,764	0,887
	Compartir_habitación_hospital	,887						
Enfermedad marginal	Homosexuales	,730	3,295	1,027	54,911	17,120	54,911	0,740
	Bisexuales	,744						
	Paises_africanos	,672						
	Prostitución	,684						
	Europa_del_Este	,784						
	Paises_latinoamericanos	,822						
Miedo	Morir	,737	2,561	0,645	64,037	16,137	64,037	0,8
	Ira	,693						
	Angustia	,879						
	Envejecimiento_prematuro	,875						

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 43. Valores de las propiedades de consistencia interna de cada dimensión.

	Mitos	Miedos	Enfermedad marginal
Mitos	0,887		
Miedos	,285(**)	0,800	
Enfermedad	,456(**)	,299(**)	0,740

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

Fiabilidad y validez de la escala «Actitud ante el VIH/SIDA»

Para el análisis de la fiabilidad se aplica el Alfa de Cronbach, obteniendo un índice de 0,759 para 12 elementos y para 612 observaciones válidas. Respecto a la consistencia interna del instrumento, es decir, el nivel de correlación entre cada elemento y el conjunto de la escala, se muestra

en todos los indicadores valores de correlación elemento-total corregida comprendidos entre 0,169 y 0,631 (Tabla 44).

Tabla 44. Indicadores de consistencia interna de la Escala «Actitud».

	Media de la es- cala si se elimina el elemento	Varianza de la es- cala si se elimina el elemento	Correlación elemento-total corregida	Alfa de Cronbach si se elimina el elemento
Cambio_habitación_ hospital	30,34	64,247	,437	,739
Cambio_guardería	29,80	61,417	,491	,731
Medidas_higiénicas	29,29	59,809	,560	,722
Miedo_contagio	29,53	60,292	,558	,723
Madre	27,95	64,388	,340	,750
Padre	28,58	65,209	,194	,776
Contar_profesorado	28,57	63,866	,371	,746
Derecho_a_saber	29,14	58,284	,631	,713
Docente	29,18	59,638	,581	,720
Evitaría_compar- tir_piso_con_otros_es- tudiantes	30,89	68,220	,234	,759
Evitaría_ir_de_via- je_con_amigos_as	31,15	71,490	,178	,761
No_adoptaría_ni- ños_as	31,06	70,764	,169	,763

Fuente: Elaboración propia.

La validez de los contenidos de la escala, o validez de constructo, se analiza en cada una de sus dimensiones: actitudes, encubrimiento y auto-discriminación. A continuación se analiza los indicadores de validez de cada constructo:

- Unidimensionalidad. En primer lugar se comprueba que los indicadores que integran cada constructo son unidimensionales. Los resultados del análisis muestran que los autovalores del primer componente son mayo-

res que 1, sólo en el factor «encubrimiento» su segundo componente es ligeramente > 1 . Asimismo, el primer componente en todos los factores muestran valores comprendidos entre 44,66% (factor encubrimiento) y 59,59% (factor actitudes discriminatorias) (Tabla 45).

392

- Validez convergente. Mide el grado en el que los indicadores reflejan el constructo, es decir, miden lo que se propone medir. Para ello, se utiliza: a) el promedio de la varianza extraída, siendo el valor mínimo recomendado 0,5.; y b) la carga del factor, es decir, los indicadores que componen el factor, siendo recomendable que la varianza de cada indicador supere 0,5. Los valores del promedio de la varianza se aproximan al 50%, o bien, lo superan, obteniéndose valores comprendidos entre 44,66% («encubrimiento») y 59,59% («actitudes»). En cuanto a la carga de cada factor, casi todos los indicadores de cada constructo superan el 0,50, con valores comprendidos entre 0,49 y 0,80 (Tabla 45).
- Validez discriminante. Implica que cada constructo debe ser significativamente diferente del resto de los constructos que configuran el modelo teórico sometido a contraste. El criterio para verificar la validez discriminante es que la raíz cuadrada del promedio de la varianza extraída del constructo sea mayor que la correlación entre ese constructo y todos los demás. En este caso, la raíz cuadrada del promedio de la varianza de cada factor tiene valores superiores al de sus correlaciones con el resto de factores (tabla 46).

Tabla 45. Valores de las propiedades de consistencia interna de cada dimensión.

	Carga factorial		Unidimensionalidad				Promedio de la Varianza extraída	
	Indicador	Carga	Auto-valores para el 1 ^{er} y 2 ^o componente		Varianza explicada por el 1 ^{er} y 2 ^o componente		AVE	Raíz de AVE
Auto-discriminación	Evitaría_compartir_piso_con_otros_estudiantes	,802	1,666	0,776	55,548	25,876	0,55	0,741
	Evitaría_ir_de_viaje_con_amigos_as	,772						
	No_adoptaría_niños_as	,653						
Encubrimiento	Madre	,599	2,233	1,350	44,668	27,006	0,446	0,667
	Padre	,490						
	Contar_profesorado	,679						
	Derecho_a_saber	,781						
	Docente	,751						
Actitudes discriminatorias	Cambio_habitación_hospital	,732	2,384	0,673	59,590	16,816	0,595	0,771
	Cambio_guardería	,799						
	Medidas_higiénicas	,750						
	Miedo_contagio	,804						

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 46. Valores de las propiedades de consistencia interna de cada dimensión.

	Actitudes	Auto-discriminación	Encubrimiento
Actitudes discriminatorias	0,771		
Auto-discriminación	,193(**)	0,741	
Encubrimiento	,012	,062	0,667

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Fuente: Elaboración propia.

Validación del modelo teórico.

Para la validación teórica o del modelo teórico analizado en esta investigación se realiza un análisis exploratorio, aunque con la finalidad de confirmar las correlaciones entre los factores incluidos en el modelo (Tabla 47). Este análisis confirma las correlaciones significativas y directas entre la mayoría de los factores, excepto «auto-discriminación» que correlaciona con todos excepto con «enfermedad» y «mitos». Similar es el caso del factor «conocimientos» que correlaciona directamente y significativamente con todos los factores excepto con «mitos» y «enfermedad». No obstante, en todo caso se dan correlaciones positivas entre la totalidad de los factores que se incluyen en el modelo.

Tabla 47. Índices de correlación de Pearson entre los factores del modelo.

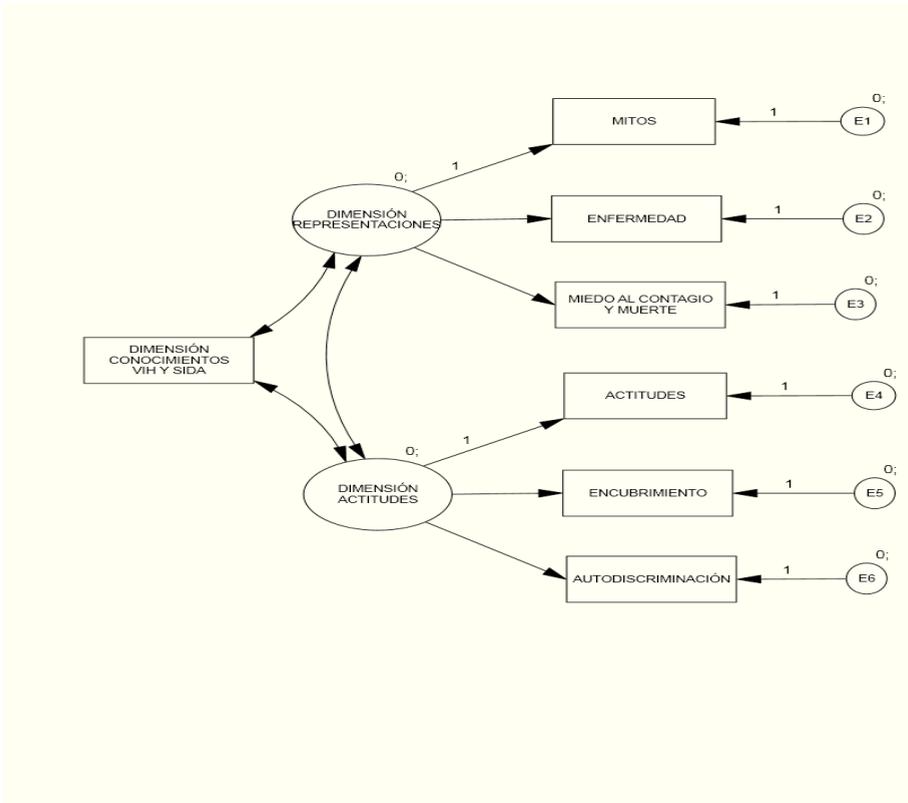
	Mitos	Enfermedad	Miedo	Actitudes	Encubrimiento	Auto-discriminación	Conocimientos
Mitos	1						
Enfermedad	,395(**)	1					
Miedo	,179(**)	,299(**)	1				
Actitudes	,493(**)	,441(**)	,442(**)	1			
Encubrimiento	,260(**)	,286(**)	,368(**)	,504(**)	1		
Auto-discriminación	,068	,054	,143(**)	,193(**)	,106(**)	1	
Conocimientos	,059	,043	,117(**)	,081(*)	,138(**)	-,086(*)	1

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

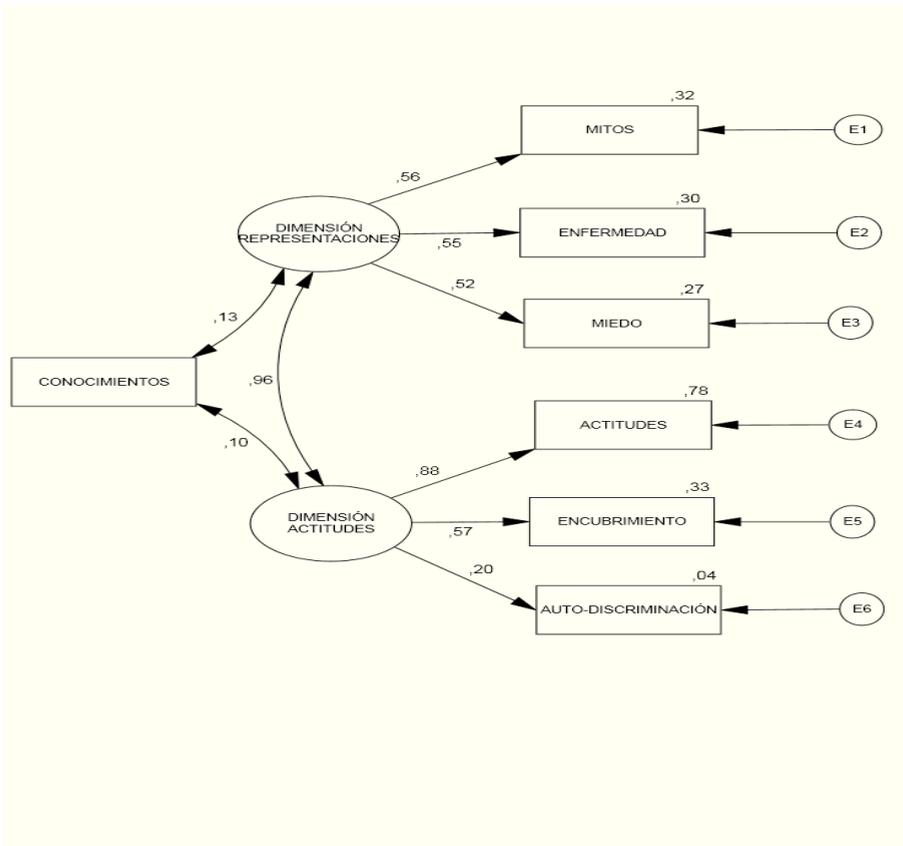
Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 78. Modelo teórico sometido a contraste empírico.



Fuente: Elaboración propia.

Ilustración 79. Modelo teórico sometido a contraste empírico.



Fuente: Elaboración propia.

Una vez finalizada la descripción del proceso metodológico cuantitativo, abordaremos los aspectos relacionados con la investigación cualitativa que hemos llevado a cabo, empezando por el grupo de discusión para más tarde terminar con el procedimiento seguido en el análisis de documentos elaborados por el alumnado y cuya finalidad es complementar los datos extraídos de los instrumentos anteriores.

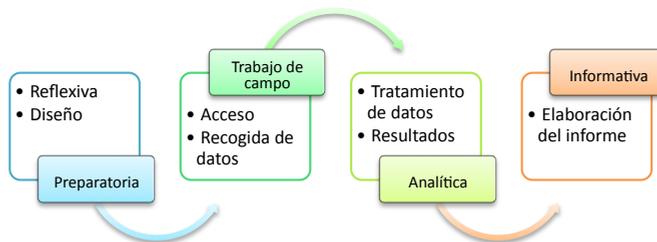
4.4.2 El grupo de discusión.

Como ya se ha dicho en líneas anteriores, la metodología utilizada en este trabajo de investigación es una metodología mixta, utilizándose desde un instrumento estructurado como puede ser el cuestionario, hasta aquellos que tienen un carácter más etnográfico, como el grupo de discusión y el análisis documental, utilizados habitualmente en estudios cualitativos.

En relación a la investigación cualitativa, haremos referencia a Rodríguez, Gil y García (1999) los cuales presentan la visión de lo que ellos consideran proceso de investigación, considerando que este proceso tiene un carácter continuo, con una serie de fases que no tienen un principio o final claramente delimitado, sino que se superponen y se mezclan unas con otras pero siempre en un camino hacia delante en el intento de responder a las cuestiones planteadas en la investigación.

Estas fases y etapas de la investigación cualitativa son las siguientes:

Ilustración 80. Fases del proceso de investigación.



Elaboración propia a partir de Rodríguez, Gil y García (1999)

En la primera fase (preparatoria) observamos dos etapas: la reflexiva y el diseño. En la primera, el investigador intentará establecer el marco conceptual desde sus conocimientos, experiencias e ideología del fenómeno educativo. En la segunda etapa el investigador se dedicará más a la planificación de las actividades posteriores.

En la segunda fase, los autores expresan que a través de la habilidad, paciencia, perspicacia y visión, el investigador obtiene la información necesaria para producir un buen estudio cualitativo. Debe estar preparado para confiar en el escenario; ser paciente y esperar hasta que sea aceptado por los informantes; ser flexible y tener la capacidad de adaptación.

La tercera fase es la analítica. Resulta difícil hablar en una investigación cualitativa de una estrategia o procedimiento general de análisis de datos cualitativos. Sin embargo, según los autores es posible establecer una serie de tareas común a la mayoría de los estudios cualitativos: a) reducción de datos; b) disposición y transformación de datos y c) obtención de resultados y verificación de las conclusiones.

La cuarta y última fase es la informativa. En esta fase el investigador no sólo llega a conocer con una mayor comprensión y profundidad el objeto de estudio, sino que comparte y hace partícipe a los demás de esa comprensión.

Hemos elegido en primer lugar la técnica cualitativa «grupo de discusión». Es una técnica utilizada en investigación social que se desarrolla en un escenario «artificial», con un grupo compuesto por personas que no forman un grupo real en sus vidas cotidianas y en la que a través del diálogo se pretende llegar a la comprensión y explicación de un determinado fenómeno.

Es algo parecido a una simulación donde, como dice Ibáñez (1985), se verifican supuestos básicos, ya que su realidad está irremediadamente cortada de su posibilidad, no es más que un cebo. Este mismo autor aclara que la situación de discurso es el conjunto de las circunstancias, en medio de las cuales se desarrolla un acto de enunciación escrito u oral. Tales circunstancias comprenden un entorno físico y social en el que se realiza este

acto, la imagen que tienen de él los interlocutores, la identidad de estos últimos, la idea de que cada uno se hace del otro y los acontecimientos que han precedido el acto de enunciación.

Coincidimos con Russi en Galindo (1998) en que el grupo de discusión es un artificio metodológico que reúne diversas modalidades de grupo, en una articulación específica, es un dispositivo conversacional. Es una técnica en «paquete», cada observador/investigador lo abordará de manera diferente respetando las reglas metodológicas mínimas, pero siempre estará en una situación abierta y estratégica para cambiar y dar giros cuando sea necesario.

El investigador que decida utilizar esta técnica tiene que entender su función como la de un sujeto en proceso, en constante cambio para ser capaz de percibir la complejidad del hecho a investigar en sociedades y sistemas complejos.

El perceptor no debe controlar la palabra (es lo ideal), sólo propone los temas que va a discutir el grupo (Ibáñez, 1992). Basándonos en la técnica propuesta por Jesús Ibáñez citada en Chávez (2001), se comienza a utilizar en España y América Latina a principios de los años noventa los grupos de discusión caracterizados por:

1. Recuperar la participación activa del sujeto en la investigación de la realidad social, en donde se le otorgue la libertad para expresar su opinión sobre el sentido de sus acciones vinculadas a su vida cotidiana.
2. El sentido es siempre grupal, colectivo, y su emergencia requiere del despliegue de hablas múltiples en una situación de comunicación.
3. La dinámica articula a un grupo en situación discursiva (o conversación) y a un investigador que no participa en ese proceso de habla, pero que determina la conversación porque marca las pautas sobre las cuales hablar (detonadores).

4. La «muestra» no responde a criterios estadísticos, sino estructurales (significa que está regida por la comprensión: se busca el subconjunto pertinente para generar el conjunto de relaciones que se investigan).
5. No le interesan las variables como términos a priori, sino que busca construir categorías de análisis a posteriori.
6. El habla en el grupo de discusión permanece explícitamente contextualizada por la ideología vigente, que propicia la agrupación de los hablantes al interconectar puntos de vista y dar sentido. Reproducir y reordenar sentido precisa del trabajo del grupo, a través del habla, tarea que realiza el grupo.

Teniendo en cuenta las características anteriores, hemos llevado a cabo esta técnica dividida en las siguientes fases:

Ilustración 81. Fases en la elaboración del grupo de discusión.



Fuente: *Elaboración propia.*

En la primera fase, se ha planteado de forma clara y precisa los objetivos de nuestro grupo de discusión y las líneas generales que debíamos seguir en el desarrollo de éste sin obviar situaciones imprevisibles que aportan ideas y puntos de vistas enriquecedoras para el debate. La selección de la muestra que compone nuestro grupo de discusión fue aclarada en el

punto 4.3.2. de este capítulo cuarto. La primera sesión se llevó a cabo en noviembre de 2013 y la segunda, en la primera semana de diciembre de 2013. En esta fase también se valoró el espacio adecuado donde se desarrollaría las distintas sesiones optando por un aula con mobiliario móvil para poder hacer una disposición circular. También se debe aclarar que el papel de moderador del grupo de discusión fue asumido por la propia investigadora.

La segunda fase atiende al trabajo de campo, entendiendo ésta como la recogida de los datos y la preocupación y el cuidado de un funcionamiento correcto, atendiendo a las situaciones imprevistas dando repuestas rápidas, eficaces y adaptadas a las circunstancias específicas. En esta etapa teníamos que tener en cuenta, las relaciones asimétricas que se podían producir, las actuaciones de los distintos actores y estar atentos a la duración para respetar los límites establecidos en la fase anterior, en la medida de lo posible. La duración de nuestros grupos fue de 50 minutos cada una de las sesiones.

La tercera y última fase de nuestro grupo de discusión se divide en dos partes, el tratamiento (transcripción) y selección de los datos y una segunda parte que consistirá en la elaboración de los resultados y conclusiones. En el Anexo 28 podremos consultar la transcripción íntegra de las sesiones.

Como se dijo en apartados anteriores, uno de los objetivos de llevar a cabo este grupo de discusión es valorar representaciones sociales e ideas previas del alumnado en esta materia para poder ofrecer respuestas coherentes adaptadas a las características del contexto.

4.4.3. Análisis de otras fuentes documentales.

402

Con la técnica de análisis documental hemos pretendido complementar y contrastar los datos obtenidos en las dos anteriores técnicas descritas. El documento que hemos analizado es elaborado por 89 alumnos/as del Grado de Educación Social en su segundo y tercer curso. Esta actividad fue una más de las que se realizó en un taller formativo sobre VIH. Se pretendía recoger las representaciones sociales sobre el VIH/SIDA que tiene mayor dificultad en registrarse a través de un cuestionario estructurado, así como complementar la información obtenida en las dos sesiones del grupo de discusión. En el anexo 29 podremos consultar gran parte de este material.

Para Bisquerra (1996), en la guía práctica que elabora sobre los métodos de investigación educativa opina que los documentos deben ser una fuente más que revele los intereses y las perspectivas de quienes los han escrito, siendo igual de fidedigna y práctica.

Ya en 1994, Colás, en su manual sobre Investigación Educativa habla sobre la importancia de la consulta de documentos para la investigación educativa y plantea diferenciar dos tipos, los documentos oficiales y los personales. Cuando la autora habla de documentos oficiales hacer referencia a aquellos archivos oficiales e institucionales tales como actas, estatutos, comunicaciones oficiales y pueden ser de carácter interno, entendiendo estos como aquellos que abordan aspectos institucionales en cuanto a la organización y funcionamiento de la institución o entidad estudiada, o externos que se utilizan para comunicar mensajes como puede ser una circular dirigida a familiares de los estudiantes.

En cuanto a los documentos personales, Colás (1994) aclara que son relatos, escritos, narraciones elaboradas en primera persona donde se habla

sobre experiencias, creencias, situaciones vividas, opiniones y son documentos valiosos para recoger información sobre sucesos, representaciones y creencias que otros instrumentos tienen mayor dificultad.

Como ya se ha comentado en líneas anteriores, este instrumento de recogida pretende complementar los datos obtenidos en los grupos de discusión y en el cuestionario. La muestra utilizada para esta técnica es la descrita en el apartado 4.3.2 y a modo de resumen, exponemos en las siguientes líneas:

- El alumnado pertenece a dos clases de 2º y 3º de Grado de la titulación de Educación Social, a las cuales la investigadora tenía fácil acceso. Del total de estudiantes consultados, 47 pertenecían a 2º (52%) y 42 cursa 3º (47%).
- El total de estudiantes que han participado en esta actividad asciende a 89, 77 mujeres y 12 hombres, lo que representa el 86% y 13% respectivamente.
- En relación a la edad de los sujetos, el 68% son menores de 23 años debido a que la actividad se ha desarrollado en segundo y tercer curso de un Grado.

Se llevó a cabo en 4 grupos durante 4 clases en el mes de febrero de 2014 y el tiempo aproximado fue de 30 minutos cada una de las sesiones. Se les comunicó a los estudiantes que la actividad formaba parte de una investigación sobre el VIH/SIDA, teniendo carácter voluntario la participación en ella. La tarea consistió en lo siguiente: dibujar en una cartulina tamaño A4 todos aquellos aspectos que le sugiriesen las palabras VIH/SIDA, sin dar más explicaciones para no influir en las respuestas. Cuando algún estudiante tenía alguna duda de lo que podía o no dibujar, se le indicaba que se guiasen según sus ideas, no existiendo respuestas correctas y debiendo dibujar el recuerdo o la imagen que les transmitiesen esas palabras.

La técnica de dibujo libre, así como la expresión de palabras claves asociadas al VIH/SIDA, se utilizan habitualmente en talleres dirigidos a jóvenes en educación sexual. Un ejemplo de los que hablamos es el Taller de Educación Sexual con Arte (García, 2009), organizado por el Consejo de la Juventud de Asturias, en el cual a través de expresiones artísticas (fotografía, collage, pintura, dramatizaciones y música), se forma a jóvenes en cuestiones relativas en la promoción de una sexualidad saludable, que ayude a prevenir nuevos casos de infección por VIH.

Otras manifestaciones artísticas son las expuestas también por esta autora en relación al vínculo que se puede establecer entre la prevención del VIH desde en el Arte Contemporáneo. Organizado en relación al Día Mundial de la repuesta ante el SIDA por el Consejo de la Juventud de Asturias en colaboración con Espacio de Creación y Didáctica y la Galería Off Ample (Barcelona), se desarrollaron exposiciones cuya línea temática fue «Arte y sexos», obteniéndose como resultados obras que abordaron aspectos relacionados con la sexualidad, la adolescencia, la prostitución, el VIH, el amor, la erótica, el deseo, etc. Tal como expresa la autora, la intención de la muestra ha sido «conseguir la visualización y la reflexión sobre el conjunto de factores emocionales y conductuales que se relacionan con el sexo y la prevención del VIH» (pág. 420).

Pero esta relación de la prevención del VIH y el Arte Contemporáneo no es un hecho aislado, existiendo organizaciones en las cuales artistas y creadores ofrecen, denuncian y exponen las desigualdades geográficas existentes de las personas VIH+, el respecto a la orientación sexual, las carencias formativas que minimizan la prevención y sus particulares formas de ver el VIH/SIDA, estableciendo «un diálogo entre el arte, el sexo y el espectador, convirtiendo a todos estos agentes en parte del proceso» (García, 2009:429).

Algunas de las organizaciones de mayor relevancia que utilizan el Arte Contemporáneo en la lucha contra la epidemia del VIH/SIDA son Art for AIDS International Organization, Visual AIDS Organization, Make Arts/Stop AIDS o Art AIDS.

En el Taller sobre VIH que se ha llevado a cabo en esta tesis doctoral, se realizaron diversas actividades tales como fragmentos de películas, spot publicitarios, documental que abordan esta temática, un debate, role playing, reparto de folletos informativos, etc. Pero antes de realizar estas actividades, sugerimos al alumnado participante que expresaran las emociones, ideas, imágenes que les sugería las palabras VIH y SIDA a través de la técnica de dibujo libre y de lluvia de ideas en el caso de palabras claves. Este documento es el que hemos utilizado para la extracción de datos, que nos ayudará en la triangulación de los obtenidos en las otras dos técnicas.

Para ello, se le facilitó a los participantes una cartulina en la cual debían crear un dibujo libre, una descripción de este, así como un listado de palabras que les insinuasen el VIH/SIDA, de tal forma que el formato estaría dividido en las siguientes tres partes:

También se les indicaba que en la parte posterior de la cartulina hiciesen una descripción del dibujo que habían elaborado así como un listado de palabras que les insinuasen el VIH/SIDA, de tal forma que el formato estaría dividido en las siguientes tres partes:

Ilustración 82. Guía para la elaboración del documento solicitado.

Instrucción dada: Dibujar todo aquello que surja en nuestro pensamiento cuando se nos nombra las palabras VIH/SIDA.

Anotar palabras que nos surjan cuando se nombra el VIH/SIDA.

Describir el dibujo realizado.

Fuente: Elaboración propia.

En el anexo 29 podemos consultar todos los dibujos que se elaboraron en el Taller sobre VIH y en él podemos ver que cada uno de ellos, está identificado con un código, así por ejemplo, si se vemos el siguiente código «Dib.64-H21», su significado es que el dibujo número 64, pertenece a un hombre que tiene 21 años.

Todos los instrumentos que hemos utilizado en este trabajo nos han ayudado a tener una visión amplia de los tres constructos que se ha pretendido investigar y en el siguiente capítulo se podrá comprobar todos los resultados obtenidos de cada una de las pruebas.

CAPÍTULO
5



R

RESULTADOS

5. Resultados.



lo largo de las siguientes páginas, se irán vislumbrando resultados obtenidos en los tres instrumentos para la recogida de datos, pero para ello, primero se debe aclarar, que este capítulo estará dividido en tres grandes apartados coincidiendo con los tres constructos planteados en el cuestionario:

- ✓ Conocimientos del alumnado sobre VIH/SIDA.
- ✓ Representaciones sociales de los estudiantes sobre el VIH/SIDA.
- ✓ Actitud ante el VIH/SIDA de los sujetos que han pertenecido a algunas de las muestras.

En cada uno de estos apartados, se explicarán los resultados del instrumento cuestionario, completando esa información con la obtenida en el grupo de discusión y en la técnica elaboración de documentos. En la siguiente tabla se recoge la estructura que se seguirá para el análisis de los datos:

Tabla 48. Agrupación de constructos y dimensiones que se pretende analizar.

Constructos	Dimensiones
Conocimiento sobre el VIH/SIDA	Epidemiología
	Diagnóstico y tratamiento
Campo de las representaciones	Mitos sobre la transmisión y sobre la enfermedad
	Enfermedad marginal
	Miedo al contagio
	Culpabilidad
Actitud ante el VIH/SIDA	Actitudes discriminatorias
	Encubrimiento
	Autodiscriminación

Fuente: Elaboración propia.

No obstante, antes de abordar estos tres apartados, se hablará resumidamente de los sujetos de nuestra muestra del cual hablamos extensamente en el capítulo anterior. Utilizaremos la siguiente tabla a modo de recordatorio:

Tabla 49. Muestras del trabajo de investigación «Cocimientos, representaciones y actitudes de los estudiantes de titulaciones educativas sobre el VIH/SIDA».

Instru- mentos de recogida	Frecuencia	Sexo	Edad	Titulaciones de las muestras
Cuestio- nario	613 encues- tados	496 mujeres	El 79% es menor o igual a 25 años	Once titulaciones educati- vas entre Grados, Diplo- maturas, licenciaturas y posgrados. Todas ellas son titulaciones educativas.
		111 hombres		
Grupo de discusión	11 integrantes	8 mujeres	El 81% es menor o igual a 25 años	Ocho titulaciones educati- vas entre Grados, Diplo- maturas, licenciaturas y posgrados. Todas ellas son titulaciones educativas.
		3 hombres		
Documen- tos del Taller sobre VIH	89 participan- tes	77 mujeres	El 79% es menor o igual a 25 años	Grado de Educación Social en su segundo y tercer curso.
		12 hombres		
	713 estudian- tes			

Fuente: *Elaboración propia.*

Los anteriores datos -sexo, edad, titulación y curso- son los primeros que se han solicitado en cada una de las pruebas y que ayudan a relatar el perfil de los sujetos que han participado en este trabajo de investigación. Tal como se observa en la tabla anterior, los participantes cursan alguna titulación educativa, mayoritariamente son jóvenes menores de 25 años y el número de mujeres es considerablemente mayor al de hombres.

Con el fin de obtener mayor información de los sujetos y, antes de comen-
zar la labor de analizar los datos que se han obtenido en cada uno de los

tres grandes bloques que hemos seleccionado (conocimientos, representaciones y actitudes ante el VIH/SIDA), se analizarán los dos primeros ítems del cuestionario así como las verbalizaciones de los integrantes del grupo de discusión al respecto.

Se analizará en primer lugar las dos cuestiones primeras, que no forman parte de la prueba de valoración del grado de conocimiento, sino que pretende recoger información sobre los sujetos. Nos referimos a la cuestión 1, que pregunta sobre el interés que tiene para el sujeto esta temática, y la cuestión 2, que pretende registrar la precedencia de la información que posee el sujeto sobre el VIH/SIDA, las fuentes de esa información.

Interés de los sujetos por el VIH/SIDA.

En la siguiente tabla se exponen los valores válidos y perdidos, así como los valores obtenidos por frecuencias y porcentajes:

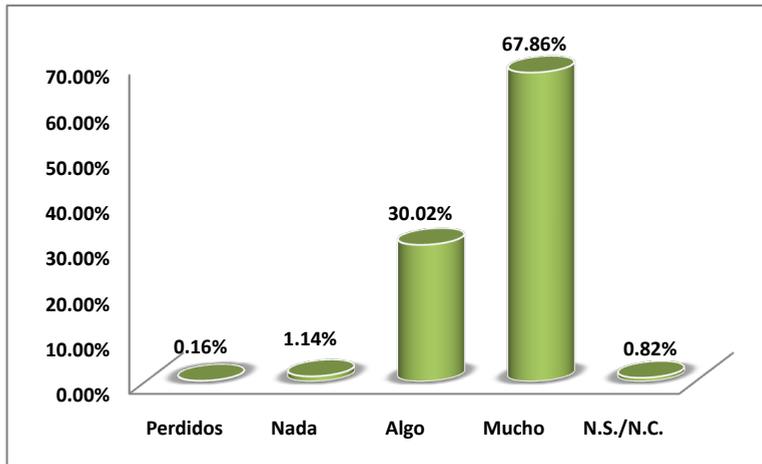
Tabla 50. Interés de los sujetos por el VIH/SIDA					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	1	,2	,2	,2
	Nada	7	1,1	1,1	1,3
	Algo	184	30,0	30,0	31,3
	Mucho	416	67,9	67,9	99,2
	N.S./N.C.	5	,8	,8	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Tanto en el gráfico de barras siguiente como en la tabla anterior, se puede apreciar como la opción c («Todo lo relacionado con el VIH/SIDA me interesa mucho») es claramente mayoritaria, con casi un 70%; siendo la opción B («Todo lo relacionado con el VIH/SIDA me interesa algo»), la respuesta más seleccionada en segundo lugar (30% de los sujetos). Este

hecho, es un dato significativo y favorable para nuestro estudio, pero sobre todo, para posibles propuestas de intervención socio-educativa que quedarían justificadas por el interés que despierta la temática entre el alumnado. Si los sujetos tienen interés al respecto, se puede prever que tengan una alta motivación en futuras actividades programadas.

Gráfico 15. Interés de los sujetos por el VIH/SIDA.



Fuente: *Elaboración propia.*

En las tablas 51 y 52 podemos observar como correlacionan el interés sobre esta temática y el sexo de los participantes pero antes de analizar estos datos, explicaremos la interpretación de las pruebas Chi-Cuadrado de Pearson que es una prueba de independencia que contrasta la hipótesis de que las variables son independientes, cuanto mayor sea el valor obtenido en la prueba chi-cuadrado menor es la probabilidad de que la hipótesis sea correcta y cuanto mayor se acerque a cero, más se ajusta las distribuciones de ambas variables.

Tabla 51. Contingencia entre el sexo y el interés de los sujetos sobre el VIH/SIDA.

Sexo	0		Interés_VIH_SIDA.					Total
			0	Nada	Algo	Mucho	N.S./N.C.	
Mujer	0	Recuento	1	0	0	5	0	6
		% dentro de Sexo	16,7%	,0%	,0%	83,3%	,0%	100,0%
Hombre		Recuento	0	3	137	353	3	496
		% dentro de Sexo	,0%	,6%	27,6%	71,2%	,6%	100,0%
Total		Recuento	0	4	47	58	2	111
		% dentro de Sexo	,0%	3,6%	42,3%	52,3%	1,8%	100,0%
		Recuento	1	7	184	416	5	613
		% dentro de Sexo	,2%	1,1%	30,0%	67,9%	,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 52. Pruebas Chi-cuadrado entre el sexo y el interés de los sujetos sobre VIH/SIDA.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	123,385 ^a	8	,000
Razón de verosimilitudes	30,879	8	,000
Asociación lineal por lineal	10,212	1	,001
N de casos válidos	613		

a. 10 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Fuente: Elaboración propia.

El 70% de las mujeres encuestadas les interesa mucho todos aquellos aspectos relacionados con el VIH/SIDA. Sin embargo, el porcentaje de hombres que tiene un interés alto con respecto a esta temática es inferior al del grupo de mujeres encuestadas (52%). La opción «me interesa algo» ha sido elegida en un porcentaje alto entre los hombres (42%). No obstante, otros estudios reflejan una situación contraria tal como el Informe Narrativo Trimestral (enero-marzo 2013) del servicio multicanal de información y prevención del virus de inmunodeficiencia humana (VIH) de Cruz Roja Española. En dicho informe facilitado por la institución se

informa que desde el inicio del Servicio (diciembre 2005), la gran mayoría de las consultas que se reciben por teléfono, aproximadamente un 80%, proceden de personas del sexo masculino.

En las siguientes tablas se observa la relación entre las dos variables siguientes: el interés sobre este tema y su relación con estar cursando una u otra titulación educativa. Sin embargo, es necesario aclarar que aunque en los datos globales todas las titulaciones son tenidas en cuenta, cuando se estudian las diferencias entre cada una de ellas, no se hablará o reflejará los resultados obtenidos en el Grado de Educación Primaria ya que al alumnado que pudimos acceder era únicamente a tres sujetos y por lo tanto, cuando se analiza los datos obtenidos en las titulaciones no se tiene en cuenta debido a la poca representatividad de esta titulación.

Tabla 53. Contingencia entre la Titulación y el interés de los sujetos sobre VIH/SIDA.

Titulación		Relación_VIH_SIDA.					Total
		0	Nada	Algo	Mucho	N.S./N.C.	
Grado en Educación Social	Recuento	0	0	44	123	2	169
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	26,0%	72,8%	1,2%	100,0%
Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	2	1	0	3
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
Grado en Educación Infantil	Recuento	0	1	22	80	1	104
	% dentro de Titulación	,0%	1,0%	21,2%	76,9%	1,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	1	0	33	56	1	91
	% dentro de Titulación	1,1%	,0%	36,3%	61,5%	1,1%	100,0%
Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	0	5	5	0	10
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	50,0%	50,0%	,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	2	14	11	0	27
	% dentro de Titulación	,0%	7,4%	51,9%	40,7%	,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Especial	Recuento	0	0	6	19	1	26
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	23,1%	73,1%	3,8%	100,0%
Psicopedagogía	Recuento	0	3	41	85	0	129
	% dentro de Titulación	,0%	2,3%	31,8%	65,9%	,0%	100,0%
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	0	4	10	0	14
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	28,6%	71,4%	,0%	100,0%
Máster en Secundaria	Recuento	0	0	4	5	0	9
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	44,4%	55,6%	,0%	100,0%
no contesta	Recuento	0	0	0	2	0	2
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	1	9	19	0	29
	% dentro de Titulación	,0%	3,4%	31,0%	65,5%	,0%	100,0%
Total	Recuento	1	7	184	416	5	613
	% dentro de Titulación	,2%	1,1%	30,0%	67,9%	,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 54. Pruebas de chi-cuadrado entre la titulación y el interés de los sujetos sobre el VIH/SIDA.

	Valor	Gf	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	47,432 ^a	44	,335
Razón de verosimilitudes	43,628	44	,487
Asociación lineal por lineal	4,582	1	,032
N de casos válidos	613		
a. 43 casillas (71,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,00.			

Fuente: Elaboración propia.

Especialmente interesante es el hecho de que las titulaciones que mayor interés expresan sobre la temática, son las del Grado de Educación Infantil (77%), el Grado de Educación Social (73%), la Diplomatura de Educación Especial (73%) y el Máster de Educación Intercultural (71%). En la Diplomatura de Educación Física, el 41% de los encuestados le interesa mucho y en el Máster de Educación Secundaria el 55%. Estos datos corroboran las diferencias significativas con respecto al género del apartado anterior, ya que en las tres titulaciones primeras mencionadas, la muestra era mayoritariamente femenina mientras que en Educación Física y el Máster de Educación Secundaria el número de hombres es bastante superior al resto de titulaciones. Este hecho no es relevante, debido a que a los hombres encuestados también expresan que les interesa mucho la problemática del VIH/SIDA (el 42% ha escogido la opción «Algo» y un 52% la opción «Mucho»). Sin embargo, lo que sí se podría decir es que las mujeres de la muestra expresan con mayor rotundidad que esta materia les interesa.

Con respecto a la relación entre la edad y el interés sobre la temática, no se aprecia diferencias significativas, siendo los porcentajes similares en los distintos intervalos y que concuerdan con los resultados obtenidos en la prueba Chi-cuadrado de Pearson.

☑ Fuentes de información sobre VIH/SIDA.

418

Con respecto a la fuente de información que los sujetos han tenido en relación al VIH/SIDA, la opción más seleccionada ha sido la C (Charlas informativas en una institución escolar). Esta respuesta ha sido elegida por 263 alumnos/as (42,9%). El segundo lugar corresponde a la opción A que se refiere a información recibida por «TV y/o documentales» con el 35,1% (215 alumnos/as).

Este hecho confirma la importancia que la UNESCO (Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura) como copatrocinadora de ONUSIDA, da a la educación como uno de los mejores medios para prevenir el contagio del virus. El informe realizado en el 2012, Estrategia de la UNESCO sobre el VIH y el SIDA, hace hincapié en la necesidad de llegar a la Educación para Todos (EPT) como garantías a la hora de preparar a los jóvenes a la vida adulta, reduciéndose la probabilidad de nuevos casos. Como dato motivador al respecto, este informe expone que según «las estimaciones de la Campaña Mundial por la Educación, si todos los/las niños/as se les garantizara la enseñanza primaria, podrían evitarse 700.000 nuevas infecciones» (p.10).

Por lo tanto, la función de la educación con respecto a la epidemia del VIH/SIDA, según la UNESCO (2012) debe centrarse en «la elaboración de respuestas al VIH y en el logro del acceso universal. Esto abarca el aprendizaje tanto en entornos educativos formales y en actividades educativas no formales como la educación y la comunicación informales a través de medios de comunicación y de canales comunitarios» (p.10).

En la investigación que estamos abordando, la importancia de los medios de comunicación tal como refleja el informe la UNESCO, lo observamos en los datos obtenidos, ya que, y como hemos dicho anteriormente, la

opción elegida en segundo lugar es «TV y/o documentales» con el 35,1%. En el documento llamado Guía de estilo. Salud y medios de comunicación. El VIH/SIDA, elaborado por la Coordinadora Estatal de VIH/SIDA (CESIDA) en el 2006, habla de la labor de los medios de comunicación a la hora de evitar la continuidad de la pandemia. Entre otras funciones, se les atribuye la tarea de:

- ① Aportar información sobre el VIH/SIDA.
- ② Educar sobre la prevención y formas de infección del VIH.
- ③ Trabajar para eliminar el estigma social.

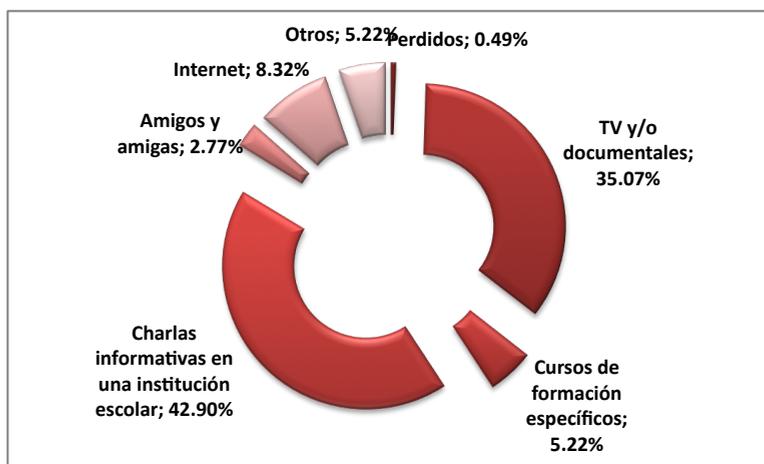
En las tablas y gráficos siguientes, podemos observar las anteriores afirmaciones expuestas:

Tabla 55. Fuente principal de la información que tienen los sujetos sobre el VIH/SIDA.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos Perdidos	3	,5	,5	,5
TV y/o documentales	215	35,1	35,1	35,6
Cursos de formación específicos	32	5,2	5,2	40,8
Charlas informativas en una institución escolar	263	42,9	42,9	83,7
Amigos y amigas	17	2,8	2,8	86,5
Internet	51	8,3	8,3	94,8
Otros	32	5,2	5,2	100,0
Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 16. Fuente principal de la información que tienen los sujetos sobre el VIH/SIDA.



Fuente: *Elaboración propia.*

En la primera sesión del grupo de discusión se preguntó sobre cuáles eran las principales fuentes de información utilizadas en relación al VIH/SIDA. Algunos de los sujetos que participaban contestaron lo siguiente:

«Yo también en el Grado Superior, en el IES «Macarena» Sevilla de Animación Sociocultural, vino personas con VIH a darnos un taller y demás sobre el SIDA, cómo vivían con él, etc.» Sujeto 4.

«En el instituto hemos recibido a lo largo de los años diferentes charlas, nos han llevado también preservativos». Sujeto 6.

En Cruz Roja Juventud, he hecho algún curso y yo misma he dado después charlas en los IES... me han formado para dar las charlas en los colegios y en los institutos». Sujeto 2».

«Yo por ejemplo, a lo largo de la secundaria cuando daban ese tipo de charlas, era siempre lo mismo ¿sabes? De principio a fin de la charla entonces». Sujeto 4.

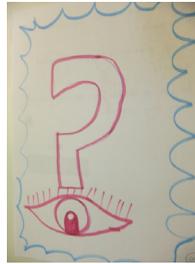
«Pierdes la atención a lo mejor durante... o sea lo mismo...se me quedaban muchísimas dudas a lo mejor...tanto personal o que hablabas con algún amigo, no sé». Sujeto 5.

Otros estudiantes hablan de cómo han recibido información dentro del contexto universitario, a través de alguna asignatura cuyo programa contempla abordar esta cuestión, tal como se observa en estos comentarios:

«El año pasado nosotros en una asignatura que no me acuerdo, tuvimos que ir a unas jornadas, que duró una hora o dos, un seminario sobre el SIDA». Sujeto 3.

«Aquí en las Jornadas de Educación Social tuvimos un taller de sexualidad, y a parte del colegio de educadores también vinieron...» Sujeto 5.

Ilustración 83. Dib.18-M26.



En el dibujo elaborado por una alumna mujer (26 años), se ha plasmado un ojo y una interrogación. Ella lo explica diciendo que la falta de información no nos dejar «ver la situación actual de la epidemia y continúan los nuevos contagios debido a ello» y que como expresó «la falta de información es nuestro peor enemigo».

El siguiente análisis al que procedemos, consiste en relacionar las variables sexo y las distintas fuentes de informaciones, obteniendo los siguientes datos:

Tabla 56. Contingencia entre el sexo y las fuentes de informaciones.

		Fuente de Información_VIH_SIDA.							Total	
		0	TV y/o documentales	Cursos de formación específicos	Charlas informativas en el instituto	Amigos y amigas	Internet	Otros		
Sexo	0	Recuento	2	4	0	0	0	0	0	6
		% dentro de Sexo	33,3%	66,7%	,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Mujer	Recuento	1	170	24	223	15	36	27	496
		% dentro de Sexo	,2%	34,3%	4,8%	45,0%	3,0%	7,3%	5,4%	100,0%
	Hombre	Recuento	0	41	8	40	2	15	5	111
		% dentro de Sexo	,0%	36,9%	7,2%	36,0%	1,8%	13,5%	4,5%	100,0%
Total		Recuento	3	215	32	263	17	51	32	613
		% dentro de Sexo	,5%	35,1%	5,2%	42,9%	2,8%	8,3%	5,2%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 57. Pruebas de chi-cuadrado entre el sexo y la fuente de información sobre VIH/SIDA.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	147,012 ^a	12	,000
Razón de verosimilitudes	31,479	12	,002
Asociación lineal por lineal	1,032	1	,310
N de casos válidos	613		

a. 10 casillas (47,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Fuente: *Elaboración propia.*

Viendo los resultados aportados por los alumnos hombres de nuestra muestra, la opción A (TV y/o documentales) y la C (Charlas informativas en una institución escolar) tienen el mismo peso, el 36%. Sin embargo, los resultados registrados de las alumnas de participantes muestran una clara preferencia por la opción C (45%), siendo la segunda opción más elegida por ellas la respuesta A (34%).

También pensamos que es importante conocer si existen diferencias con respecto a la edad en cuanto a las fuentes más habituales de información. En las siguientes líneas se ofrece la relación entre las variables fuentes de información principal y las distintas titulaciones:

Tabla 58. Contingencia entre la Titulación y la Fuente de Información sobre el VIH/SIDA.

		Información VIH_SIDA.						Total	
		0	TV y/o documentales	Cursos de formación específicos	Charlas informativas en el instituto	Amigos y amigas	Internet		Otros
% dentro de Titulación		,6%	21,3%	5,3%	54,4%	1,2%	9,5%	7,7%	100,0%
Grado en Educación Primaria	Recuento	0	1	0	2	0	0	0	3
	%	,0%	33,3%	,0%	66,7%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Grado en Educación Infantil	Recuento	0	38	2	51	3	5	5	104
	%	,0%	36,5%	1,9%	49,0%	2,9%	4,8%	4,8%	100,0%
Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	2	32	3	37	3	10	4	91
	%	2,2%	35,2%	3,3%	40,7%	3,3%	11,0%	4,4%	100,0%
Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	2	1	6	0	0	1	10
	%	,0%	20,0%	10,0%	60,0%	,0%	,0%	10,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	12	3	7	1	4	0	27
	%	,0%	44,4%	11,1%	25,9%	3,7%	14,8%	,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Especial	Recuento	0	7	1	12	2	3	1	26
	%	,0%	26,9%	3,8%	46,2%	7,7%	11,5%	3,8%	100,0%
Psicopedagogía	Recuento	0	65	7	41	4	7	5	129
	%	,0%	50,4%	5,4%	31,8%	3,1%	5,4%	3,9%	100,0%
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	8	1	5	0	0	0	14
	%	,0%	57,1%	7,1%	35,7%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Máster en Secundaria no contesta	Recuento	0	5	0	2	1	0	1	9
	%	,0%	55,6%	,0%	22,2%	11,1%	,0%	11,1%	100,0%
	Recuento	0	1	0	1	0	0	0	2
	%	,0%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	8	5	7	1	6	2	29
	%	,0%	27,6%	17,2%	24,1%	3,4%	20,7%	6,9%	100,0%
Total	Recuento	3	215	32	263	17	51	32	613
	%	,5%	35,1%	5,2%	42,9%	2,8%	8,3%	5,2%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 59. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la fuente de información principal.

	Valor	Gf	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	88,345 ^a	66	,035
Razón de verosimilitudes	89,447	66	,029
Asociación lineal por lineal	8,562	1	,003
N de casos válidos	613		

a. 59 casillas (70,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Fuente: *Elaboración propia.*

Existen diferencias significativas entre las opciones elegidas y las titulaciones. Las titulaciones en la que la edad de los encuestados/as es superior al tratarse de una titulación de segundo ciclo (Psicopedagogía) y los dos Máster que forman parte de esta encuesta, han escogido la opción A (TV y/o documentales) entre un 50 y un 57%, en contraposición a titulaciones como la Diplomatura de Educación Infantil y el Grado de Educación Social que han preferido la opción C (Charlas informativas en una institución escolar) con hasta un 60% como se produce en el caso de Educación Infantil.

En todas las Diplomaturas de las titulaciones de magisterio y los actuales Grados de Infantil y Primaria, la opción C que trata sobre la temática a través de una actividad informativa en un entorno reglado, existe dentro de su plan de estudio la asignatura Educación para la Salud y el Consumo, en la que se aborda un bloque sobre educación sexual. Este podría ser un posible factor para que esta opción sea la más seleccionada en estos grupos, sin embargo no ocurre así con la titulación de Educación Física, que aún teniendo también esta asignatura, elige la opción de TV/documentales como opción preferente.

Quizás los anteriores datos estén también relacionados con las diferencias existentes en relación a la edad y la fuente de información principal que podemos observar en la tabla 60 y 61.

Tabla 60. Contingencia entre la Edad y la Fuente de Información del VIH/SIDA.

	Información_VIH_SIDA.							Total	
	TV y/o documentales	Cursos de formación específicos	Charlas informativas en el instituto	Amigos y amigas	Internet	Otros			
Edad_test t	21 años o menos	Recuento % dentro de Edad_test	37 21,9%	5 3,0%	92 54,4%	6 3,6%	18 10,7%	11 6,5%	169 100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento % dentro de Edad_test	55 33,7%	7 4,3%	78 47,9%	3 1,8%	12 7,4%	8 4,9%	163 100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento % dentro de Edad_test	43 31,2%	10 7,2%	63 45,7%	5 3,6%	12 8,7%	5 3,6%	138 100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento % dentro de Edad_test	65 54,6%	10 8,4%	28 23,5%	3 2,5%	5 4,2%	8 6,7%	119 100,0%
Total		Recuento % dentro de Edad_test	200 34,0%	32 5,4%	261 44,3%	17 2,9%	47 8,0%	32 5,4%	589 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 61. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y la Fuente de Información del VIH/SIDA.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	50,253 ^a	15	,000
Razón de verosimilitudes	51,575	15	,000
Asociación lineal por lineal	20,445	1	,000
N de casos válidos	589		

a. 4 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,43.

Fuente: Elaboración propia.

Los alumnos y alumnas menores o iguales a 25 años tienen como opción preferente la respuesta C (Charlas informativas en una institución escolar), mientras que los mayores de 25 años la opción preferente ha sido la A (TV y/o documentales). Este hecho puede que se deba a los cada vez más números programas educativos que se está llevando a cabo para prevenir embarazos no deseados, enfermedades de transmisión sexual y hábitos saludables, en los centros de Educación Secundaria Obligatoria y en Bachillerato.

En el informe elaborado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobierno de España, 2008 (Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el SIDA 2008-2012) y que coincide con la edad en la que los menores de nuestra muestra estaban en instituciones escolares de secundaria y bachillerato, ya se marcaba como objetivo prevenir nuevas infecciones entre los jóvenes y adolescentes, sirviéndose de la escuela como medio de difusión de una información de calidad:

«La educación sexual en el sistema educativo en muchos casos no ha ido más allá de la voluntad de algunos profesores y la presencia puntual en las aulas de ONG y profesionales del sistema sociosanitario. Sin embargo, la principal estrategia para prevenir la infección por VIH en jóvenes continúa siendo la promoción de la salud sexual y la educación sexual en la escuela, de cobertura universal. Es prioritario destinar los recursos necesarios para implementar esta política educativa. Ésta debe estar integrada de manera formal y continua en el proyecto educativo del centro y abarcar todas las etapas educativas, empezando a trabajar desde primaria, cuando no hay urgencia ni apenas riesgos y la capacidad de asimilación es más alta» (p.64). *Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el SIDA 2008-2012.*

De las anteriores tablas podemos extraer que el 10% de los menores de 21 años elige como principal fuente, la información recibida a través de internet, frente al 4% de los mayores de 25 años que eligen esta opción. A medida que avanza la edad de los encuestados, menos usuarios han elegido la opción de internet. Se produce el proceso contrario en la opción «Cursos de formación específicos», es decir, a medida que el intervalo de edad es superior, el porcentaje de alumnos cuya fuente de información principal ha sido esta respuesta es mayor que en edades inferiores. Este dato puede que se corresponda a que durante los diferentes años académicos en el ámbito universitario de titulaciones educativas, se cursan asignaturas relacionadas con hábitos sexuales saludables (como en apartados posteriores

haremos mención) o seminarios tales como los organizados por Proyecto I+D La exclusión social y educativa de menores con VIH / SIDA en el 2011 y 2012, titulados «Jóvenes y SIDA» y «Prevención del VIH/SIDA» y a los que se refieren algunos participantes del grupo de discusión.

5.1. Conocimientos del alumnado sobre VIH/SIDA.



lo largo del Capítulo 2, hemos hecho a menudo referencias a la importancia de tener información fiable para no solo mejorar las cifras de nuevos contagios en jóvenes, sino además cambiar aquellas representaciones sociales que marcan o guían conductas que vulneran los derechos de las personas VIH+ y al de sus familiares. El estigma nace de los dogmas, creencias, ideas infundadas y prejuicios hacia los individuos afectados por el VIH/SIDA o a aquellas personas que poseen algún tipo de conexión con el virus, inclusive aquellos de quienes se desconoce el estado serológico pero pertenecen a uno de los tradicionalmente denominados «grupos de riesgo», originándose entre otros por la desinformación, la ignorancia o el miedo.

En el cuestionario realizado para esta investigación, se ha pretendido recoger a través de una prueba tipo test, el conocimiento que los participantes tienen sobre esta temática, como por ejemplo preguntas sobre la vías de transmisión, diferenciar entre distintos conceptos, conocimientos sobre las pruebas de detección o el tratamiento actual que a lo largo del Capítulo 1 hemos hablado con detalle. Es por ello que todos los ítems comprendidos entre el número 3 y el 15, son preguntas que tienen un enunciado con cuatro respuestas a elegir, de las que sólo una es la correcta. En la siguiente ilustración 82 se refleja algunas de las preguntas a las que nos referimos (Ver cuestionario completo en el Anexo 27).

Ilustración 84. Preguntas para valorar el conocimiento de los estudiantes.

- 3. Los términos VIH y SIDA:**
- a) significan lo mismo.
 - b) el SIDA es la fase más grave de la infección por VIH.
 - c) el VIH es la fase más grave de la infección por SIDA.
 - d) N.S. o N.C.
- 4. Una persona es seropositiva:**
- a) si en la prueba del VIH los resultados no detectan el VIH.
 - b) desde el momento que se infecta por VIH.
 - c) si se encuentra en la fase más grave de la infección.
 - d) N.S. o N.C.

Fuente: Elaboración propia.

Para valorar si existían diferencias entre el conocimiento que pudieran tener los estudiantes en relación a la edad, el sexo, titulación o curso, se decidió que la prueba tuviese tres niveles de dificultad, para de esta forma poder establecer un perfil de alumnado con mayor formación al respecto y aquellos con carencias informativas importantes. Este hecho nos ayudará a comprender por qué algunos estudiantes tienen mayor información sobre el VIH/SIDA e intentar relacionarlos con los programas que han propiciado este hecho y por lo contrario, saber cuáles son los estudiantes menos formados para poder tomar medidas educativas que ayuden a mejor conocimiento.

Las cuestiones que mayores dificultad tenían eran 5 (ítems 3, 5, 9, 11,13) mientras que las preguntas de menor dificultad eran 4(ítems 4, 7, 14,15). Los ítems con dificultad media fueron también 4 (ítems 6, 8, 10, 12).

Antes de analizar los resultados de cada una de las preguntas que pretenden valorar el Grado de conocimientos de los encuestados, aportaremos unos datos globales en relación a esta prueba, que recordemos es la primera parte de nuestro cuestionario que está compuesto por tres partes diferenciadas como al principio de este capítulo referíamos (Ver tabla 48).

Para consultar el proceso que se ha seguido en el análisis de esta primera parte del cuestionario a la que denominamos Test de «Conocimientos sobre el VIH/SIDA», tenemos toda la información en el Anexo 30, recogiendo todas las correlaciones que se han establecido. En los cinco puntos siguientes apuntamos los aspectos más relevantes:

- 1 De los sujetos encuestados, la mitad tienen un conocimiento medio/alto, fundamentando esta afirmación en el hecho de que el 51,7% han contestado de forma correcta 6 o más preguntas. Preocupa el resultado obtenido por el 48,2% que tienen 5 o menos respuestas acertadas, teniendo un conocimiento bajo de la materia.
- 2 No existen diferencias en relación a los datos obtenidos en el test con respecto al sexo de los sujetos, así el 48,5% de los hombres ha respondido correctamente a 6 preguntas o a un número superior y el 48,4% de las mujeres se encuentran en esta misma situación. La media total de aciertos para ambos sexos es de 5 preguntas.
- 3 Un hecho significativo es que a medida que avanza la edad de los encuestados, la media sube a 6 aciertos. En el siguiente cuadro podemos ver con claridad esta afirmación:

Intervalos según la edad	Número de aciertos mayor o igual a 6
21 años o menos	47,4%
21-23 años	51%
23-25 años	40,2%
Mayor de 25 años	55%

Fuente: *Elaboración propia.*

- 4 Cuando correlacionamos preguntas acertadas con titulaciones estudiadas, hemos extraídos datos significativos, tales como que determinadas titulaciones tienen una media de aciertos mayor a la de otras. Es el caso de los dos Másteres estudiados en esta investigación que tienen

una media que ronda los 8 aciertos, mientras que titulaciones como las Diplomaturas de Primaria, Infantil o Educación Física la media es 4. Este hecho nos hace llegar a la conclusión de que en estas últimas titulaciones nombradas, entre un 60-70% de los estudiantes, tienen un conocimiento bajo con respecto al VIH/SIDA. En la tabla 63 podemos ver lo comentado en estas líneas.

Tabla 63. Datos estadísticos sobre el ámbito de conocimiento en función de la Titulación.

Titulación	Media	N	Desv. típ.	F	Sig
Grado en Educación Social	6,03	151	2,615	7,526	,000
Grado en Educación Primaria	6,00	3	1,732		
Grado en Educación Infantil	4,76	94	2,659		
Diplomatura en Educación Primaria	4,30	80	2,184		
Diplomatura en Educación Infantil	4,80	10	3,259		
Diplomatura en Educación Física	4,88	25	2,242		
Diplomatura en Educación Especial	5,23	22	2,487		
Psicopedagogía	5,26	120	2,652		
Máster en Educación Intercultural	8,14	14	2,179		
Máster en Secundaria	7,33	9	2,915		
No contesta	7,50	2	3,536		
Diplomatura en Educación Social	7,86	29	2,013		

Fuente: Elaboración propia.

- Es importante aclarar en este punto que cuando se analizan los datos obtenidos en cada uno de los ítems y se correlacionen con las titulaciones, no nombramos la titulación de Grado de Educación Primaria por ser únicamente tres estudiantes a los que hemos podido acceder y por lo tanto, no representan un porcentaje significativo. No obstante, decir que en el cómputo final si se les tiene en cuenta como al resto de compañeros que han realizado la encuesta, únicamente no se comenta cuando se hace el estudio por titulaciones por el número tan bajo de sujetos.

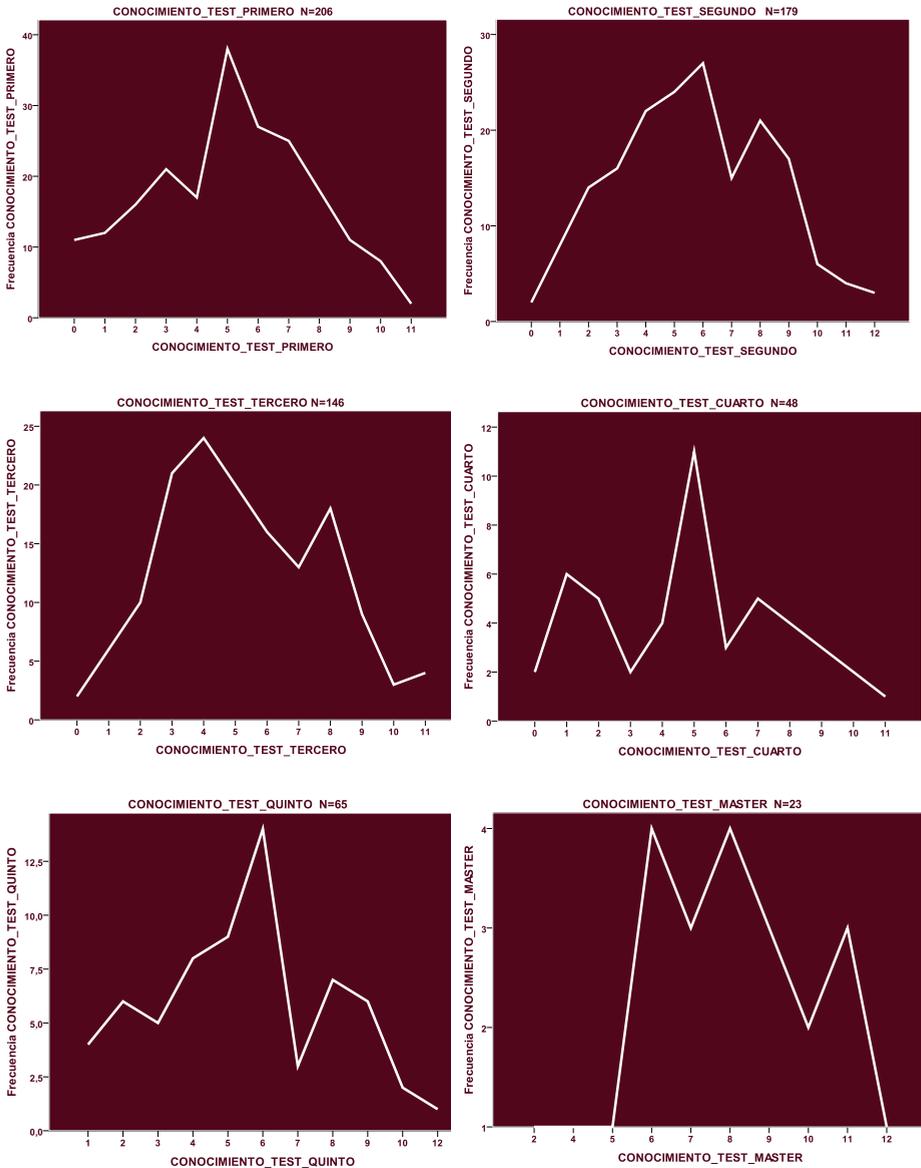
- 5 La relación entre curso y número de respuestas correctas, tal como pasaba en la relación que describíamos en el punto anterior, también vislumbran datos significativos. Mientras que en los Másteres las respuestas correctas rondan los 8 aciertos, el resto de cursos están alrededor de las 5 preguntas correctas (tabla 64 y gráficos 17, 18, 19, 20, 21 y 22).

Tabla 64. Datos estadísticos sobre el ámbito de conocimiento en función del curso.

Curso	Media	N	Desv. típ.	F	Sig.
Primero	5,13	158	2,586	4,897	0,000
Segundo	5,86	115	2,778		
Tercero	5,28	146	2,526		
Cuarto	4,92	48	2,901		
Quinto	5,46	65	2,550		
Máster	7,83	23	2,462		
No contesta	7,75	4	3,202		
Total	5,47	559	2,689		

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráficos 17, 18, 19, 20, 21 y 22. Conocimientos en función del curso.



Todos los datos anteriores nos ofrecen una información valiosa sobre un perfil de estudiante universitario con carencias sobre la temática que abordamos en este trabajo de investigación. Debe inquietarnos el hecho que la mitad del alumnado tenga un conocimiento bajo sobre aspectos

Diferencias entre los términos VIH y SIDA

A lo largo del Capítulo 1 hablamos sobre la diferencia entre ser VIH+ y tener la enfermedad del SIDA. Diferenciar ambos conceptos ayuda a prevenir el estigma ya que aún se asocia el término VIH con SIDA y a su vez con muerte. Por lo tanto la primera pregunta del test conocimiento -y tercera en el cuestionario- intenta investigar si el alumnado diferencia entre la infección por VIH y la enfermedad del SIDA.

Tabla 65. Los términos VIH y SIDA.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	6	1,0	1,0
	Significan lo mismo	187	30,5	31,5
	El SIDA es la fase más grave de la infección por VIH	226	36,9	68,4
	El VIH es la fase más grave de la infección por SIDA	33	5,4	73,7
	N.S. o N.C.	161	26,3	100,0
	Total	613	100,0	100,0

Fuente: *Elaboración propia.*

La respuesta más seleccionada por los 613 alumnos/as encuestados ha sido la opción correcta: «El SIDA es la fase más grave de la infección por VIH». El porcentaje de alumnos/as que ha seleccionado esta opción es de 36,9%. Sin embargo no son unos datos positivos ya que el 63,1% no conoce la diferencia entre ambos términos. Bastante significativo es que el 30% de la población haya escogido la opción «Significa lo mismo» o el 26% «No sabe, no contesta». El hecho de que no se tenga una información completa sobre el VIH y la epidemia, contribuye a mantener el estigma y fomenta las actitudes discriminatorias. Volvemos a hacer referencia al

Informe de ONUSIDA (2010), en el que dice que el 34% de los jóvenes tiene un conocimiento cabal del VIH, coincidiendo con el porcentaje de nuestra muestra en esta pregunta básica y fundamental, en la cual sólo el 36% demuestra saber la diferencia.

Las tablas 66 y 67 hacen referencia a las respuestas dadas según el sexo de los encuestados. No son significativas siendo similares, si bien, los resultados de las mujeres son levemente mejores que el de los hombres. El 37% de las mujeres eligen la opción correcta frente al 35% de los hombres y el porcentaje de mujeres que dicen que la opción «Significan lo mismo» es inferior (29%) al de los hombres que contestan eso mismo (35%).

En el grupo de discusión, cuando se pregunta si existe o no diferencias entre ambos términos, algunos sujetos responden:

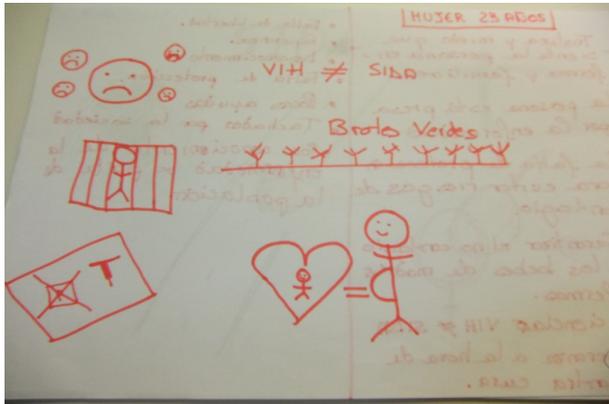
«Una cosa es el virus y otra la enfermedad, puedes tener el virus pero no la enfermedad».
Sujeto 5.

«Puedes ser portador y no lo padezcas». Sujeto 8.

«Puedes tener ese virus pero no desarrollar la enfermedad pero igualmente puedes transmitirlo» Sujeto 5.

En el dibujo siguiente elaborado por una alumna de 23 años, diferencia VIH y SIDA expresando que no es lo mismo. En la descripción del dibujo se habla de que aunque la persona a la que le dicen que tiene el virus, al principio puede sentirse deprimido y su entorno también, así como prisioneros de esa situación, utiliza la metáfora de florecer brotes verdes para expresar que la vida puede continuar e incluso tener un hijo al que transmitirle amor.

Ilustración 85. Dib.45.M23.



436

Conocimientos, representaciones y actitudes de titulaciones educativas sobre el VIH/SIDA

Tabla 66. Contingencia entre Sexo y los diferencias entre términos VIH y SIDA.

			Términos_VIH_SIDA.					Total
			0	Significan lo mismo	El SIDA es la fase más grave de la infección por VIH	El VIH es la fase más grave de la infección por SIDA	N.S. o N.C.	
Sexo	0	Recuento	2	1	1	0	2	6
		% dentro de Sexo	33,3%	16,7%	16,7%	,0%	33,3%	100,0%
	Mujer	Recuento	3	147	186	29	131	496
		% dentro de Sexo	,6%	29,6%	37,5%	5,8%	26,4%	100,0%
	Hombre	Recuento	1	39	39	4	28	111
		% dentro de Sexo	,9%	35,1%	35,1%	3,6%	25,2%	100,0%
Total		Recuento	6	187	226	33	161	613
		% dentro de Sexo	1,0%	30,5%	36,9%	5,4%	26,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 67. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y los Términos VIH y SIDA.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,311 ^a	8	,000
Razón de verosimilitudes	15,092	8	,057
Asociación lineal por lineal	,329	1	,566
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (46,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Fuente: Elaboración propia.

El siguiente paso consistirá en relacionar las variables siguientes: diferencia de los términos VIH/SIDA y su relación con las diferentes titulaciones educativas estudiadas. En la tabla 68 y 69 podemos consultar los resultados obtenidos:

Tabla 68. Contingencia entre la Titulación y los Términos VIH y SIDA.

Titulación		Términos_VIH_SIDA.					Total
		0	Significan lo mismo	El SIDA es la fase más grave de la infección por VIH	El VIH es la fase más grave de la infección por SIDA	N.S. o N.C.	
Grado en Educación Social	Recuento	4	55	64	13	33	169
	% dentro de Titulación	2,4%	32,5%	37,9%	7,7%	19,5%	100,0%
Grado en Educación Primaria	Recuento	0	2	1	0	0	3
	% dentro de Titulación	,0%	66,7%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
Grado en Educación Infantil	Recuento	0	39	26	6	33	104
	% dentro de Titulación	,0%	37,5%	25,0%	5,8%	31,7%	100,0%
Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	2	31	23	1	34	91
	% dentro de Titulación	2,2%	34,1%	25,3%	1,1%	37,4%	100,0%
Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	2	3	1	4	10
	% dentro de Titulación	,0%	20,0%	30,0%	10,0%	40,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	9	11	1	6	27
	% dentro de Titulación	,0%	33,3%	40,7%	3,7%	22,2%	100,0%
Diplomatura en Educación Especial	Recuento	0	9	10	1	6	26
	% dentro de Titulación	,0%	34,6%	38,5%	3,8%	23,1%	100,0%
Psicopedagogía	Recuento	0	33	49	9	38	129
	% dentro de Titulación	,0%	25,6%	38,0%	7,0%	29,5%	100,0%
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	3	7	1	3	14
	% dentro de Titulación	,0%	21,4%	50,0%	7,1%	21,4%	100,0%
Máster en Secundaria	Recuento	0	0	8	0	1	9
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	88,9%	,0%	11,1%	100,0%
no contesta	Recuento	0	0	2	0	0	2
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	4	22	0	3	29
	% dentro de Titulación	,0%	13,8%	75,9%	,0%	10,3%	100,0%
Total	Recuento	6	187	226	33	161	613
	% dentro de Titulación	1,0%	30,5%	36,9%	5,4%	26,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 69. Pruebas de chi-cuadrado entre las Titulaciones y los Términos VIH y SIDA.

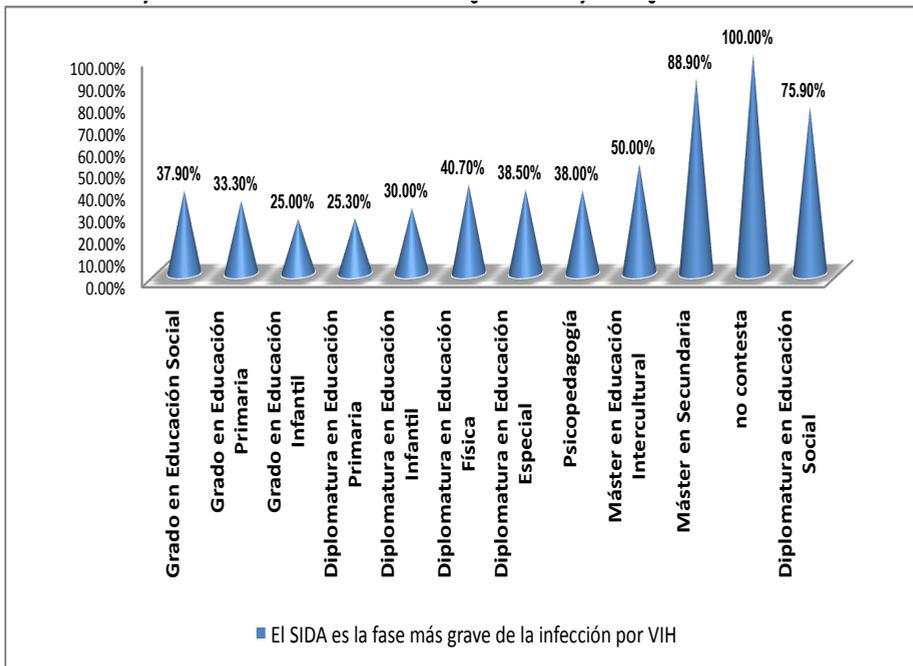
	Valor	Gf	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	72,089 ^a	44	,005
Razón de verosimilitudes	78,924	44	,001
Asociación lineal por lineal	,927	1	,336
N de casos válidos	613		

a. 35 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

439

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 23. Porcentajes de aciertos en el ítem diferencias terminológicas entre VIH y SIDA según las titulaciones.



Fuente: *Elaboración propia.*

Es significativo y esperable que las titulaciones con mejores resultados sean aquellas en las cuales los alumnos/as son de un intervalo de edad mayor, siendo el 88% los/las alumnos/as que han elegido la opción correcta en el Máster de Educación Secundaria, el 75% en la Diplomatura en Educación Social que corresponde al tercer curso de esta titulación y el 50% el Máster de Educación Intercultural. Las peores calificaciones las

tienen los estudiantes de Grado de Educación Infantil –estudiantes de 1º y 2º curso de esta titulación- que solo han elegido la opción correcta el 25%, expresando el 37% de los alumnos de esta titulación que el VIH y el SIDA significa lo mismo.

Sin embargo, y aunque ya lo hemos comentado anteriormente, el hecho de tener mayor edad, aumenta la probabilidad de tener mayor información relacionada al respecto. Pero este hecho, es un dato poco favorecedor para la no transmisión de la enfermedad, ya que como indica el informe FIPSE (2003) en su encuesta de salud y hábitos sexuales, denominada «Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH», los adolescentes comienzan «a tener relaciones sexuales a una edad más temprana que sus iguales hace varios años. Los hombres mantienen su primera relación sexual antes que las mujeres, aunque las diferencias por sexo son menores entre los más jóvenes. En ambos sexos y en todos los grupos de edad el inicio de las relaciones sexuales es más tardío entre los que tienen un mayor nivel de estudios... y el progresivo aumento de la proporción de jóvenes con relaciones sexuales que incluyen el coito a una edad precoz (menor de 16 años), indica que es importante poner en marcha intervenciones de educación afectivo-sexual de manera progresiva en todas las etapas educativas» (p.87).

Por lo tanto, y con respecto a lo anterior, podemos preguntarnos ¿la información sobre la enfermedad de transmisión sexual que actualmente más muerte causa a nivel mundial, llega demasiado tarde a los jóvenes?, ¿se podría evitar nuevas infecciones en jóvenes si una información cabal llegase antes del inicio de las primeras relaciones sexuales?

Persona seropositiva.

Según las recomendaciones terminológicas de ONUSIDA (2007), el VIH+ o VIH Positivo es sinónimo del término seropositivo, y hace referencia a «un individuo que presenta indicios de infección por el VIH, es a decir,

por ejemplo, presencia de anticuerpos contra el VIH, en una prueba en sangre o tejido» (p.15).

En el grupo de discusión se puede consultar la siguiente afirmación que refleja bien la confusión que se produce en algunas ocasiones y por algunos sujetos debido a la falta de información real y exacta:

«Hay gente que piensa que ser seropositivo es ser cero positivo, que no tienen la enfermedad». Sujeto 6.

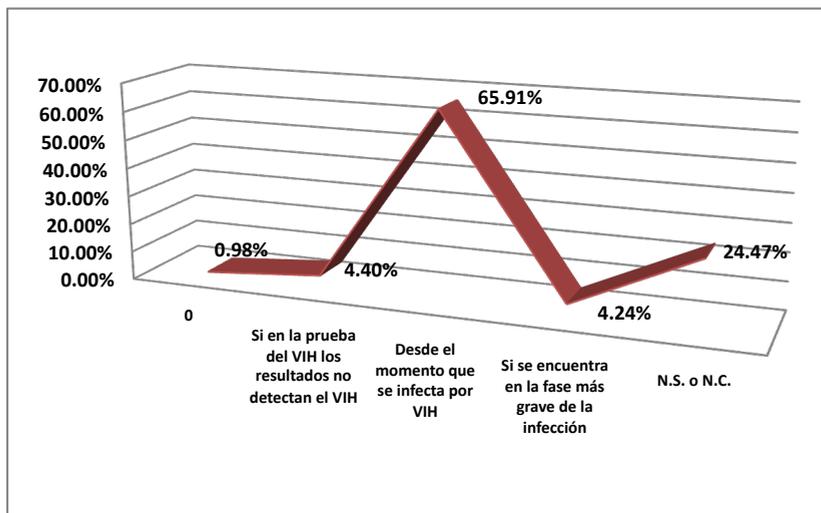
El ítem 4 de nuestro cuestionario pregunta sobre el significado de la condición de seropositividad. En esta cuestión, los datos son mucho más favorables. Ya preveíamos este hecho, ya que en el cuestionario piloto pudimos observar que se trataba de un ítem de dificultad baja.

Tabla 70. Resultado de la cuestión: «Una persona es seropositiva cuando...»

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	6	1,0	1,0	1,0
	Si en la prueba del VIH los resultados no detectan el VIH	27	4,4	4,4	5,4
	Desde el momento que se infecta por VIH	404	65,9	65,9	71,3
	Si se encuentra en la fase más grave de la infección	26	4,2	4,2	75,5
	N.S. o N.C.	150	24,5	24,5	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 24. Persona seropositiva.



Fuente: *Elaboración propia.*

Tal como se observa en la tabla 70 y en el gráfico 18, el 65% de los encuestados -404 estudiantes- saben que una persona es seropositiva desde el momento en el que se infecta por VIH. El porcentaje mayor que sigue a este primero es el de estudiantes que han seleccionado la opción «No sé, No contesto», ascendiendo a un 24,5% de la muestra. Los datos obtenidos cuando se ha correlacionado este ítems con el sexo de los participantes, nos ha desvelado que no existen diferencias significativas con respecto al sexo de los sujetos, siendo los porcentajes similares en las cuatro respuestas los ofrecidos por los hombre que por las mujeres.

Tabla 71. Contingencia entre la Titulación y la Persona seropositiva.

Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	Persona_seropositiva.				Total	
			0	si en la prueba del VIH los resultados no detectan el VIH	desde el momento que se infecta por VIH	si se encuentra en la fase más grave de la infección		N.S. o N.C.
			2	6	118	6	37	169
		%	1,2%	3,6%	69,8%	3,6%	21,9%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	3	0	0	3
		%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	1	5	65	1	32	104
		%	1,0%	4,8%	62,5%	1,0%	30,8%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	2	5	49	4	31	91
		%	2,2%	5,5%	53,8%	4,4%	34,1%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	0	7	0	3	10
		%	,0%	,0%	70,0%	,0%	30,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	1	1	15	4	6	27
		%	3,7%	3,7%	55,6%	14,8%	22,2%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	0	1	15	3	7	26
		%	,0%	3,8%	57,7%	11,5%	26,9%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	0	7	91	6	25	129
		%	,0%	5,4%	70,5%	4,7%	19,4%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	0	13	0	1	14
		%	,0%	,0%	92,9%	,0%	7,1%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	0	0	5	0	4	9
		%	,0%	,0%	55,6%	,0%	44,4%	100,0%
	no contesta	Recuento	0	0	2	0	0	2
		%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	2	21	2	4	29
		%	,0%	6,9%	72,4%	6,9%	13,8%	100,0%
Total		Recuento	6	27	404	26	150	613
		%	1,0%	4,4%	65,9%	4,2%	24,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 72. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el significado de «Persona Seropositiva».

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	43,468 ^a	44	,494
Razón de verosimilitudes	46,228	44	,380
Asociación lineal por lineal	,769	1	,380
N de casos válidos	613		

a. 39 casillas (65,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Fuente: Elaboración propia.

En las tablas anteriores (71 y 72), se relacionan los datos obtenidos en este ítem con la titulación que estudian los sujetos y se puede llegar a decir, cómo las puntuaciones más altas vuelven a pertenecer al alumnado de Máster (92%) y de Educación Secundaria (72%). Aunque existe un porcentaje del 100% de aciertos en alumnos de una titulación, no se ha tenido en cuenta por ser únicamente 3 alumnos/as. Nos referimos al alumnado de Grado de Educación Primaria que como hemos comentado en páginas anteriores, al ser un número inferior a 5 al que hemos podido acceder de esa titulación, no podemos tener en cuenta esos datos ya que no suponen un porcentaje representativo en cuanto a la muestra total. Sin embargo volvemos a recordar, que para las otras correlaciones establecidas (sexo, edad y curso), así como para el cómputo final de los datos, se tiene en cuenta estos datos de igual manera que todos lo demás.

Una vez aclarado lo anterior, podemos continuar analizando aspectos tales como que si relacionamos los aciertos en el ítem estudiado en el apartado anterior-con una dificultad alta- y los aciertos del ítem estudiado en este apartado-con dificultad baja-, era previsible que el porcentaje en respuestas correctas de todas las titulaciones sea bastante más elevado que en el ítem anterior, encontrándose entre un 53% y un 92% de aciertos.

Sin perder de vista los anteriores resultados, pasaremos a analizar la relación de cada una de las repuestas con la edad de los sujetos (Tabla 73 y 74).

Tabla 73. Contingencia entre la Edad y la significado de Persona Seropositiva.

		Persona_seropositiva.					Total	
		0	Si en la prueba del VIH los resultados no detectan el VIH	Desde el momento que se infecta por VIH	Si se encuentra en la fase más grave de la infección	N.S. o N.C.		
Edad_test	21 años o menos	Recuento	1	7	101	9	51	169
		% dentro de Edad_test	,6%	4,1%	59,8%	5,3%	30,2%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	1	7	116	5	34	163
		% dentro de Edad_test	,6%	4,3%	71,2%	3,1%	20,9%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	0	6	85	7	40	138
		% dentro de Edad_test	,0%	4,3%	61,6%	5,1%	29,0%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	1	6	89	3	20	119
		% dentro de Edad_test	,8%	5,0%	74,8%	2,5%	16,8%	100,0%
Total		Recuento	3	26	391	24	145	589
		% dentro de Edad_test	,5%	4,4%	66,4%	4,1%	24,6%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 74. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el significado de Persona Seropositiva.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,751 ^a	12	,317
Razón de verosimilitudes	14,683	12	,259
Asociación lineal por lineal	4,100	1	,043
N de casos válidos	589		

a. 5 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,61.

Fuente: Elaboración propia.

El alumnado que mayor puntuación ha obtenido- ya que ha seleccionado un número mayor de estudiantes la pregunta correcta- corresponde al intervalo de edad «mayor de 25 años» con un 74,8%, mientras que los menores o iguales a 21 años de edad, tienen el menor porcentaje de per-

sonas que han acertado esta cuestión (59,8%). Este hecho corrobora lo que anunciamos en las primeras líneas de este punto, y que a lo largo de las preguntas de la prueba de conocimiento iremos ratificando, y es que, el alumnado de mayor edad tiene una información más exhaustiva sobre la temática que abordamos.

Personas VIH y enfermedad del SIDA.

Una de los aspectos que fomenta el estigma de la enfermedad es la asociación con la muerte. Como ya hemos comentado, la aparición del tratamiento antirretroviral ha hecho posible que la infección por VIH no desarrolle la enfermedad del SIDA en aquellas personas que siguen un adecuado tratamiento farmacológico y que tiene adherencia a él, convirtiéndose en una enfermedad crónica.

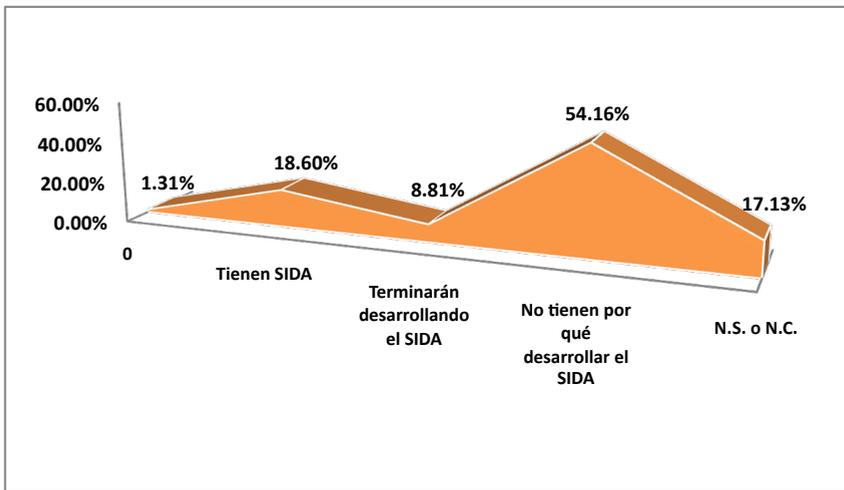
En la pregunta 5 del cuestionario hemos querido saber si los estudiantes son conocedores de este hecho. Para ello hemos preguntado «si todas las personas con VIH, desarrollaran la enfermedad del SIDA». Los datos son relativamente positivos ya que nos encontramos con un 54% de personas que piensan que no tienen por qué desarrollar el SIDA, sin embargo y enfrentados a los datos anteriores tan esperanzadores, aún muchas personas-el 18% de los encuestados que forman nuestra muestra- siguen pensando que todas las personas que tienen VIH tienen SIDA, a los que podíamos sumar como aspecto negativo el hecho de que el 17% de las persona encuestadas no saben posicionarse al respecto y han elegido la opción «No sé, no contesto». Era esperable resultados menos favorecedores en esta cuestión ya que sabíamos gracias al pretest así como por la valoración realizada por expertos que nos encontrábamos con una ítem de dificultad alta. Esto nos demuestra que la mitad de los sujetos desconocen que la persona VIH+, no tiene por qué desarrollar la enfermedad de SIDA (tabla 75 y gráfico 19).

Tabla 75. Personas VIH y enfermedad de SIDA.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Perdidos	8	1,3	1,3	1,3
Tienen SIDA	114	18,6	18,6	19,9
Terminarán desarrollando el SIDA	54	8,8	8,8	28,7
No tienen por qué desarrollar el SIDA	332	54,2	54,2	82,9
N.S. o N.C.	105	17,1	17,1	100,0
Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 25. Personas VIH y enfermedad del SIDA.



Fuente: Elaboración propia.

No existen datos significativos cuando relacionamos la variable sexo y la variable «Personas_VIH» que hace referencia al ítems 5, y es por ello que pasamos a analizar los datos según las titulaciones de los sujetos (tabla 76 y 77).

Tabla 76. Contingencia entre la Titulación y las Personas con VIH y la enfermedad del SIDA.

			Todas las personas con VIH:					Total
			0	tienen SIDA	terminarán desarrollando el SIDA	no tienen por qué desarrollar el SIDA	N.S. o N.C.	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	3	34	19	89	24	169
		% dentro de Titulación	1,8%	20,1%	11,2%	52,7%	14,2%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	1	1	1	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	2	26	14	34	28	104
		% dentro de Titulación	1,9%	25,0%	13,5%	32,7%	26,9%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	2	20	4	50	15	91
		% dentro de Titulación	2,2%	22,0%	4,4%	54,9%	16,5%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	3	1	4	2	10
		% dentro de Titulación	,0%	30,0%	10,0%	40,0%	20,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	5	4	15	3	27
		% dentro de Titulación	,0%	18,5%	14,8%	55,6%	11,1%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	0	3	2	15	6	26
		% dentro de Titulación	,0%	11,5%	7,7%	57,7%	23,1%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	1	20	8	79	21	129
		% dentro de Titulación	,8%	15,5%	6,2%	61,2%	16,3%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	2	0	11	1	14
		% dentro de Titulación	,0%	14,3%	,0%	78,6%	7,1%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	0	0	0	8	1	9
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	88,9%	11,1%	100,0%
	no contesta	Recuento	0	0	0	2	0	2
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	1	1	24	3	29
		% dentro de Titulación	,0%	3,4%	3,4%	82,8%	10,3%	100,0%
Total		Recuento	8	114	54	332	105	613
		% dentro de Titulación	1,3%	18,6%	8,8%	54,2%	17,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 77. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y las Personas con VIH/enfermedad del SIDA.

	Valor	Gf	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	57,482 ^a	44	,084
Razón de verosimilitudes	64,780	44	,022
Asociación lineal por lineal	8,541	1	,003
N de casos válidos	613		

a. 37 casillas (61,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,03.

Fuente: *Elaboración propia.*

Las mejores puntuaciones son las obtenidas en las titulaciones del Máster de Educación Secundaria (88%), el Máster en Educación Intercultural (78%), Psicopedagogía (61%) y la Diplomatura de Educación Social (82%), que corresponde esta última, al tercer curso y último curso de esta titulación. En el Grado de Educación Infantil nos volvemos a encontrar con el menor porcentaje de aciertos (32%), cursando los alumnos/as de esta titulación el primer y segundo año. En las tablas siguientes, podemos observar con mayor detalle, las diferencias existentes entre el alumnado dependiendo de la edad de estos:

Tabla 78. Contingencia entre la Edad y las Personas con VIH/enfermedad del SIDA.

		Todas las personas con VIH:					Total	
		No válidas	tienen SIDA	terminarán desarrollando el SIDA	no tienen por qué desarrollar el SIDA	N.S. o N.C.		
Edad_test	21 años o menos	Recuento	2	40	18	77	32	169
		% dentro de Edad_test	1,2%	23,7%	10,7%	45,6%	18,9%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	1	27	17	91	27	163
		% dentro de Edad_test	,6%	16,6%	10,4%	55,8%	16,6%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	2	31	7	67	31	138
		% dentro de Edad_test	1,4%	22,5%	5,1%	48,6%	22,5%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	1	15	12	78	13	119
		% dentro de Edad_test	,8%	12,6%	10,1%	65,5%	10,9%	100,0%
Total		Recuento	6	113	54	313	103	589
		% dentro de Edad_test	1,0%	19,2%	9,2%	53,1%	17,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 79. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y las Personas con VIH/enfermedad del SIDA.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,940 ^a	12	,051
Razón de verosimilitudes	21,805	12	,040
Asociación lineal por lineal	1,464	1	,226
N de casos válidos	589		

a. 4 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,21.

Fuente: Elaboración propia.

Los datos más favorables son los que conciernen a los mayores de 25 años. Esto es debido a que sólo un 12% frente a un 23 % de los menores de 21 dicen que todas las personas con VIH tienen SIDA, así como que el porcentaje de aciertos es mayor en el alumnado de mayor edad-el 65% ha contestado que no tiene por qué desarrollar el SIDA-que el de resto de intervalos de edad, lo que indica de nuevo mayor información en estas edades.

☑ **Países con pocos recursos y transmisión postnatal.**

Es fundamental conocer la situación de la enfermedad, no sólo en nuestro territorio más cercano, sino también en aquellos países en los que el SIDA sigue siendo una de las causas de mortalidad más frecuentes. Sin embargo, el hecho de que en los medios de comunicación se hacen eco de datos tales como que el 68% de todas las personas que vivían con el VIH residían en África subsahariana (Informe ONUSIDA de 2011), puede producir que se siga relacionando el SIDA con colectivos etiquetados como «marginados» y con un problema de salud territorial.

Como ya fundamentamos en la primera parte de este documento, uno de los factores que más propician el estigma asociado al VIH/SIDA es el de los mitos sobre la transmisión de la enfermedad o sobre todo de la NO transmisión. A ese hecho es a lo que Patton (1985) se refería en su obra *Sexo y gérmenes*, a la asociación de la enfermedad con la falta de medidas higiénicas, entre otros factores. Este hecho propicia que se produzcan actitudes de rechazo a determinados colectivos debido fundamentados en la imagen irreal de la transmisión como por ejemplo, un posible contagio por falta de medidas higiénicas de una vivienda. La autora Susan Sontag ya en 1988 en su libro *El SIDA y sus metáforas* hablaba extensamente de la relación «sucio y enfermedad»:

«Juicios estéticos acerca de lo bello y lo feo, lo limpio y lo sucio, lo familiar y lo extraño o pavoroso subyacen en algunos de los juicios morales vinculados con la enfermedad» (p.62).

«Una atmósfera «infectada» (o «viciada»), y considerados como emanaciones generadas espontáneamente por algo sucio» (p.61).

La autora argumenta que el SIDA ha cogido el relevo al cólera, entre otras enfermedades estigmatizadas, al ser entendido como castigo sobrevenido por «haber descuidado las leyes sanitarias; es la maldición de los sucios, de los intemperantes y de los degradados» (p.68).

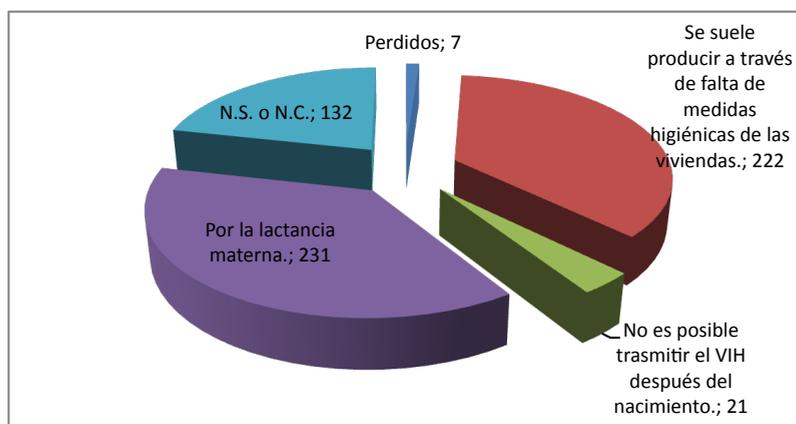
Este hecho ha estado durante varias décadas arraigado culturalmente, y sigue siendo una «asignatura» pendiente en la labor de los profesionales de la educación, en cualquiera de sus ámbitos de actuación. Los datos en nuestra muestra, vuelve a sacar a la luz una cuestión sin resolver, ya que el 36% de los encuestados opina que en los países con pocos recursos económicos, la transmisión postnatal se suele producir por falta de medidas higiénicas de las viviendas. El 37% ha elegido la opción correcta, que es la transmisión por lactancia materna, y un 21% «No sabe, no contesta». El hecho de relacionar la transmisión por falta de medidas higiénicas de las viviendas sigue ratificando que debemos ofrecer una información más exhaustiva y concreta que ayude a distanciar la palabra VIH de la metáfora suciedad.

Tabla 80. Países con pocos recursos y transmisión postnatal.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	7	1,1	1,1	1,1
	Se suele producir a través de falta de medidas higiénicas de las viviendas	222	36,2	36,2	37,4
	No es posible transmitir el VIH después del nacimiento	21	3,4	3,4	40,8
	Por la lactancia materna	231	37,7	37,7	78,5
	N.S. o N.C.	132	21,5	21,5	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 26. Países con pocos recursos y transmisión postnatal.



Fuente: Elaboración propia.

En relación al hecho de que se siga relacionando el SIDA con colectivos etiquetados como «marginados» y con un problema geográfico, encontramos como algunos sujetos en el grupo de discusión, cuando se les pregunta qué percepción tienen sobre el VIH en el mundo, expresan lo siguiente:

«África» .Sujeto 3.

«África y quizás algún tema de prostitución, criminal, prostitución...» Sujeto 4.

«Un nivel cultural bajo también, drogas...»Sujeto 5.

«Yo pienso a lo mejor en África y hay más cantidad porque evidentemente allí no hay los medios que hay por ejemplo en España. Entonces afecta más en países de África que en España.» Sujeto 6.

«No tienen los recursos, ni la información, ni la concienciación». Sujeto 2.

«No hay recursos, información, concienciación, profesionales, medios, herramientas para ese acercamiento. Pero en cuanto después a los hechos... creo que es igual, al fin de al cabo las ideas...son las mismas, no son diferentes en ese aspecto». Sujeto 4.

En la ilustración 86 queda reflejada la idea que estamos discutiendo, en el dibujo el VIH es un camino que conduce al SIDA y a la muerte, aparece el símbolo de hombre y mujer representado la vía de transmisión sexual y a la izquierda el mundo porque el autor (hombre de 21 años) relaciona África y SIDA:

Ilustración 86. Dib.10-H21.



Continuamos analizando los datos obtenidos en el cuestionario en esta cuestión, siendo muy interesante para delimitar el perfil del alumnado que tiene un conocimiento completo, los datos obtenidos en la respuesta C del cuestionario (por la lactancia materna), y que es elegida por un 37,7% de los encuestados. Es por ello, que se relacionará este ítem con el sexo, edad, titulación y curso de los sujetos, para poder identificar estos estudiantes bien informados.

No se observa correlación con el sexo de los sujetos y tanto opción a (por falta de medidas higiénicas de las viviendas) como en la opción correcta (por lactancia materna) los porcentajes en ambos sexos son similares, sin

embargo en relación con las distintas titulaciones, si se pueden observar algunas diferencias (tablas 81y 82).

Tabla 81. Contingencia entre la titulación y los países con pocos recursos/transmisión posnatal.			En países con escasos recursos económicos la transmisión postnatal del VIH/SIDA de los/las niños/as:					Total
			No válidas	se suele producir a través de falta de medidas higiénicas de las viviendas	no es posible transmitir el VIH después del nacimiento	por la lactancia materna	N.S. o N.C.	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	4 2,4 %	55 32,5%	4 2,4%	75 44,4%	31 18,3%	169 100,0 %
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	2 66,7%	0 ,0%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0 %
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	2 1,9 %	48 46,2%	3 2,9%	34 32,7%	17 16,3%	104 100,0 %
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	1 1,1 %	37 40,7%	8 8,8%	22 24,2%	23 25,3%	91 100,0 %
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	2 20,0%	1 10,0%	3 30,0%	4 40,0%	10 100,0 %
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	14 51,9%	1 3,7%	8 29,6%	4 14,8%	27 100,0 %
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	12 46,2%	1 3,8%	6 23,1%	7 26,9%	26 100,0 %
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	47 36,4%	3 2,3%	43 33,3%	36 27,9%	129 100,0 %
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	11 78,6%	3 21,4%	14 100,0 %
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 11,1%	0 ,0%	5 55,6%	3 33,3%	9 100,0 %
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	1 50,0%	1 50,0%	2 100,0 %
Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	4 13,8%	0 ,0%	22 75,9%	3 10,3%	29 100,0 %	
Total	Recuento % dentro de Titulación	7 1,1 %	222 36,2%	21 3,4%	231 37,7%	132 21,5%	613 100,0 %	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 82. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y los Países con pocos recursos/transmisión postnatal.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	76,398 ^a	44	,002
Razón de verosimilitudes	82,173	44	,000
Asociación lineal por lineal	7,952	1	,005
N de casos válidos	613		
a. 36 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.			

Fuente: *Elaboración propia.*

La titulación que en mayor porcentaje elige la opción A (falta de medidas higiénicas en las viviendas) son las titulaciones de Grado en Educación Infantil, Grado de Primaria, Diplomatura de Educación Física y Diplomatura de Educación Especial. La opción C (lactancia materna) es la elegida con un porcentaje más elevado por el alumnado del Máster en Educación Intercultural y de la Diplomatura en Educación Social. En muchas de las cuestiones del tipo test que valoran el nivel de conocimiento, observamos cómo hay titulaciones que están obteniendo los mejores resultados, tales como los Másteres estudiados, así como la Diplomatura de Educación Social. Pensamos que ello se debe por un lado, a que los estudiantes que realizan Máster así como los de Educación Social de la Diplomatura (tercer curso), son alumnos/as con mayor edad que el de las otras titulaciones, como por ejemplo, el alumnado de Grado de Educación Infantil que son de primer y segundo año. Esto confirma el hecho de que a mayor edad, mayor conocimiento de la temática. Sin embargo, hay otras titulaciones que aún cursando tercero, no obtienen los resultados de las Diplomatura de Educación Social y este hecho se debe a que dicho alumnado, ha recibido una formación anual al respecto, ya que en las jornadas de Educación Social que organiza el departamento de educación todos los cursos académicos, acuden distintas organizaciones que trabajan en la prevención de jóvenes de enfermedades de transmisión sexual, así como distintos programas de atención a personas con SIDA, etc., que promueve que este alumnado tenga mayor información que otras titulaciones y mayor conocimiento con respecto a la edad del resto de los encuestados.

Tabla 83. Contingencia entre la Edad y los Países con pocos recursos/transmisión postnatal.

		En países con escasos recursos económicos la transmisión postnatal del VIH/SIDA de los/las niños/as:					Total	
		Perdidos	Se suele producir a través de falta de medidas higiénicas de las viviendas	No es posible transmitir el VIH después del nacimiento	Por la lactancia materna	N.S. o N.C.		
Edad_test	21 años o menos	Recuento	2	69	6	63	29	169
		% dentro de Edad_test	1,2%	40,8%	3,6%	37,3%	17,2%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	2	65	3	57	36	163
		% dentro de Edad_test	1,2%	39,9%	1,8%	35,0%	22,1%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	1	49	5	53	30	138
		% dentro de Edad_test	,7%	35,5%	3,6%	38,4%	21,7%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	0	34	4	50	31	119
		% dentro de Edad_test	,0%	28,6%	3,4%	42,0%	26,1%	100,0%
Total		Recuento	5	217	18	223	126	589
		% dentro de Edad_test	,8%	36,8%	3,1%	37,9%	21,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 84. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y los Países con pocos recursos/transmisión postnatal.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,646 ^a	12	,647
Razón de verosimilitudes	10,882	12	,539
Asociación lineal por lineal	6,610	1	,010
N de casos válidos	589		

a. 7 casillas (35,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,01.

Fuente: Elaboración propia.

A medida que la edad de los sujetos es superior, el porcentaje de encuestados que ha elegido la respuesta correcta es mayor, y por lo tanto en otras respuestas como en la opción a (falta de medidas higiénicas en las viviendas), el porcentaje es descendiente a medida que avanza la edad.

☑ Contagio del VIH.

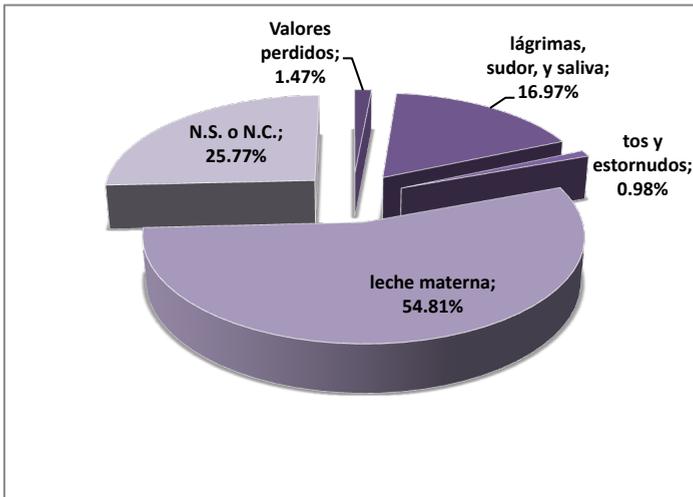
En esta cuestión hemos querido preguntar por las formas de transmisión y de «no transmisión» de la infección por VIH. En relación a la cuestión planteada, «el VIH se puede contagiar a través de...», la opción más seleccionada ha sido la correcta. De las 613 personas que componen nuestra muestra, 336 han contestado que el VIH se puede transmitir a través de la leche materna, sin embargo 104 personas piensan que se contagia a través de las lágrimas, el sudor o la saliva, y 158 han decidido elegir la opción «No sé, no contesta». El 54,8% de los sujetos, discrimina que las lágrimas, sudor, saliva, tos o estornudos, no son vías de transmisión, habiendo seleccionado la opción correcta en esta pregunta, la leche materna. El 45,2% restante, no tiene una información real o completa sobre las vías de transmisión, ya que han elegido o una opción no correcta o se han declinado por última opción («No sé, no contesto»). En la tabla 85 y en el gráfico 21 se complementa esta información.

Tabla 85. Contagio del VIH.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Valores perdidos	9	1,5	1,5	1,5
	lágrimas, sudor, y saliva	104	17,0	17,0	18,4
	tos y estornudos	6	1,0	1,0	19,4
	leche materna	336	54,8	54,8	74,2
	N.S. o N.C.	158	25,8	25,8	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 27. Contagio del VIH.



Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de discusión, cuando se pregunta cuáles son las vías de transmisión del VIH, se dan las siguientes respuestas:

«A través de la sangre». Sujeto 5.

«De madre a hijo». Sujeto 2.

«Por la saliva». Sujeto 6.

«Por la leche materna». Sujeto 3.

«A través de las relaciones sexuales». Varios.

«Yo tengo duda una vez escuché que a través de las lágrimas». Sujeto 6.

En la actividad en la que los estudiantes expresan con dibujos el VIH/SIDA, se reflejan algunos de las vías de transmisión y de no transmisión:

Ilustración 87. Dib.41-M20.



Ilustración 88. Dib.22-M21.

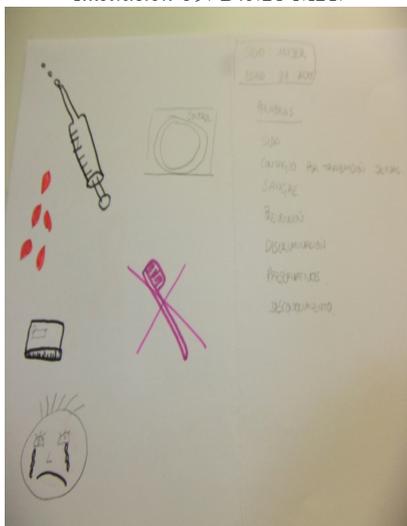


Uno de los participantes del grupo de discusión habla sobre un posible contagio a través del cepillo de dientes:

«Yo te puedo dar mi cepillo de dientes y si te haces sangre, tener riesgo».
Sujeto 4.

En algunos dibujos también se expresa este hecho concreto, así podemos ver como en el siguiente, que ha sido elaborado por una alumna de 25 años, se dibuja las diferentes formas de transmisión y entre ellas hay dibujado un cepillo de dientes tachado para expresar que es un mito:

Ilustración 89. Dib.25-M21.



En la misma actividad, hemos encontrado la idea contraria, como una mujer de 19 años expresa distintos dibujos sobre las vías de transmisión, sexo, compartir jeringuillas, sangre, de madres a hijos y un cepillo de dientes en la parte superior:

Ilustración 90. Dib.65-M25.



En las siguientes tablas se puede observar, entre otros aspectos, como el porcentaje de mujeres que expresan que el VIH se contagia a través de la leche materna, es 7 puntos superior al de los hombres es (56 % de mujeres y 49 % de los hombres).

Tabla 86. Contingencia entre el Sexo y el Contagio del VIH.

		El VIH se puede contagiar a través de:					Total	
		0	lágrimas, sudor, y saliva	tos y estornudos	leche materna	N.S. o N.C.		
Sexo	0	Recuento	2	0	0	3	1	6
		% dentro de Sexo	33,3%	,0%	,0%	50,0%	16,7%	100,0%
	Mujer	Recuento	7	83	2	278	126	496
		% dentro de Sexo	1,4%	16,7%	,4%	56,0%	25,4%	100,0%
	Hombre	Recuento	0	21	4	55	31	111
		% dentro de Sexo	,0%	18,9%	3,6%	49,5%	27,9%	100,0%
Total		Recuento	9	104	6	336	158	613
		% dentro de Sexo	1,5%	17,0%	1,0%	54,8%	25,8%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 87. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Contagio del VIH.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,114 ^a	8	,000
Razón de verosimilitudes	22,294	8	,004
Asociación lineal por lineal	,169	1	,681
N de casos válidos	613		

a. 8 casillas (53,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Fuente: *Elaboración propia.*

Procederemos a correlacionar los datos obtenidos en este ítem con las titulaciones que cursan los encuestados. De esta forma, y tal como se aprecia en las tablas siguientes, el alumnado de Máster y el de la Diplomatura de Educación Social, vuelven a obtener las mejores calificaciones, oscilando el porcentaje de aciertos entre un 77% y 89%, frente al resto de titulaciones que oscilan mayoritariamente entre el 40% y el 60%.

Tabla 88. Contingencia entre la Titulación y el Contagio del VIH.

Titulación		Recuento	El VIH se puede contagiar a través de:					Total
			Valores perdidos	lágrimas, sudor, y saliva	tos y estornudos	leche materna	N.S. o N.C.	
Titulación	Grado en Educación Social	4	19	0	108	38	169	
		% dentro de Titulación	2,4%	11,2%	,0%	63,9%	22,5%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	0	0	0	2	1	3	
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	66,7%	33,3%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	1	23	1	44	35	104	
		% dentro de Titulación	1,0%	22,1%	1,0%	42,3%	33,7%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	2	20	0	42	27	91	
		% dentro de Titulación	2,2%	22,0%	,0%	46,2%	29,7%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	0	4	1	3	2	10	
		% dentro de Titulación	,0%	40,0%	10,0%	30,0%	20,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	0	5	2	13	7	27	
		% dentro de Titulación	,0%	18,5%	7,4%	48,1%	25,9%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	1	3	0	14	8	26	
	% dentro de Titulación	3,8%	11,5%	,0%	53,8%	30,8%	100,0%	
Psicopedagogía	1	28	2	64	34	129		
	% dentro de Titulación	,8%	21,7%	1,6%	49,6%	26,4%	100,0%	
Máster en Educación Intercultural	0	0	0	12	2	14		
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	85,7%	14,3%	100,0%	
Máster en Secundaria	0	1	0	7	1	9		
	% dentro de Titulación	,0%	11,1%	,0%	77,8%	11,1%	100,0%	
No contesta	0	0	0	1	1	2		
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	0	1	0	26	2	29		
	% dentro de Titulación	,0%	3,4%	,0%	89,7%	6,9%	100,0%	
Total		9	104	6	336	158	613	
	% dentro de Titulación	1,5%	17,0%	1,0%	54,8%	25,8%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 89. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Contagio del VIH.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	74,542 ^a	44	,003
Razón de verosimilitudes	71,213	44	,006
Asociación lineal por lineal	,001	1	,972
N de casos válidos	613		

a. 40 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 90. Contingencia entre la Edad y el Contagio del VIH.

Edad_test		El VIH se puede contagiar a través de:					Total
		0	lágrimas, sudor, y saliva	tos y estornudos	leche materna	N.S. o N.C.	
21 años o menos	Recuento	1	31	1	91	45	169
	% dentro de Edad_test	,6%	18,3%	,6%	53,8%	26,6%	100,0%
Entre 21 hasta 23	Recuento	4	26	2	91	40	163
	% dentro de Edad_test	2,5%	16,0%	1,2%	55,8%	24,5%	100,0%
Entre 23 hasta 25	Recuento	1	23	3	71	40	138
	% dentro de Edad_test	,7%	16,7%	2,2%	51,4%	29,0%	100,0%
Mayor de 25 años	Recuento	0	19	0	73	27	119
	% dentro de Edad_test	,0%	16,0%	,0%	61,3%	22,7%	100,0%
Total	Recuento	6	99	6	326	152	589
	% dentro de Edad_test	1,0%	16,8%	1,0%	55,3%	25,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 91. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el Contagio del VIH.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,042 ^a	12	,525
Razón de verosimilitudes	12,172	12	,432
Asociación lineal por lineal	,186	1	,666
N de casos válidos	589		

a. 8 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,21.

Fuente: Elaboración propia.

En otros ítems sobre conocimiento, se ha apreciado mayor diferencia en porcentajes con respecto a la edad de los sujetos. En esta cuestión en

concreto, la diferencia no es tan evidente aunque los mayores de 25 años continúan manteniendo el porcentaje mayor de personas que han elegido la respuesta correcta.

Transmisión a través de la felación.

Si se tiene en cuenta las probabilidades a la hora de infectarse por VIH, el riesgo es mayor en las relaciones que se mantiene sexo vaginal o anal desprotegidos que en las relaciones orales desprotegidas.

En la Guía para Orientadores Escolares elaborada por Acción Ciudadana Contra el Sida de Venezuela (2008), informa a los profesionales de la orientación educativa que aunque la boca es un entorno muy poco hospitalario para el VIH, se han dado casos documentados de transmisión del VIH por vía oral. El riesgo de contagio en la felación se da si hay eyaculación, sino se eyacula el riesgo es muy bajo. En la guía se habla de algunos aspectos importantes a la hora de evitar un contagio a través de la vía de transmisión oral como utilizar preservativos para practicar una felación, o barreras de látex en el caso de las mujeres y si no se ha utilizado ninguna protección, se indica no cepillarse los dientes (ni antes, ni después de una felación) y procurar no eyacular o que le eyaculen dentro de la boca.

En la Guía para Gays y Hombres Bisexuales con VIH elaborada por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida en el año 2010, corrobora lo apuntando por la anterior guía, expresando que no se sabe con certeza cuan probable es la transmisión a través del sexo oral, aunque para que suceda esto se cree que tiene que ocurrir que un hombre sin VIH tenga semen en su boca y que además tenga las encías sangrantes, cortes o úlceras en la boca, y/o tenga una infección de boca o de garganta (como las producidas por gonorrea o herpes).

En el documento de consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el

Sida /GESIDA en el que se habla sobre la asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH (2012), se subraya la importancia de informar no sólo acerca de preservativo masculino, sino también de otras opciones como el preservativo femenino, otras barreras de látex como las toallitas de látex que se pueden utilizar durante el sexo oral, así como del riesgo de transmisión de VIH y otras ITS si se intercambian juguetes sexuales.

Villegas y Zaragoza (2009)- miembros de la organización «Stop Sida»- en su documento publicado en el II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA, exponen que de las prácticas sexuales realizadas por los trabajadores de sexo masculinos (TSM), el sexo oral es la más frecuente, con un 60,6% que realizan la felación sin condón y con 56'3% que realizan la felación sin eyaculación. Pese a la preocupación expresada por los trabajadores de sexo masculino por el sexo oral, el 14'1%, practican la felación con eyaculación (8'50% de los homosexuales y el 5'60% de los bisexuales).

Todo lo anteriormente expuesto, pretende dar una información breve sobre la vía de transmisión bucogenital, así como datos de algunos estudios que hablan de determinadas prácticas de riesgo, con el fin de justificar la importancia que tiene que las personas conozcan que la transmisión oral del VIH existe y que es probable.

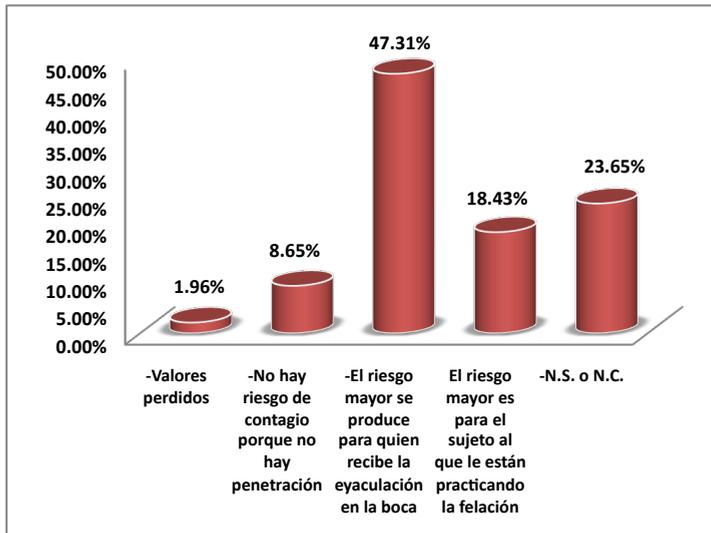
En este ítem hemos preguntado por una de las prácticas orales, concretamente la felación, para poder saber si los encuestados manejan o no esta información como una de las posibles vías de transmisión.

Tabla 92. Felación y transmisión del VIH.

Quando se practica una felación con una persona con VIH/SIDA:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	-Valores perdidos	12	2,0	2,0	2,0
	-No hay riesgo de contagio porque no hay penetración	53	8,6	8,6	10,6
	-El riesgo mayor se produce para quien recibe la eyaculación en la boca	290	47,3	47,3	57,9
	El riesgo mayor es para el sujeto al que le están practicando la felación	113	18,4	18,4	76,3
	-N.S. o N.C.	145	23,7	23,7	100,0
	Total		613	100,0	100,0

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 28. Felación y transmisión del VIH.



Fuente: Elaboración propia.

Casi la mitad de los encuestados (47,3 %), eligen la opción correcta (b. el riesgo mayor se produce para quien recibe la eyaculación en la boca) y el 52,7% restante o ha elegido una opción incorrecta o no sabe o no contesta al respecto. Por lo que se puede decir que únicamente la mitad de los sujetos de nuestra muestra, tienen una información verídica sobre

estas prácticas sexuales y su probabilidad de contagio en una hipotética transmisión.

Tabla 93. Contingencia entre el Sexo y la Felación.

		Cuando se practica una felación con una persona con VIH/SIDA:					Total	
		Valores perdidos	no hay riesgo de contagio porque no hay penetración	el riesgo mayor se produce para quien recibe la eyaculación en la boca	el riesgo mayor es para el sujeto al que le están practicando la felación	N.S. o N.C.		
Sexo	Valores perdidos	Recuento	2	1	2	0	1	6
		% dentro de Sexo	33,3%	16,7%	33,3%	,0%	16,7%	100,0%
	Mujer	Recuento	9	44	230	90	123	496
		% dentro de Sexo	1,8%	8,9%	46,4%	18,1%	24,8%	100,0%
	Hombre	Recuento	1	8	58	23	21	111
		% dentro de Sexo	,9%	7,2%	52,3%	20,7%	18,9%	100,0%
	Total	Recuento	12	53	290	113	145	613
		% dentro de Sexo	2,0%	8,6%	47,3%	18,4%	23,7%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 94. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Felación.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,406 ^a	8	,000
Razón de verosimilitudes	14,082	8	,080
Asociación lineal por lineal	,046	1	,829
N de casos válidos	613		

a. 6 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

Fuente: *Elaboración propia.*

De manera contraria a lo obtenido en la pregunta anterior en la que el porcentaje de mujeres que escogía la respuesta correcta -lactancia materna- era levemente superior, en esta cuestión, el porcentaje de hombres que contestan correctamente -el riesgo mayor se produce para quien recibe la eyaculación en la boca-, es superior al de las mujeres en 6 puntos.

En cuanto a los resultados obtenidos cuando correlacionamos los datos conseguidos en esta cuestión y las titulaciones de los estudiantes, observamos que son parecidas, aunque siguen logrando mejores puntuaciones los dos Másteres y el tercer curso de educación social, y tienen las peores calificaciones en este ítem los estudiantes de la Diplomatura de Educación Primaria y los de Grado de Educación Infantil y Primaria.

Tabla 95. Contingencia entre la Titulación y la Felación.

		Cuando se practica una felación con una persona con VIH/SIDA:					Total
		Valor es perdidos	no hay riesgo de contagio porque no hay penetración	el riesgo mayor se produce para quien recibe la eyaculación en la boca	el riesgo mayor es para el sujeto al que le están practicando la felación	N.S. o N.C.	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento 7	25	84	24	29	169
		% dentro de Titulación 4,1%	14,8%	49,7%	14,2%	17,2%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento 0	1	1	1	0	3
		% dentro de Titulación ,0%	33,3%	33,3%	33,3%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento 2	4	47	20	31	104
		% dentro de Titulación 1,9%	3,8%	45,2%	19,2%	29,8%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento 1	6	37	25	22	91
		% dentro de Titulación 1,1%	6,6%	40,7%	27,5%	24,2%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento 0	0	5	1	4	10
		% dentro de Titulación ,0%	,0%	50,0%	10,0%	40,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento 1	1	13	6	6	27
		% dentro de Titulación 3,7%	3,7%	48,1%	22,2%	22,2%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento 1	1	13	3	8	26
		% dentro de Titulación 3,8%	3,8%	50,0%	11,5%	30,8%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento 0	12	57	26	34	129
		% dentro de Titulación ,0%	9,3%	44,2%	20,2%	26,4%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento 0	2	7	1	4	14
		% dentro de Titulación ,0%	14,3%	50,0%	7,1%	28,6%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento 0	0	5	3	1	9
		% dentro de Titulación ,0%	,0%	55,6%	33,3%	11,1%	100,0%
No contesta	Recuento 0	0	2	0	0	2	
	% dentro de Titulación ,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento 0	1	19	3	6	29	
	% dentro de Titulación ,0%	3,4%	65,5%	10,3%	20,7%	100,0%	
Total	Recuento 12	53	290	113	145	613	
	% dentro de Titulación 2,0%	8,6%	47,3%	18,4%	23,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la edad de los sujetos y de la misma manera que ocurría en la cuestión anterior (Contagio del VIH), las diferencias entre los distintos intervalos de edades no son significativas como se aprecia en las tablas 96 y 97.

470

Conocimientos, representaciones y actitudes de estudiantes de titulaciones educativas sobre el VIH/SIDA

Tabla 96. Contingencia entre la Edad y la Felación.

		Cuando se practica una felación con una persona con VIH/SIDA:					Total	
		Valor es perdidos	no hay riesgo de contagio porque no hay penetración	el riesgo mayor se produce para quien recibe la eyaculación en la boca	el riesgo mayor es para el sujeto al que le están practicando la felación	N.S. o N.C.		
Edad_test	21 años o menos	Recuento	8	15	75	31	40	169
		% dentro de Edad_test	4,7%	8,9%	44,4%	18,3%	23,7%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	0	13	77	28	45	163
		% dentro de Edad_test	,0%	8,0%	47,2%	17,2%	27,6%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	0	9	70	26	33	138
		% dentro de Edad_test	,0%	6,5%	50,7%	18,8%	23,9%	100,0%
Mayor de 25 años	Recuento	1	15	56	24	23	119	
	% dentro de Edad_test	,8%	12,6%	47,1%	20,2%	19,3%	100,0%	
Total	Recuento	9	52	278	109	141	589	
	% dentro de Edad_test	1,5%	8,8%	47,2%	18,5%	23,9%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 97. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y la Felación.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,194 ^a	12	,035
Razón de verosimilitudes	22,645	12	,031
Asociación lineal por lineal	,021	1	,886
N de casos válidos	589		

a. 4 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,82.

Fuente: Elaboración propia.

☑ **Transmisión horizontal.**

En el Capítulo 1 de este trabajo de investigación, se habló extensamente sobre las vías de transmisión posibles, entre ellas la horizontal, entendiendo esta como la transmisión del VIH o de otra enfermedad infecciosa de una persona a otra, con la excepción de que se contagie de uno de los padres biológicos a un hijo (transmisión vertical). La transmisión horizontal se puede dar durante las relaciones sexuales a través del semen, flujo vaginal o sangre, o también debido al uso compartido de jeringuillas o agujas (AIDS Info, 2014). Este ítem tiene una dificultad alta y éramos conscientes de ello, ya que tanto los expertos consultados en la materia como los resultados obtenidos en la prueba piloto, visionaban los datos que podíamos obtener con la totalidad de la muestra. De esta forma, y como se puede consultar en la tabla 98, el 43,9% de los encuestados contestan que no saben qué significan la transmisión horizontal.

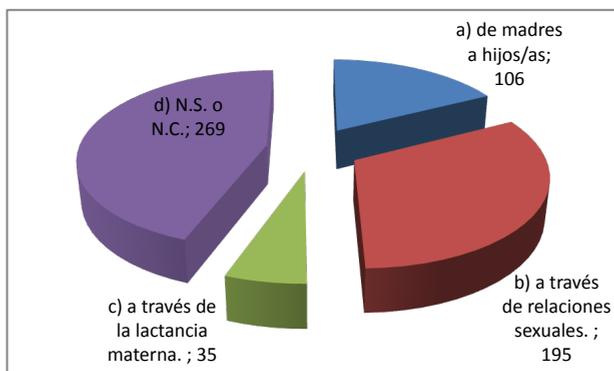
Se decidió no eliminar este ítem de nuestro cuestionario final porque, entre otros aspectos, pretendemos identificar el perfil del alumnado con altos conocimientos en la materia, para saber a qué es debido y reconocer aquellas actuaciones educativas que han servido para que esas personas tengan una cualificación mayor al respecto.

En nuestra muestra, el 31,8% de los sujetos o lo que es lo mismo, 195 personas, escogieron la opción correcta (b. a través de las relaciones sexuales). Ver tabla 98 y gráfico 23.

Tabla 98. Transmisión horizontal.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	8	1,3	1,3	1,3
	de madres a hijos/as	106	17,3	17,3	18,6
	a través de relaciones sexuales	195	31,8	31,8	50,4
	a través de la lactancia materna.	35	5,7	5,7	56,1
	N.S. o N.C.	269	43,9	43,9	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 29. Transmisión horizontal.



Fuente: Elaboración propia.

Nos interesa saber si ese 31,8 % de la muestra que ha elegido la opción correcta, pertenece a alguno de los dos sexos o titulación. Si se observa la tabla 99 con detalle, vemos como el 40,5% de hombres ha elegido la opción correcta (c. a través de relaciones sexuales), mientras que el porcentaje de mujeres que escogen esa opción es un 30%. El número de mujeres que ha elegido una opción incorrecta o la opción «No sé, no contesto», es superior al de hombres en esas mismas respuestas.

Tabla 99. Contingencia entre el Sexo y la Transmisión horizontal.								
		Cuando hablamos de transmisión horizontal, nos referimos al contagio que se produce:					Total	
		Valores perdidos	de madres a hijos/as	a través de relaciones sexuales	a través de la lactancia materna.	N.S. o N.C.		
Sexo	Valores perdidos	Recuento	2	2	1	0	1	6
		% dentro de Sexo	33,3%	33,3%	16,7%	,0%	16,7%	100,0%
	Mujer	Recuento	5	89	149	30	223	496
		% dentro de Sexo	1,0%	17,9%	30,0%	6,0%	45,0%	100,0%
	Hombre	Recuento	1	15	45	5	45	111
		% dentro de Sexo	,9%	13,5%	40,5%	4,5%	40,5%	100,0%
Total		Recuento	8	106	195	35	269	613
		% dentro de Sexo	1,3%	17,3%	31,8%	5,7%	43,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Una vez identificadas diferencias en relación al sexo de los sujetos, procederemos a correlacionar las respuestas dadas con las titulaciones estudiadas. En la tabla 100, se indica una constante que se repite en otros ítems, y es el hecho de que los estudiantes de tercero de la Diplomatura de Educación social, así como los del Máster de Educación Intercultural tienen los mayores porcentajes en la respuesta correctas en contraposición a las Diplomatura de Educación Primaria y Educación Física, que han obtenido los peores resultados en esa respuesta.

		Tabla 100. Contingencia entre la Titulación y la Transmisión horizontal.						
		Cuando hablamos de transmisión horizontal, nos referimos al contagio que se produce:					Total	
		Perdidos	de madres a hijos/as	a través de relaciones sexuales	a través de la lactancia materna.	N.S. o N.C.		
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	4	45	54	7	59	169
		% dentro de Titulación	2,4%	26,6%	32,0%	4,1%	34,9%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	1	1	1	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	1	13	32	6	52	104
		% dentro de Titulación	1,0%	12,5%	30,8%	5,8%	50,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	2	12	21	4	52	91
		% dentro de Titulación	2,2%	13,2%	23,1%	4,4%	57,1%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	1	3	0	6	10
		% dentro de Titulación	,0%	10,0%	30,0%	,0%	60,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	4	7	1	15	27
		% dentro de Titulación	,0%	14,8%	25,9%	3,7%	55,6%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	0	4	10	2	10	26
		% dentro de Titulación	,0%	15,4%	38,5%	7,7%	38,5%	100,0%
	Diplomatura en Psicopedagogía	Recuento	1	21	41	7	59	129
		% dentro de Titulación	,8%	16,3%	31,8%	5,4%	45,7%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	1	6	3	4	14
		% dentro de Titulación	,0%	7,1%	42,9%	21,4%	28,6%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	0	1	3	0	5	9
		% dentro de Titulación	,0%	11,1%	33,3%	,0%	55,6%	100,0%
	No contesta	Recuento	0	0	0	1	1	2
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	4	17	3	5	29
		% dentro de Titulación	,0%	13,8%	58,6%	10,3%	17,2%	100,0%
Total		Recuento	8	106	195	35	269	613
		% dentro de Titulación	1,3%	17,3%	31,8%	5,7%	43,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Mientras que en otros ítems era clara la relación entre preguntas correctas y mayor edad de los sujetos, en esta cuestión no existe una correlación significativa como se puede consultar en la tabla 101 y 102, oscilando los porcentajes entre el 26% y 37% de respuestas correctas en los intervalos.

Tabla 101. Contingencia entre la Edad y la Transmisión horizontal.

			Cuando hablamos de transmisión horizontal, nos referimos al contagio que se produce:					Total
			Valores perdidos	de madres a hijos/as	a través de relaciones sexuales	a través de la lactancia materna.	N.S. o N.C.	
Edad_test	21 años o menos	Recuento % dentro de Edad_test	3 1,8%	33 19,5%	51 30,2%	9 5,3%	73 43,2%	169 100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento % dentro de Edad_test	1 ,6%	27 16,6%	61 37,4%	10 6,1%	64 39,3%	163 100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento % dentro de Edad_test	2 1,4%	23 16,7%	37 26,8%	7 5,1%	69 50,0%	138 100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento % dentro de Edad_test	0 ,0%	20 16,8%	37 31,1%	8 6,7%	54 45,4%	119 100,0%
Total		Recuento % dentro de Edad_test	6 1,0%	103 17,5%	186 31,6%	34 5,8%	260 44,1%	589 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 102. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y la Transmisión horizontal.

	Valor	Gl	Sig. asíntótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,538 ^a	12	,742
Razón de verosimilitudes	9,521	12	,658
Asociación lineal por lineal	1,494	1	,222
N de casos válidos	589		

a. 4 casillas (20,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,21.

Fuente: Elaboración propia.

☑ Transmisión vertical.

En el Capítulo 1 de este trabajo de investigación, se habló también de la transmisión vertical pero, a modo de recordatorio diremos que, la transmisión vertical o materno-infantil se refiere al proceso de transmisión del virus de una madre seropositiva a su hijo durante el embarazo, el parto o por la lactancia materna (AIDS Info, 2014). Si tenemos en cuenta las recomendaciones terminológicas de ONUSIDA (2007) sabremos que algunas veces se utiliza el término transmisión vertical para indicar la transmisión de un patógeno como el VIH de la madre al feto o bebé durante el embarazo o parto, pero que puede ser utilizada de igual modo para referirse a la transmisión genética de características.

En las siguientes líneas, se puede observar como diversos estudiantes intervinientes en el grupo de discusión, tienen dudas sobre la cuestión que se trata en este apartado:

«Porque si el portador nace entonces pienso que se deberían tomar las medidas oportunas. Cuando esa persona nace, si hablamos que se hace con el tiempo ya es diferente pero si es cuando nace...Se tendría que saber ¿no?» Sujeto 6.

«¿Qué si el portador nace o es durante su vida cuando porta el virus?» Sujeto 6.

«Yo no lo sé primero eres portador y luego tienes la enfermedad o...» Sujeto 8.

«Sí es posible porque la madre puede ser portadora y se lo pase a su hijo». Sujeto 8.

Cuando la moderadora pregunta si la madre no tiene VIH, si podría existir riesgo de contagio, los debatientes expresan:

«¿Puede ser de un factor externo? Como desde que nace no sé a lo mejor algo que tenga en el quirófano o que...». Sujeto 8.

«Yo por ejemplo no sé, si el padre tuviese el virus a lo mejor puede trasmitírselo directamente al bebé y no tiene porqué afectar a la madre». Sujeto 3.

«Eso es genética». Sujeto 5.

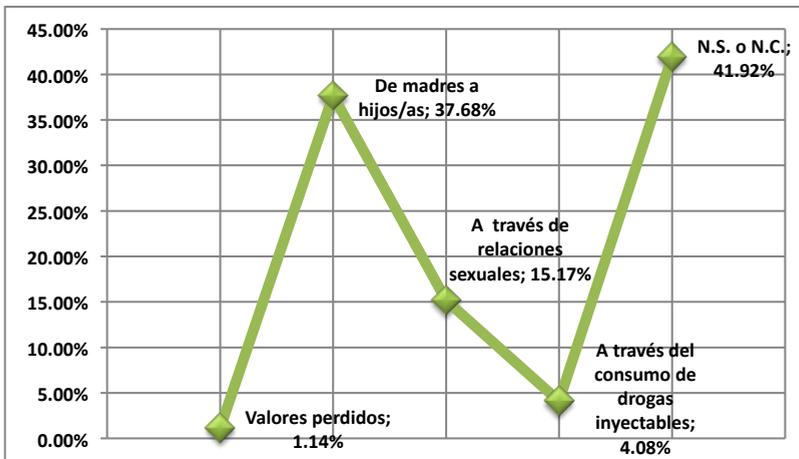
En relación a las respuestas obtenidas en el cuestionario, el porcentaje de estudiantes que han contestado que no saben el significado del término transmisión vertical se eleva al 41,9% -resultado parecido al que contestaba lo mismo cuando nos preguntábamos sobre la transmisión horizontal-, sin embargo, el porcentaje de estudiantes que han escogido la opción correcta es levemente superior al de la cuestión anterior, 37,7% de aciertos frente al 31,8% de los que contestaron correctamente qué era la transmisión horizontal. Este dato era esperable ya que los resultados de la prueba pretest ya nos indicó que el nivel de dificultad era más bajo que el de la pregunta anterior, siendo más familiar el término vertical para un grupo más numeroso de estudiantes y teniendo un nivel de dificultad medio. Ver tabla 104 y gráfica 24.

Tabla 103. Transmisión vertical.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Valores perdidos	7	1,1	1,1	1,1
	De madres a hijos/as	231	37,7	37,7	38,8
	A través de relaciones sexuales	93	15,2	15,2	54,0
	A través del consumo de drogas inyectables	25	4,1	4,1	58,1
	N.S. o N.C.	257	41,9	41,9	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 30. Transmisión vertical.



Fuente: *Elaboración propia.*

Nos interesa saber si ese 37,7 % de la muestra que ha elegido la opción correcta, pertenece a alguno de los dos sexos o titulación. Si se observa la tabla 105 con detalle, vemos como el 44,1% de hombres ha elegido la opción correcta (a. de madres a hijos/as), mientras que el porcentaje de mujeres que escogen esa opción es un 36,3%. El número de mujeres que ha elegido una opción incorrecta o la opción «No sé, no contesto», es superior al de hombres en esas mismas respuestas. Este hecho también ocurría en ítem planteado sobre la transmisión vertical, mientras que en la pregunta anterior había una diferencia de 10 puntos entre los dos sexos, en la cuestión que planteamos ahora, la diferencia existente es de 8 puntos.

Tabla 104. Contingencia entre el Sexo y la Transmisión vertical.

		Cuando hablamos de transmisión vertical, nos referimos al contagio que se produce:					Total
		Valores perdidos	de madres a hijos/as	a través de relaciones sexuales	a través del consumo de drogas inyectables	N.S. o N.C.	
Sexo	Valores perdidos	2	2	1	0	1	6
	% dentro de Sexo	33,3%	33,3%	16,7%	,0%	16,7%	100,0%
Mujer	Recuento	5	180	75	22	214	496
	% dentro de Sexo	1,0%	36,3%	15,1%	4,4%	43,1%	100,0%
Hombre	Recuento	0	49	17	3	42	111
	% dentro de Sexo	,0%	44,1%	15,3%	2,7%	37,8%	100,0%
Total	Recuento	7	231	93	25	257	613
	% dentro de Sexo	1,1%	37,7%	15,2%	4,1%	41,9%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Una vez identificadas diferencias en relación al sexo de los sujetos, procederemos a correlacionar las respuestas dadas con las titulaciones estudiadas. En la tabla 106, se indica una constante que se repite en otros ítems, con datos similares al ítem anterior estudiado. Los estudiantes de tercero de la Diplomatura de Educación social, así como los del Máster de Educación Intercultural tienen los mayores porcentajes en la respuesta correctas en contraposición a las Diplomatura de Educación Primaria y Educación Física, que han obtenido los peores resultados en esa respuesta.

		Tabla 105. Contingencia entre la Titulación y la Transmisión vertical.					Total	
		Cuando hablamos de transmisión vertical, nos referimos al contagio que se produce:						
		Valores perdidos	de madres a hijos/as	a través de relaciones sexuales	a través del consumo de drogas inyectables	N.S. o N.C.		
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	3	67	31	9	59	169
		% dentro de Titulación	1,8%	39,6%	18,3%	5,3%	34,9%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	2	0	0	1	3
		% dentro de Titulación	,0%	66,7%	,0%	,0%	33,3%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	1	37	10	5	51	104
		% dentro de Titulación	1,0%	35,6%	9,6%	4,8%	49,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	2	20	15	2	52	91
		% dentro de Titulación	2,2%	22,0%	16,5%	2,2%	57,1%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	4	1	0	5	10
		% dentro de Titulación	,0%	40,0%	10,0%	,0%	50,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	8	6	1	12	27
		% dentro de Titulación	,0%	29,6%	22,2%	3,7%	44,4%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	0	9	6	1	10	26
		% dentro de Titulación	,0%	34,6%	23,1%	3,8%	38,5%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	1	48	19	7	54	129
		% dentro de Titulación	,8%	37,2%	14,7%	5,4%	41,9%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	9	1	0	4	14
		% dentro de Titulación	,0%	64,3%	7,1%	,0%	28,6%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	0	4	1	0	4	9
		% dentro de Titulación	,0%	44,4%	11,1%	,0%	44,4%	100,0%
	No contesta	Recuento	0	1	0	0	1	2
		% dentro de Titulación	,0%	50,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	22	3	0	4	29
		% dentro de Titulación	,0%	75,9%	10,3%	,0%	13,8%	100,0%
Total		Recuento	7	231	93	25	257	613
		% dentro de Titulación	1,1%	37,7%	15,2%	4,1%	41,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 106. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la Transmisión vertical.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	51,519 ^a	44	,203
Razón de verosimilitudes	55,866	44	,108
Asociación lineal por lineal	3,330	1	,068
N de casos válidos	613		

a. 38 casillas (63,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Fuente: Elaboración propia.

Mientras que en otros ítems era clara la relación entre preguntas correctas y mayor edad de los sujetos, en esta cuestión no existe una correlación significativa como se puede consultar en la tabla 108 y 109, oscilando los porcentajes correctos en los intervalos, entre el 32% y 42%.

Tabla 107. Contingencia entre la Edad y la Transmisión vertical.

			Cuando hablamos de transmisión vertical, nos referimos al contagio que se produce:					Total
			Valores perdidos	de madres a hijos/as	a través de relaciones sexuales	a través del consumo de drogas inyectables	N.S. o N.C.	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	3	62	29	4	71	169
		% dentro de Edad_test	1,8%	36,7%	17,2%	2,4%	42,0%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	0	64	24	9	66	163
		% dentro de Edad_test	,0%	39,3%	14,7%	5,5%	40,5%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	2	45	19	8	64	138
		% dentro de Edad_test	1,4%	32,6%	13,8%	5,8%	46,4%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	0	51	17	2	49	119
		% dentro de Edad_test	,0%	42,9%	14,3%	1,7%	41,2%	100,0%
Total		Recuento	5	222	89	23	250	589
		% dentro de Edad_test	,8%	37,7%	15,1%	3,9%	42,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Enfermos con SIDA.

En el ítem que trataremos a continuación, pretendíamos conocer el número de alumnos/as que puede llegar a tener un conocimiento más exhaustivo sobre la enfermedad del SIDA. En la prueba piloto, pudimos observar como dicha cuestión tenía un grado de dificultad alta. Queríamos conocer, el perfil de estudiantes que sabe el significado de la palabra SIDA y el por qué esta enfermedad puede producir la muerte de la persona que la padece.

Antes de empezar a describir los resultados obtenidos en esta pregunta, repasaremos brevemente el concepto de SIDA explicado en el Capítulo 1

de esta investigación. Según ONUSIDA (2007), el SIDA es un síndrome de inmunodeficiencia adquirida siendo una enfermedad letal, causada por el VIH (el virus de la inmunodeficiencia humana). Este virus destruye la capacidad del organismo para combatir la infección y la enfermedad, lo que al final puede llevar a la muerte. No obstante, en la actualidad, los medicamentos antirretrovíricos o antirretrovirales hacen más lenta la reproducción vírica y pueden mejorar mucho la calidad de vida, pero no eliminan la infección por el VIH. Es por lo tanto el término SIDA, un término de vigilancia que define un síndrome de infecciones y enfermedades oportunistas que pueden desarrollarse cuando se acentúa la inmunosupresión y se desencadena el proceso continuo de la infección por el VIH de infección primaria a la muerte.

Cuando nos referimos a enfermedades o infecciones oportunistas, de las que ya hablamos con más detalle en el Capítulo 1, nos referimos a las enfermedades causadas por diversos microorganismos, algunos de los cuales no causan enfermedad en personas con el sistema inmunitario saludable, tales como infecciones oportunistas en los pulmones, el cerebro, los ojos y otros órganos (ONUSIDA, 2007).

La misma Guía de Orientaciones Terminológicas (ONUSIDA, 2007), advierte que, si el SIDA se describe como «una enfermedad incurable, mortal» (p.8), puede crear mucho temor y solo sirve para aumentar el estigma y la discriminación. Sin embargo cuando ha sido descrito como «una enfermedad crónica, tratable, similar a la hipertensión o diabetes»(p.8),, puede llevar a las personas a creer que no es tan serio como pensaban.

Por lo tanto, y para evitar los hechos de los que nos advierte la anterior guía, los profesionales de la educación deberán ofrecer a los preadolescentes y adolescentes con los que trabajan una definición clara y concreta para que se ciñan a la realidad actual, expresando que en nuestro país -en el

cual no hay grandes dificultades para acceder al tratamiento- una persona que tenga el VIH no tiene por qué desarrollar el SIDA, convirtiéndose con la administración farmacológica correcta y adecuada -y siempre que se tenga adherencia al tratamiento- en una infección crónica. Se debe además transmitir que, en la actualidad, continúan muriendo a causa de las enfermedades oportunistas las personas que no acceden al tratamiento, de ahí el reto de organizaciones internacionales como ONUSIDA en conseguir el acceso universal.

Se ha preguntado en el grupo de discusión sobre este hecho, para valorar el conocimiento cabal que tiene sobre la enfermedad y los motivos de que las personas que las padezcan puedan fallecer:

«Yo he escuchado que no se puede decir SIDA que lo que te hace que tus defensas y todo pues te lo van quitando». Sujeto 8.

«Te mueres de lo que te provoca». Sujeto 5.

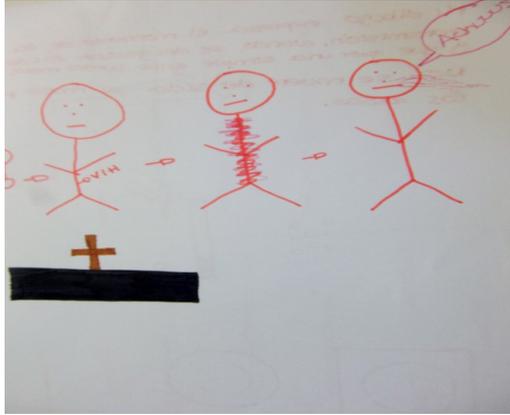
«A causa del SIDA estás más expuesto a enfermedades que...»Sujeto 6.

«A ti con una gripe puedes estar una semana en la cama y una persona con SIDA pues le afecta más». Sujeto 8.

«La gente dice se ha muerto de SIDA pero en verdad no... »Sujeto 5.

En el siguiente dibujo, la autora (mujer de 23 años), expresa como un individuo se contagia del VIH, debido a ello, su organismo se resiente y aparece después el mismo individuo estornudando. La relación que hace la autora termina con el ataúd, significando la muerte de la persona.

Ilustración 91 Dib.32-M23.



Si se observa la tabla 108 y el gráfico 31, sólo un 12,1% de la muestra ha elegido la opción correcta, es decir, que una persona que padece SIDA puede fallecer por alguna de las enfermedades oportunistas.

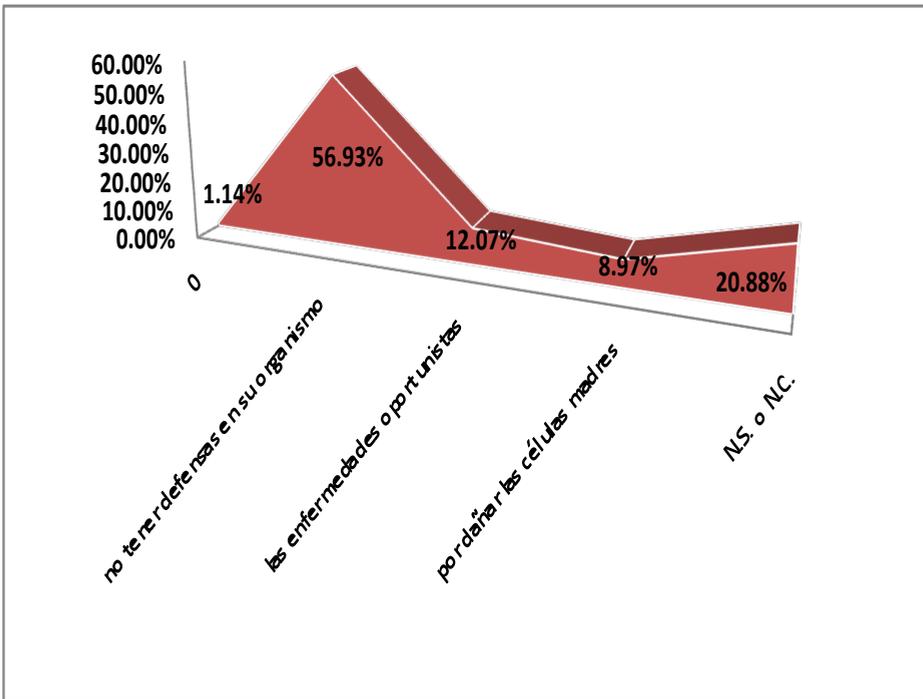
Más de la mitad de los sujetos (56,9%) ha seleccionado la opción a (no tener defensas en sus organismos), lo que llega a ultimar que, aún teniendo información sobre la enfermedad y la infección, no se puede decir que sea completa y profunda, ya que las personas con SIDA no mueren por no tener defensas en su organismos, sino debido a la inmunodepresión de éste, ya que son propensos a desarrollar enfermedades oportunistas. Era esperable obtener unos resultados negativos en esta cuestión, ya que como en la prueba piloto obtuvimos esos resultados, y las valoraciones de los expertos nos indicaban la complejidad del ítem. La pregunta tenía una dificultad alta y se ha demostrado, siendo la pregunta con mayor dificultad de las 13 preguntas planteadas en el test de conocimiento. Sin embargo, se justifica la presencia de esta pregunta en nuestro test, en el hecho de que se pretendía conocer la representatividad de un alumnado más cualificado en esta temática y los datos nos demuestran que el 12,1% tienen esa información completa.

Tabla 108. Enfermo SIDA.

		Un sujeto enfermo de SIDA puede fallecer por:			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	7	1,1	1,1	1,1
	no tener defensas en su organismo	349	56,9	56,9	58,1
	las enfermedades oportunistas	74	12,1	12,1	70,1
	por dañar las células madres	55	9,0	9,0	79,1
	N.S. o N.C.	128	20,9	20,9	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 31. Enfermo SIDA.



Fuente: Elaboración propia.

Una vez procesados los datos y correlacionados con el sexo y la titulación de los encuestados, observamos que no existen diferencias significativas con respecto al sexo de los sujetos (tablas 109 y 110), siendo similar el porcentaje de hombres (14,4%) como de mujeres (11,7%), los estudiantes que eligen la opción correcta.

Similares son los datos hallados cuando relacionamos los resultados obtenidos y la titulación de los sujetos, así observamos como la respuesta correcta ha sido elegida en todas las titulaciones en torno a un 13% y 18%, a excepción del Máster de Educación Secundaria que tiene un porcentaje superior de aciertos (33%). Ver tablas 111 y 112.

Tabla 109. Contingencia Sexo y Enfermo SIDA.								
			Un sujeto enfermo de SIDA puede fallecer por:					Total
			0	no tener defensas en su organismo	las enfermedades oportunistas	por dañar las células madres	N.S. o N.C.	
Sexo	0	Recuento	2	1	0	1	2	6
		% dentro de Sexo	33,3%	16,7%	,0%	16,7%	33,3%	100,0%
	Mujer	Recuento	5	283	58	46	104	496
		% dentro de Sexo	1,0%	57,1%	11,7%	9,3%	21,0%	100,0%
	Hombre	Recuento	0	65	16	8	22	111
		% dentro de Sexo	,0%	58,6%	14,4%	7,2%	19,8%	100,0%
Total		Recuento	7	349	74	55	128	613
		% dentro de Sexo	1,1%	56,9%	12,1%	9,0%	20,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 110. Pruebas de chi-cuadrado Sexo y Enfermo SIDA.			
	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,183 ^a	8	,000
Razón de verosimilitudes	17,877	8	,022
Asociación lineal por lineal	,110	1	,740
N de casos válidos	613		

a. 6 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

Fuente: Elaboración propia.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 111. Contingencia entre la Titulación y el Enfermo de SIDA.

Titulación			Un sujeto enfermo de SIDA puede fallecer por:				Total
			no tener defensas en su organismo	las enfermedades oportunistas	por dañar las células madres	N.S. o N.C.	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	100	23	15	29	169
		% dentro de Titulación	59,2%	13,6%	8,9%	17,2%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	2	0	0	1	3
		% dentro de Titulación	66,7%	,0%	,0%	33,3%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	51	11	7	33	104
		% dentro de Titulación	49,0%	10,6%	6,7%	31,7%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	48	9	12	21	91
		% dentro de Titulación	52,7%	9,9%	13,2%	23,1%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	4	3	1	2	10
		% dentro de Titulación	40,0%	30,0%	10,0%	20,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	16	5	2	4	27
		% dentro de Titulación	59,3%	18,5%	7,4%	14,8%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	17	3	3	2	26
		% dentro de Titulación	65,4%	11,5%	11,5%	7,7%	100,0%
	Diplomatura en Psicopedagogía	Recuento	78	10	11	29	129
	% dentro de Titulación	60,5%	7,8%	8,5%	22,5%	100,0%	
Máster en Educación Intercultural	Recuento	8	2	2	2	14	
	% dentro de Titulación	57,1%	14,3%	14,3%	14,3%	100,0%	
Máster en Secundaria	Recuento	5	3	0	1	9	
	% dentro de Titulación	55,6%	33,3%	,0%	11,1%	100,0%	
no contesta	Recuento	1	1	0	0	2	
	% dentro de Titulación	50,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento	19	4	2	4	29	
	% dentro de Titulación	65,5%	13,8%	6,9%	13,8%	100,0%	
Total	Recuento	349	74	55	128	613	
	% dentro de Titulación	56,9%	12,1%	9,0%	20,9%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 112. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Enfermo del SIDA.

	Valor	Gf	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,884 ^a	44	,803
Razón de verosimilitudes	35,525	44	,815
Asociación lineal por lineal	,888	1	,346
N de casos válidos	613		

a. 35 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a los resultados obtenidos según la edad de los sujetos, sí se debe exponer, y tal como ha ocurrido en otras cuestiones, son los mayores de 25 años los que obtienen mejores resultados en la respuesta correcta (b. las enfermedades oportunistas). Si se observa el siguiente cuadro podemos ver como a medida que aumenta la edad de los encuestados, mayor es el porcentaje de personas que eligen la opción correcta, y tal y como decimos, mientras que sólo el 9,5% de los menores de 21 años ha elegido la opción b, el 16,8% de los mayores de 25 años, ha seleccionado esta opción.

Tabla 113. Contingencia entre la Edad y Enfermo de SIDA.

			Un sujeto enfermo de SIDA puede fallecer por:					Total
			Perdidos	no tener defensas en su organismo	las enfermedades oportunistas	por dañar las células madres	N.S. o N.C.	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	3	95	16	18	37	169
		% dentro de Edad_test	1,8%	56,2%	9,5%	10,7%	21,9%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	1	94	19	19	30	163
		% dentro de Edad_test	,6%	57,7%	11,7%	11,7%	18,4%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	0	71	14	14	39	138
		% dentro de Edad_test	,0%	51,4%	10,1%	10,1%	28,3%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	0	78	20	3	18	119
		% dentro de Edad_test	,0%	65,5%	16,8%	2,5%	15,1%	100,0%
Total		Recuento	4	338	69	54	124	589
		% dentro de Edad_test	,7%	57,4%	11,7%	9,2%	21,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

☑ Carga viral.

488

Cuando hablamos de carga viral, nos referimos a la concentración de VIH en sangre, es decir, el número de copias del ARN del VIH por milímetro de sangre. Como consecuencia, al decir indetectable nos referimos a un estado en que la concentración del VIH en la sangre es demasiado baja para ser detectada mediante la prueba de carga viral. Los medicamentos antirretrovirales pueden reducir la carga viral de una persona y hacerla indetectable en la pruebas; sin embargo, este hecho no significa que la persona no esté infectada por VIH, ya que una concentración del virus se mantiene en forma de reservorios del virus latente. Esto explica por qué es necesario tomar todas las medidas preventivas posibles para evitar la infección a otras personas.

Cuanto mayor sea la carga viral, mayor probabilidad de transmitir el virus si comparamos con una persona que gracias al tratamiento antirretroviral, tiene su carga viral baja o indetectable. Éramos conscientes de que se trataba de un ítem de dificultad media/alta, gracias a los resultados de la prueba piloto y la valoración de expertos. No obstante, y como ocurría en otros ítems de la misma dificultad, se acordó que era necesario realizar esta pregunta para poder identificar si había algún grupo de personas, que gracias a una formación más específica o un mayor grado de información, eran conocedores de este concepto que se suele explicar en todas las sesiones informativas o folletos sobre la enfermedad. Si se tiene una formación básica sobre el VIH porque se haya acudido a una conferencia, simposio, jornadas o bien, se hay leído algún documento informativo sobre el VIH/SIDA, se habla sobre el significado de la carga viral. Un claro ejemplo de lo que decimos, es el famoso folleto informativo Entre nosotros: usa el preservativo. ¡No sin él!, realizado por el Ministerio de Sanidad y Consumo en el 2009 y en colaboración de varios colectivos que luchan por los derechos de gais, lesbianas y transexuales y en el que como podremos

ver en las imágenes siguientes, se ofrece información básica sobre el virus y su diferencia con la enfermedad, las vías de transmisión, las relaciones sexuales buco-genitales, la prueba del VIH, la profilaxis post exposición y la carga viral de los sujetos (Anexo 31).

489

Ilustración 92: Folleto informativo «No sin él».



CARGA VIRAL

La reducción de la carga viral como consecuencia del tratamiento reduce la transmisibilidad del VIH pero no elimina el riesgo de infectarte o transmitir el VIH. Por tanto, una carga viral indetectable no significa que el VIH haya desaparecido del organismo. Además, que la carga viral sea indetectable en sangre no significa que también lo sea en semen, dando lugar a situaciones de falsa seguridad.

PRUEBA DEL VIH

En los últimos años ha aumentado el número de personas que viven con el VIH sin saberlo. Esto les impide ser conscientes del riesgo para sí mismas y para sus parejas sexuales, además de poder beneficiarse del tratamiento antirretroviral.

La única forma fiable de saber si estás o no infectado por el VIH es haciéndote la prueba del VIH.

estás corriendo un riesgo grave si no usáis preservativo.

PROFILAXIS POST EXPOSICIÓN (PPE)

Si eres VIH negativo y de forma excepcional has tenido sexo no seguro, por ejemplo, haber sido penetrado con eyacuación por un hombre VIH positivo sin preservativo o con rotura del mismo, es importante que sepas que existe un tratamiento con fármacos antirretrovirales que puede reducir el riesgo de infección por el VIH. Puede haber otras situaciones en las que la profilaxis deba considerarse y en cualquier caso, cada situación debe ser analizada de forma individualizada.

Este tratamiento dura 28 días, no garantiza que la infección no se produzca y puede tener riesgos y efectos secundarios para la salud. Debe iniciarse lo antes posible, preferiblemente antes de transcurridas 6 horas, y siempre antes de 72 horas tras la práctica con riesgo.

tenemos el derecho y la responsabilidad de usar el preservativo en nuestras relaciones sexuales.

Asume la responsabilidad del cuidado de tu salud. No esperes que otros la asuman por ti.

RECUERDA



Fuente: Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (2013).

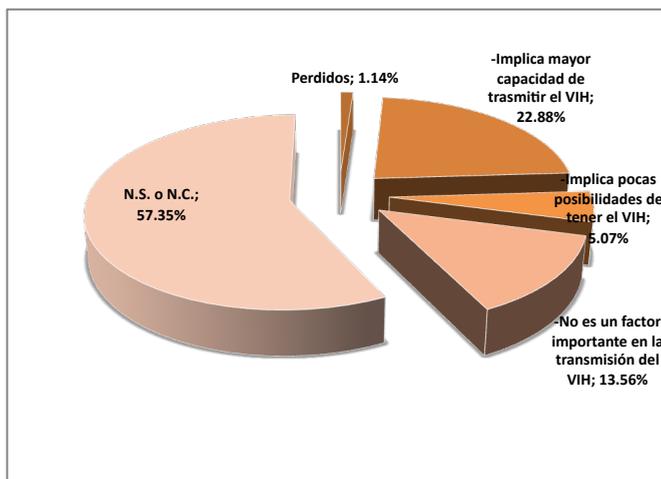
Por lo anteriormente expuesto, entendemos que si un estudiante maneja esa información porque ha acudido a alguna sesión formativa o porque tiene documentación al respecto, debe observarse en los resultados del ítem. De la misma manera que cuando preguntábamos por la transmisión horizontal o por la vertical, la opción más numerosa es «No sé, no contesto» con un 57,4%, sin embargo, el porcentaje de los estudiantes que han contestado correctamente es de un 22%, cifra más elevada si lo comparamos con el resto de ítems de dificultad media/alta. Con ello queremos

decir que, 140 personas conocen esa información, o lo que es lo mismo, el 22,8% del alumnado al que hemos preguntado tiene una información completa y exhaustiva sobre esta cuestión por lo que se presume que está por encima de la media en cuanto a conocimientos sobre el VIH/SIDA. Ver tabla 114 y gráfico 32.

Tabla 114. Carga viral.		Mucha carga viral en un sujeto:			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	7	1,1	1,1	1,1
	-Implica mayor capacidad de transmitir el VIH	140	22,8	22,9	24,0
	-Implica pocas posibilidades de tener el VIH	31	5,1	5,1	29,1
	-No es un factor importante en la transmisión del VIH	83	13,5	13,6	42,6
	N.S. o N.C.	351	57,3	57,4	100,0
Total		612	99,8	100,0	
Perdidos	Sistema	1	,2		
Total		613	100,0		

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 32. Carga viral.



Fuente: Elaboración propia.

Como viene siendo habitual, se ha relacionado los datos obtenidos en cada una de las respuestas con el sexo de los sujetos de nuestra muestra, sin encontrar diferencias significativas tal como se puede consultar en las tablas 115 y 116.

Tabla 115. Contingencia entre el Sexo y la Carga viral.

			Mucha carga viral en un sujeto:					Total
			Perdidos	implica mayor capacidad de transmitir el VIH	implica pocas posibilidades de tener el VIH	no es un factor importante en la transmisión del VIH	N.S. o N.C.	
Sexo	Perdidos	Recuento	2	1	1	0	2	6
		% dentro de Sexo	33,3%	16,7%	16,7%	,0%	33,3%	100,0%
	Mujer	Recuento	5	117	19	72	282	495
		% dentro de Sexo	1,0%	23,6%	3,8%	14,5%	57,0%	100,0%
	Hombre	Recuento	0	22	11	11	67	111
		% dentro de Sexo	,0%	19,8%	9,9%	9,9%	60,4%	100,0%
Total		Recuento	7	140	31	83	351	612
		% dentro de Sexo	1,1%	22,9%	5,1%	13,6%	57,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 116. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Carga viral.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	67,639 ^a	8	,000
Razón de verosimilitudes	23,637	8	,003
Asociación lineal por lineal	1,523	1	,217
N de casos válidos	612		

a. 6 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

Fuente: Elaboración propia.

En las tablas 117 y 118 se exponen los resultados obtenidos en relación a la titulación de los sujetos y se observa como la correlación es significativa. La titulación que tiene mayor porcentaje a la hora de elegir la opción correcta sigue siendo el alumnado del Máster en Educación Intercultural (42,9 %) seguido de Grado en Educación Social (32,7 %) y el Máster en Secundaria (33,3 %), y son los mayores de 25 años, el grupo de personas que mayor porcentaje tiene en la opción correcta (28%) tal como se observa en la tabla 119.

Tabla 117. Contingencia entre la Titulación y la Carga viral.

			Mucha carga viral en un sujeto:				Total	
			Perdidos	implica mayor capacidad de transmitir el VIH	implica pocas posibilidades de tener el VIH	no es un factor importante en la transmisión del VIH		N.S. o N.C.
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	3	55	8	27	75	168
		% dentro de Titulación	1,8%	32,7%	4,8%	16,1%	44,6%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	0	1	2	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	33,3%	66,7%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	1	24	1	13	65	104
		% dentro de Titulación	1,0%	23,1%	1,0%	12,5%	62,5%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	1	13	13	9	55	91
		% dentro de Titulación	1,1%	14,3%	14,3%	9,9%	60,4%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	1	0	1	8	10
		% dentro de Titulación	,0%	10,0%	,0%	10,0%	80,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	5	4	5	13	27
		% dentro de Titulación	,0%	18,5%	14,8%	18,5%	48,1%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	1	6	0	6	13	26
		% dentro de Titulación	3,8%	23,1%	,0%	23,1%	50,0%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	1	22	4	13	89	129
		% dentro de Titulación	,8%	17,1%	3,1%	10,1%	69,0%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	6	0	3	5	14
		% dentro de Titulación	,0%	42,9%	,0%	21,4%	35,7%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	0	3	0	0	6	9
		% dentro de Titulación	,0%	33,3%	,0%	,0%	66,7%	100,0%
	No contesta	Recuento	0	0	0	1	1	2
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	5	1	4	19	29
		% dentro de Titulación	,0%	17,2%	3,4%	13,8%	65,5%	100,0%
Total		Recuento	7	140	31	83	351	612
		% dentro de Titulación	1,1%	22,9%	5,1%	13,6%	57,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 118. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la Carga viral.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	70,646 ^a	44	,007
Razón de verosimilitudes	70,144	44	,007
Asociación lineal por lineal	8,356	1	,004
N de casos válidos	612		

a. 36 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,02.

Fuente: Elaboración propia.

493

Tabla 119. Contingencia entre la Edad y la Carga viral.

			Mucha carga viral en un sujeto:					Total
			Perdidos	implica mayor capacidad de transmitir el VIH	implica pocas posibilidades de tener el VIH	no es un factor importante en la transmisión del VIH	N.S. o N.C.	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	3	41	9	24	92	169
		% dentro de Edad_test	1,8%	24,3%	5,3%	14,2%	54,4%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	0	36	6	20	101	163
		% dentro de Edad_test	,0%	22,1%	3,7%	12,3%	62,0%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	0	26	11	17	84	138
		% dentro de Edad_test	,0%	18,8%	8,0%	12,3%	60,9%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	0	33	3	18	64	118
		% dentro de Edad_test	,0%	28,0%	2,5%	15,3%	54,2%	100,0%
Total		Recuento	3	136	29	79	341	588
		% dentro de Edad_test	,5%	23,1%	4,9%	13,4%	58,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Periodo ventana.

Es habitual cuando se lleva a cabo alguna actividad informativa sobre la enfermedad, hablar sobre el significado del periodo ventana. Es una prác-

tica habitual cuando el profesional sanitario entrevista a las persona que acude para informarse sobre las pruebas de detección del VIH, realizar la pregunta sobre la última práctica sexual de riesgo, para valorar este periodo.

494

Se entiende el periodo ventana, al tiempo que ha de transcurrir desde la última práctica de riesgo hasta la prueba de detección de anticuerpos. Nuestro sistema inmune tarda un tiempo en producir los anticuerpos suficientes para que la prueba lo detecte y casi todas las personas lo han generado a los 3 meses desde que se produjo el posible contagio.

En relación a las respuestas ofrecidas por los encuestados, nos encontramos que El 57% elige la opción «no sé, no contesto». Sólo el 15,7% de los sujetos tiene claro que el tiempo del periodo ventana ha de ser 3 meses, lo que nos indica que un 84,5% desconoce ese hecho o tiene una información incorrecta (tabla 120 y gráfico 33).

		Tabla 120. Periodo ventana.			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	11	1,8	1,8	1,8
	una semana	69	11,3	11,3	13,1
	un mes	86	14,0	14,0	27,1
	tres meses	96	15,7	15,7	42,7
	N.S. o N.C.	351	57,3	57,3	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 33. Periodo ventana.



Fuente: *Elaboración propia.*

En las dos tablas siguientes (121 y 122), podemos consultar como los resultados en cada una de las respuestas no correlacionan según el sexo de los sujetos, teniendo los hombres y las mujeres porcentajes similares en cada uno de ellos.

Lo mismo ocurre con respecto a la edad de los sujetos demostrándose en la prueba chi-cuadrado que no se obtiene una correlación significativa, siendo los porcentajes similares en cada uno de los intervalos.

Tabla 121. Contingencia entre el Sexo y el Periodo ventana.

			Periodo ventana.					Total
			0	una semana	un mes	tres meses	N.S. o N.C.	
Sexo	Perdidos	Recuento	2	0	0	2	2	6
		% dentro de Sexo	33,3%	,0%	,0%	33,3%	33,3%	100,0%
	Mujer	Recuento	6	57	69	76	288	496
		% dentro de Sexo	1,2%	11,5%	13,9%	15,3%	58,1%	100,0%
	Hombre	Recuento	3	12	17	18	61	111
		% dentro de Sexo	2,7%	10,8%	15,3%	16,2%	55,0%	100,0%
Total		Recuento	11	69	86	96	351	613
		% dentro de Sexo	1,8%	11,3%	14,0%	15,7%	57,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 122. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Periodo ventana.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,425 ^a	8	,000
Razón de verosimilitudes	14,449	8	,071
Asociación lineal por lineal	,009	1	,923
N de casos válidos	613		

a. 6 casillas (40,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,11.

Fuente: Elaboración propia.

Un hecho significativo es que mientras la mayoría de las titulaciones oscilan entre un 15 y 25% en la respuesta correcta, el Máster de Educación Intercultural contesta en un 42,9% esa opción. Muy por debajo de esta cifra, se encuentran titulaciones que en otros ítems con dificultad han obtenido calificaciones favorables como han sido el Máster de Educación Secundaria y la Diplomatura de Educación Social (tabla 123).

Tabla 123. Contingencia entre la Titulación y el Periodo ventana.

Titulación		Periodo ventana.					Total
		Perdidos	una semana	un mes	tres meses	N.S. o N.C.	
Grado en Educación Social	Recuento	4	33	30	28	74	169
	% dentro de Titulación	2,4%	19,5%	17,8%	16,6%	43,8%	100,0%
Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	1	1	1	3
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	100,0%
Grado en Educación Infantil	Recuento	2	8	12	12	70	104
	% dentro de Titulación	1,9%	7,7%	11,5%	11,5%	67,3%	100,0%
Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	3	5	14	10	59	91
	% dentro de Titulación	3,3%	5,5%	15,4%	11,0%	64,8%	100,0%
Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	0	1	0	9	10
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	10,0%	,0%	90,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Física	Recuento	1	3	2	7	14	27
	% dentro de Titulación	3,7%	11,1%	7,4%	25,9%	51,9%	100,0%
Diplomatura en Educación Especial	Recuento	0	0	2	6	18	26
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	7,7%	23,1%	69,2%	100,0%
Psicopedagogía	Recuento	1	11	18	17	82	129
	% dentro de Titulación	,8%	8,5%	14,0%	13,2%	63,6%	100,0%
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	3	2	6	3	14
	% dentro de Titulación	,0%	21,4%	14,3%	42,9%	21,4%	100,0%
Máster en Secundaria	Recuento	0	1	2	2	4	9
	% dentro de Titulación	,0%	11,1%	22,2%	22,2%	44,4%	100,0%
no contesta	Recuento	0	0	1	0	1	2
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	50,0%	,0%	50,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	5	1	7	16	29
	% dentro de Titulación	,0%	17,2%	3,4%	24,1%	55,2%	100,0%
Total	Recuento	11	69	86	96	351	613
	% dentro de Titulación	1,8%	11,3%	14,0%	15,7%	57,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

☑ Prueba del VIH.

Cada vez son más los países que se suman a la hora de fomentar campañas para sensibilizar que la población se realice la pruebas del VIH. En el informe realizado ONUSIDA en el año 2013, con motivo del día mundial del SIDA, se habla de un 36% de personas que desconocen su estado serológico positivo. Sin embargo, aunque el porcentaje haya descendido levemente, la realidad de que tantas personas con VIH del mundo no conozcan su

estado seropositivo constituye un enorme obstáculo para el control de la pandemia, así como para la preservación de una buena calidad de vida o la probabilidad de frenar el desarrollo de la enfermedad del SIDA en las personas con VIH que no saben que padecen la afección.

El hecho de que la población se concencie de la necesidad de hacerse la prueba del VIH, ha sido uno de los objetivos prioritarios de las distintas organizaciones al respecto, y es por ello, que el día 27 de junio de cada año, se celebra el «Día de la prueba del VIH». Un ejemplo de estas campañas de sensibilización la realizada por el presidente de los EEUU, el 27 de junio de 2013 en el portal web de la Casa Blanca, animara a todos los estadounidenses a realizar dicha prueba como una manera eficaz de luchar contra la epidemia:

«Getting an HIV test is easier and faster than ever. And this past April, the United States Preventive Services Task Force recommended that everyone between the ages of 15 and 65 get screened for HIV as part of their routine health care. That means, under the Affordable Care Act, new health care plans will be required to cover HIV testing without any additional out-of-pocket costs. But more Americans still need to decide to take the test. We know from experience here at home and around the world that HIV testing opens the door to treatment, reduces the spread of the virus, and helps people lead longer, healthier lives» (Barack Obama, 2013).

En nuestro país son numerosas las campañas que se realizan para que la población se anime a llevar a cabo esta prueba aprovechando llevarlas a cabo, los días más señalados (el día anual de la prueba y el día internacional de la respuesta al SIDA). En las siguientes ilustraciones podemos ver algunas de ellas:

Ilustraciones 93, 94, 95, 96. Carteles de distintas campañas españolas para fomentar la realización de las pruebas del VIH.



Campaña de la organización "Apoyo positivo" y "CESIDA" en colaboración con otras instituciones.



Campaña de la organización "Colegas" en colaboración con otras instituciones.



Campaña organizada por "GILEAD" y "Diario Médico".



Campaña de la "Federación estatal de lesbianas, gays, transexuales y bisexuales".

499

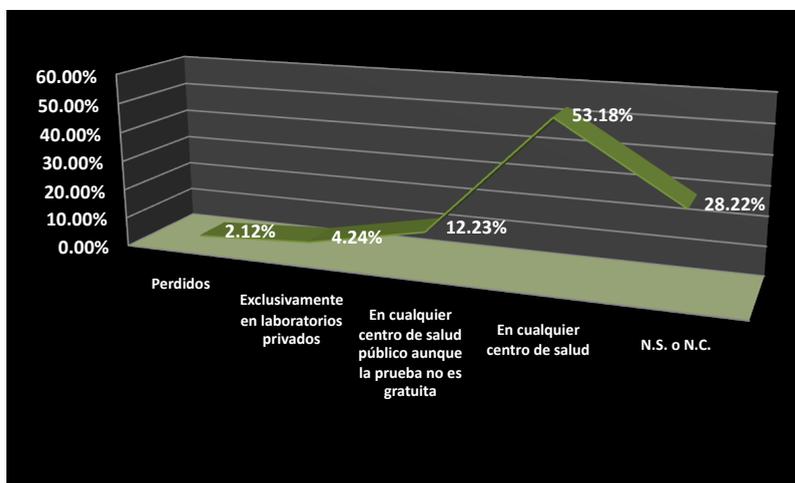
Volvemos a hacer referencia al Informe Narrativo Trimestral (enero-marzo 2013) del servicio multicanal de información y prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) de Cruz Roja Española, en el cual el tema más consultado en los correos electrónicos que recibe el servicio es el de las 695 consultas de este periodo, siendo la consulta más numerosa (18,13%) la referente al «Tipo y fiabilidad de la prueba». Por lo tanto, este hecho evidencia la importancia de dicha cuestión y las dudas que suscita.

En la pregunta 14 de nuestro cuestionario hemos querido preguntar sobre dónde se puede realizar la prueba del VIH. Un gran número de encuestados (53,2 %), eligen la opción en «cualquier centro de salud» y un 28,2% no saben dónde acudir para hacerse dicha prueba, que sumado al porcentaje de los que creen que se hacen exclusivamente en laboratorio privados (4,2%) o que la prueba se hace en cualquier centro de salud pero no es gratuita, hacen un total de 274 personas (46,8) que no tienen una información exacta o errónea de dónde se puede realizar la prueba. Ver tabla 124 y gráfico 34.

Tabla 124. Prueba VIH.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	13	2,1	2,1	2,1
	Exclusivamente en laboratorios privados	26	4,2	4,2	6,4
	En cualquier centro de salud público aunque la prueba no es gratuita	75	12,2	12,2	18,6
	En cualquier centro de salud	326	53,2	53,2	71,8
	N.S. o N.C.	173	28,2	28,2	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 34. Prueba VIH.



Fuente: Elaboración propia.

Cuando se ha preguntado en el grupo de discusión sobre este mismo hecho, (dónde hacerse las pruebas para detectar si se tiene VIH), las personas que han debatido respondieron con las siguientes afirmaciones, que representa también la disparidad en la información que se tiene al respecto:

«Sí, nos lo explicaron el año pasado, te vas a un centro de salud, ¿no?»
Sujeto 7.

«Yo me he ido a un centro de salud y me han cogido sangre...» Sujeto 6.

«Por donar sangre también te dicen si...» Sujeto 4.

«Una prueba de saliva» Sujeto 10.

«Lo que pasa es que a los tres meses hay que repetirla». Sujeto 2.

«Y te dicen los resultados a los tres meses». Sujeto 4.

«No, te dicen dentro de 10 días tenemos los resultados». Sujeto 6.

Analizados los resultados obtenidos en relación al sexo de los sujetos, no se ha observado diferencias significativas, siendo porcentajes similares los ofrecidos tanto por hombres como por mujeres en cada una de las respuestas.

Diferentes datos, sin embargo, se obtienen al tener en cuenta la titulación de los sujetos encuestados. La titulación del Máster de Educación Intercultural es la que más elige la opción «en cualquier centro de salud» (92,9 %), contraria a la Diplomatura de Educación Infantil (34,1%) y la de Educación Especial (38,5%) que son las que menos han elegido la opción correcta, y por lo tanto, tienen el mayor porcentaje en la opción «No sé, no contesto». Se vuelve a confirmar, como determinados estudiantes manejan una información útil sobre esta y otras cuestiones, mientras que en otras titulaciones existen un número elevado de sujetos con escasa formación sobre VIH/SIDA. Ver tabla 125 y 126.

Tabla 125. Contingencia entre la Titulación y la Prueba del VIH.

		Prueba VIH.					Total	
		0	exclusivamente en laboratorios privados	en cualquier centro de salud público aunque la prueba no es gratuita	en cualquier centro de salud	N.S. o N.C.		
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	2	6	22	108	31	169
		% dentro de Titulación	1,2%	3,6%	13,0%	63,9%	18,3%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	1	0	2	0	3
		% dentro de Titulación	,0%	33,3%	,0%	66,7%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	3	4	16	47	34	104
		% dentro de Titulación	2,9%	3,8%	15,4%	45,2%	32,7%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	5	4	13	31	38	91
		% dentro de Titulación	5,5%	4,4%	14,3%	34,1%	41,8%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	0	0	7	3	10
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	70,0%	30,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	1	3	5	12	6	27
		% dentro de Titulación	3,7%	11,1%	18,5%	44,4%	22,2%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	1	1	2	10	12	26
		% dentro de Titulación	3,8%	3,8%	7,7%	38,5%	46,2%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	1	6	14	69	39	129
		% dentro de Titulación	,8%	4,7%	10,9%	53,5%	30,2%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	0	1	13	0	14
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	7,1%	92,9%	,0%	100,0%
Máster en Secundaria	Recuento	0	1	0	6	2	9	
	% dentro de Titulación	,0%	11,1%	,0%	66,7%	22,2%	100,0%	
No contesta	Recuento	0	0	0	1	1	2	
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	0	2	20	7	29	
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	6,9%	69,0%	24,1%	100,0%	
Total		Recuento	13	26	75	326	173	613
		% dentro de Titulación	2,1%	4,2%	12,2%	53,2%	28,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 126. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la Prueba del VIH.

	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,820 ^a	44	,010
Razón de verosimilitudes	73,816	44	,003
Asociación lineal por lineal	2,369	1	,124
N de casos válidos	613		

a. 38 casillas (63,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

Fuente: Elaboración propia.

Como viene siendo lo habitual en las preguntas sobre conocimiento de esta primera parte del cuestionario, los mayores de 25 años, son los que han obtenido un porcentaje mayor en la respuesta correcta y un porcentaje menor en la respuesta «No sé, no contesto» (tabla 127).

Tabla 127. Contingencia entre Edad y la Prueba del VIH.

		Prueba_VIH					Total	
		Perdidos	exclusivamente en laboratorios privados	en cualquier centro de salud público aunque la prueba no es gratuita	en cualquier centro de salud	N.S. o N.C.		
Edad_test	21 años o menos	Recuento	5	8	22	85	49	169
		% dentro de Edad_test	3,0%	4,7%	13,0%	50,3%	29,0%	100,0%
Entre 21 hasta 23	Entre 21 hasta 23	Recuento	2	4	20	85	52	163
		% dentro de Edad_test	1,2%	2,5%	12,3%	52,1%	31,9%	100,0%
Entre 23 hasta 25	Entre 23 hasta 25	Recuento	2	8	15	67	46	138
		% dentro de Edad_test	1,4%	5,8%	10,9%	48,6%	33,3%	100,0%
Mayor de 25 años	Mayor de 25 años	Recuento	2	5	14	76	22	119
		% dentro de Edad_test	1,7%	4,2%	11,8%	63,9%	18,5%	100,0%
Total		Recuento	11	25	71	313	169	589
		% dentro de Edad_test	1,9%	4,2%	12,1%	53,1%	28,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Relación sexual de riesgo.

En el ítem último de nuestra prueba de conocimientos, preguntamos sobre qué hacer en caso de mantener relaciones sexuales con penetración y sin preservativo con una persona con VIH/SIDA.

La profilaxis post-exposición es un tratamiento a corto plazo que consiste en la administración de fármacos una vez que se haya tenido una exposición

de alto riesgo al VIH u otros agentes infecciosos para reducir el riesgo de infección. Este tratamiento se debe administrar entre las 72 horas desde que se produce la exposición al riesgo, siendo preferible, las 6 primeras horas, aunque se debe informar que no se garantiza que no se produzca la infección, y también se debe ser consciente de los efectos secundarios que pueden producir.

Es por ello fundamental, que si ocurre la situación por la que hemos preguntado en el ítem 15, las personas acuden con carácter urgente al médico.

Más de la mitad de los encuestados ha escogido como primera opción la de acudir al médico (63,6%), sólo el 2,1% ha elegido la opción «no debes tomar ninguna medida excepcional porque es posible que no estés infectado/a». El 11,1 % piensa que no se debería tomar ninguna medida excepcional porque ya se habrá transmitido el VIH y 20,7% «No sabe o no contesta».

Es por lo tanto un indicador positivo, el hecho de que 390 personas acudan al médico en el caso planteado pero debemos seguir planteando medidas preventivas mediante actividades de formación, información y sensibilización ante la epidemia para que todas las personas decidieran de acudir al médico en un hecho como el planteado.

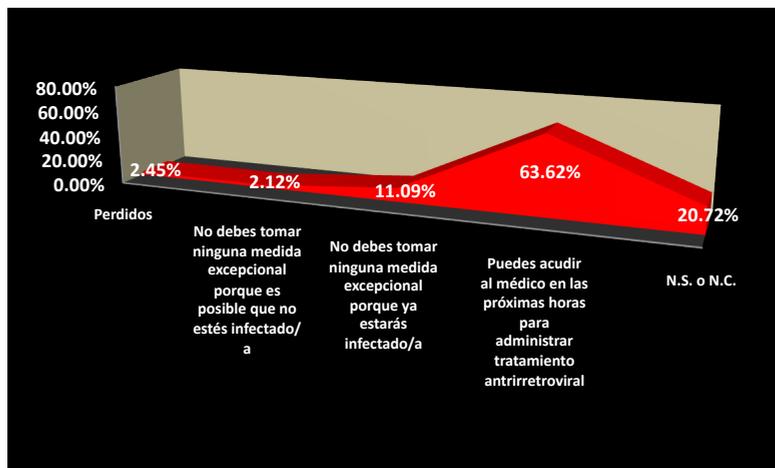
Saber que el 36% de los encuestados no ha escogido ir al médico aún sabiendo que han mantenido una relación de riesgo, debe ser motivo para que demos respuestas en el ámbito educacional. Pensamos que este hecho puede ser debido a que como el Informe de ONUSIDA de 2011 expresa, existen algunos inconveniente tales como la vergüenza, el miedo y/o la desinformación a la hora de acudir a una consulta médica y que «a pesar de los avances en la tecnología, las pruebas del VIH todavía se afrontan con temor; acceder a las clínicas es incómodo y la experiencia de

someterse a las pruebas con frecuencia resulta estigmatizante» (p.21). Como ya hemos hablado con anterioridad, el hecho de ir a realizar las pruebas a un centro sanitario es un obstáculo, por lo que dicho informe lo denomina como «estigma anticipado»(p.21) y este hecho provoca que no sólo afecte a la calidad de vida de las personas VIH-positiva que desconocen su estado serológico, así como que facilita la propagación de la epidemia. En relación con el apartado anterior (prueba del VIH) y sobre el punto que estamos tratando, ONUSIDA recomienda sobre la opción de disponer de las pruebas rápidas (aquellas que se hacen con una muestra de saliva), para que pudiesen realizarse en la intimidad del domicilio.

Tabla 128. Relación sexual de riesgo.					
Si se ha tenido relaciones sexuales con penetración y sin preservativo con una persona con VIH/SIDA:					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	15	2,4	2,4	2,4
	No debes tomar ninguna medida excepcional porque es posible que no estés infectado/a	13	2,1	2,1	4,6
	No debes tomar ninguna medida excepcional porque ya estarás infectado/a	68	11,1	11,1	15,7
	Puedes acudir al médico en las próximas horas para administrar tratamiento antirretroviral	390	63,6	63,6	79,3
	N.S. o N.C.	127	20,7	20,7	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 35. Relación sexual de riesgo.



Fuente: Elaboración propia.

En relación al tratamiento de las personas con VIH, los participantes en el grupo de discusión hablan y expresan las dudas que tiene al respecto y si la enfermedad del SIDA tiene ya curación o no:

«Bueno, yo el otro día pregunté eso mismo, que si tiene cura y me han dicho que no». Sujeto 6.

«Una vacuna». Sujeto 4.

«Tiene tratamiento a lo largo de toda la vida». Sujeto 3.

«Algo que tarda, que lo que hace es retrasar los síntomas y demás, pero no sé hasta qué punto yo ya de eso no me...» Sujeto 4.

«Según tu organismo, hay personas más propensas a...» Sujeto 7.

«Y el tratamiento que tengas» Sujeto 5.

«Tu organismo, cómo reaccione a la medicación...» Sujeto 2

El dibujo siguiente, la autora (mujer de 19 años), pinta un lugar dónde se puede diagnosticar, la tristeza que se produce cuando se comunica la infección, los preservativos para evitar contagios, las relaciones sexuales

y sentimentales, la transmisión a través de una jeringuilla, el lazo rojo símbolo de la lucha ante el VIH/SIDA, las pastillas para el tratamiento y una enfermedad que aún no tiene cura.

Ilustración 97. Dib.79-M19.



Volviendo a los datos obtenidos en el cuestionario y como se ha procedido en los anteriores ítems, se ha relacionado los datos obtenidos con el sexo, la edad y la titulación de los sujetos encuestados.

En relación a lo primero, no existen diferencias significativas, siendo los datos ofrecidos por mujeres y hombres similares, en todas las posibles respuestas planteadas.

Cuando correlacionamos los resultados globales del ítem con las titulaciones, nos vuelve a llamar la atención como las Diplomaturas de Educación Primaria, Infantil y Física, tienen porcentajes muy bajos en la opción c (puedes acudir al médico en las próximas horas para administrar tratamiento), oscilando entre el 50 y 54%. Las titulaciones que cursan estudios superiores, es decir los dos Másteres de nuestra muestra, son los que mayores puntuaciones han obtenido en esta opción (77 y 78%). Ver tabla 129.

En relación a la edad, y como ha ocurrido en otras ocasiones, la edad que ha escogido la respuesta correcta en mayor número, son los mayores de 25 años como podemos consultar en la tabla 130.

Tabla 129. Contingencia entre la Titulación y Relación sexual de riesgo.

			Si se ha tenido relaciones sexuales con penetración y sin preservativo con una persona con VIH/SIDA:					Total
			0	no debes tomar ninguna medida excepcional porque es posible que no estés infectado/a	no debes tomar ninguna medida excepcional porque ya estarás infectado/a	puedes acudir al médico en las próximas horas para administrar tratamiento antirretroviral	N.S. o N.C.	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	5 3,0 %	3 1,8%	18 10,7%	118 69,8%	25 14,8%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 .0 %	0 .0%	0 .0%	3 100,0%	0 .0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	3 2,9 %	1 1,0%	16 15,4%	63 60,6%	21 20,2%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	3 3,3 %	2 2,2%	11 12,1%	50 54,9%	25 27,5%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 .0 %	0 .0%	1 10,0%	5 50,0%	4 40,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	1 3,7 %	1 3,7%	3 11,1%	14 51,9%	8 29,6%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8 %	0 .0%	3 11,5%	17 65,4%	5 19,2%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	2 1,6 %	5 3,9%	12 9,3%	81 62,8%	29 22,5%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 .0 %	0 .0%	1 7,1%	11 78,6%	2 14,3%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 .0 %	0 .0%	0 .0%	7 77,8%	2 22,2%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 .0 %	0 .0%	0 .0%	2 100,0%	0 .0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 .0 %	1 3,4%	3 10,3%	19 65,5%	6 20,7%	29 100,0%
	Total	Recuento % dentro de Titulación	15 2,4 %	13 2,1%	68 11,1%	390 63,6%	127 20,7%	613 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 130. Contingencia entre la Edad y Relación sexual de riesgo.

		Si se ha tenido relaciones sexuales con penetración y sin preservativo con una persona con VIH/SIDA:					Total	
		Perdidos	no debes tomar ninguna medida excepcional porque es posible que no estés infectado/a	no debes tomar ninguna medida excepcional porque ya estarás infectado/a	puedes acudir al médico en las próximas horas para administrar tratamiento antirretroviral	N.S. o N.C.		
Edad_test	21 años o menos	Recuento	3	2	21	111	32	169
		% dentro de Edad_test	1,8%	1,2%	12,4%	65,7%	18,9%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	3	3	21	99	37	163
		% dentro de Edad_test	1,8%	1,8%	12,9%	60,7%	22,7%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	3	5	17	84	29	138
		% dentro de Edad_test	2,2%	3,6%	12,3%	60,9%	21,0%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	4	1	7	85	22	119
		% dentro de Edad_test	3,4%	,8%	5,9%	71,4%	18,5%	100,0%
Total		Recuento	13	11	66	379	120	589
		% dentro de Edad_test	2,2%	1,9%	11,2%	64,3%	20,4%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Durante las anteriores páginas, se ha pretendido analizar los datos obtenidos en la prueba tipo test cuya finalidad era recoger los conocimientos que tenían los sujetos sobre esta temática, complementándola con los datos obtenidos en el grupo de discusión así como en los dibujos elaborados por el alumnado participante en el Taller sobre VIH/SIDA.

Unos de las hipótesis claves en este trabajo de investigación, es estudiar si existe relación entre la cantidad y calidad de información que tienen los sujetos y las imágenes, creencias, opiniones, ideas así como la actitudes que presentan los sujetos ante el VIH/SIDA.

En las páginas venideras se estudiarán los datos obtenidos en los distintos instrumentos en relación a las representaciones y el imaginario social que se tiene sobre el virus y la enfermedad, para poder relacionar las distintas respuestas con los resultados obtenidos en el apartado que se acaba de analizar.

5.2. Representación social del alumnado sobre VIH/SIDA.



Como se ha podido leer en las páginas anteriores, las primeras preguntas de nuestro cuestionario están orientadas a conocer la información que el alumnado de educación tiene sobre el VIH/SIDA. En relación a las cuestiones planteadas en el cuestionario, y como ya hemos comentado en otras ocasiones, hemos utilizado preguntas cuyas repuestas eran policotómicas en la parte del cuestionario (tipo test) que pretendía valorar el conocimiento, siendo tan solo una de las respuesta la correcta.

En una segunda y tercera parte de las cuestiones planteadas, el sistema es diferente planteando los ítems a través de escalas que abordarán la temática de las representaciones y las actitudes de los encuestados ante el VIH/SIDA. Se decidió utilizar para registrar estas dos dimensiones (representaciones y actitudes) preguntas cuantitativas que, tal como indica Azofra, M.J. (1999) forman parte de esta misma clasificación, -refiriéndose a las preguntas categorizadas o de escala ordinal-, las preguntas cuantitativas que «son aquellas cuya respuesta es un número» (p.10). Continúa la autora discerniendo que en las preguntas de valoración, los extremos son una valoración mínima y una valoración máxima, siendo en nuestro cuestionario la repuesta 1 la valoración mínima «totalmente en desacuerdo» y la repuesta 5 la máxima «totalmente de acuerdo»(p.13).

En este apartado, afrontaremos todos aquellos resultados de la escala «Representaciones sociales del VIH/SIDA». A lo largo del segundo capítulo, se habló ampliamente de las representaciones sociales y la significación social del VIH/SIDA. Es necesario recordar que para elaborar esta parte del cuestionario nos apoyamos fundamentalmente en el documento de la Campaña Mundial contra el SIDA 2002-2003 titulado Estigma y Discriminación por VIH y SIDA: Un Marco Conceptual y Bases para la Acción (Ginebra, UNAIDS, 2002), desarrollado por los autores Peter Aggleton y Richard Parker. Según estos autores, «la escasa comprensión, los mitos sobre la transmisión, la asociación inicial de la infección con grupos socialmente marginados (como las trabajadoras sexuales y los varones homosexuales activos), la falta de disponibilidad de tratamientos, la imagen de incurabilidad transmitida por los medios de difusión, y el temor al contagio y a la muerte, se encuentran entre los numerosos elementos asociados al estigma por VIH/SIDA.

Se decidió abordar este constructo a través de cuatro dimensiones de las cuales, explicadas en el punto cuarto de este trabajo, y una vez depuradas gracias a los resultados del pretest y la valoración de los expertos, constaría de 22 ítems (del ítem 16 al 38).

Tabla 131. Dimensiones del constructo «Campo de la representación».

Constructo	Dimensiones	Ítems de cada dimensión
Campo de las representaciones	Mitos sobre la transmisión y sobre la enfermedad	16-22
	Enfermedad marginal	23-30
	Miedo al contagio	31-36
	Culpabilidad	37-38

Fuente: Elaboración propia.

Procederemos al análisis de este punto, tal como ya se hizo en el anterior, en el cual fuimos explicando los resultados obtenidos en cada uno de los ítems y complementado con la información lograda a través de la técnica grupo de discusión y los documentos elaborados por los estudiantes.

☑ **Compartir baño y/o vestuario deportivo.**

Han sido numerosos los esfuerzos internacionales para erradicar el estigma asociado al VIH, y que desde 1992 en la Declaración de los Derechos y Humanidad sobre VIH y el SIDA o el documento que recoge los acuerdos en la Declaración de París sobre SIDA (1994) hasta las campañas de sensibilización que se llevan a cabo en la actualidad, intentan abordar esta problemática aún sin resolver. Uno de los motivos principales que fomentan el estigma que tiene el VIH/SIDA es debido a la desinformación en las vías de transmisión.

513

Ilustración 98. Guía para gays y hombres bisexuales con VIH.



Fuente: Secretaría del Plan Nacional sobre SIDA (2010).

En la Guía para gays y hombres bisexuales con VIH elaborada por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (2010) se enumeran una serie de recomendaciones para aquellas personas que siendo VIH+, conviven con personas no infectadas: «Cuando tenemos un diagnóstico de VIH es posible que comencemos a preguntarnos hasta qué punto puede ser un

problema convivir con otras personas. Si sentimos que la vida cotidiana puede ser un riesgo, además de la ansiedad que supone este pensamiento, nos ponemos ante el dilema de comunicar, o no, nuestro estado serológico a familiares, compañeros de piso, etc» (p.30).

En este ítem de nuestro cuestionario hemos querido abordar esta cuestión que sigue preocupando a las personas que conviven con el VIH (PVV), el hecho de sufrir el «estigma experimentado», es decir, aquel que sufren en los contextos familiares o en los entornos más cercanos. Pero antes de exponer los resultados obtenidos, debemos hacer referencia al estudio elaborado por un equipo profesional perteneciente a la Unidad de Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid. En este estudio titulado Estigma y comunicación al entorno en población inmigrante residente en España (2009), L. Estévez, A. Guionnet, B. R. Navaza, M. Navarro, J. A. Pérez-Molina y R. López-Vélez, se revela los siguientes datos: «Con una persona seropositiva, el 54% de la población encuestada no compartiría su vaso, el 36% no conviviría; el 26% no trabajaría y el 22% no le daría la mano» (p.304).

En el estudio que estamos presentando en este documento, se ha preguntado a los 613 encuestados sobre la siguiente cuestión: ¿Compartir con una persona con VIH/SIDA cuarto de baño o vestuario deportivo conlleva probabilidades de contagio? El 62,6% de los encuestados han optado por las dos primeras opciones: «Totalmente en desacuerdo» y «En desacuerdo». El 21,7% ha elegido la respuesta «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» y el 15,6% han preferido las dos últimas opciones, «De acuerdo» o «Totalmente de acuerdo» (tabla 132 y gráfico 36).

Si comparamos los datos dilucidados en el estudio citado anteriormente, en el cual el porcentaje de personas que no conviviría con una persona

VIH+ es del 36% y lo relacionamos con nuestro estudio en el que las personas que piensan que conllevan un riesgo considerable, o no saben o no quieren manifestarse al respecto sobre el hecho de compartir el baño o un vestuario deportivo, representan el 37,3% del total de los sujetos. Esta consideración puede llevar a dichos sujetos a rechazar la opción de vivir con una persona seropositiva.

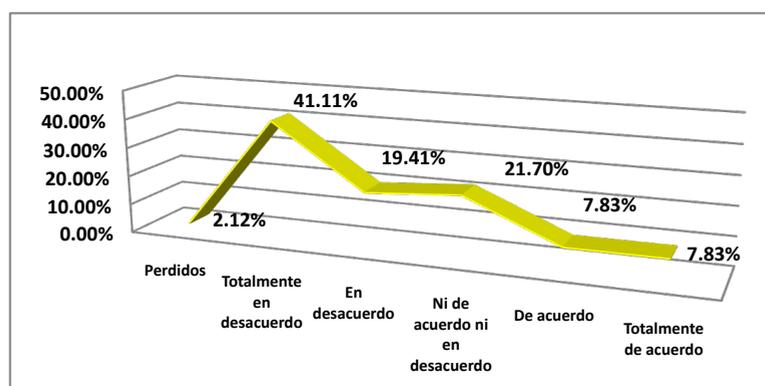
En el ítem 40 de nuestro cuestionario se preguntó sobre si se compartía vivienda con una persona VIH+, cuando analicemos los resultados de esa cuestión la cotejaremos con los obtenidos en el ítem que abordamos.

Tabla 132. Compartir baño y vestuario.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	13	2,1	2,1	2,1
	Totalmente en desacuerdo	252	41,1	41,1	43,2
	En desacuerdo	119	19,4	19,4	62,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	133	21,7	21,7	84,3
	De acuerdo	48	7,8	7,8	92,2
	Totalmente de acuerdo	48	7,8	7,8	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 36. Compartir baño y vestuario.



Fuente: *Elaboración propia.*

Con respecto a la relación del sexo de los sujetos con los datos obtenidos, no se aprecian diferencias significativas, siendo los porcentajes similares

en todas las respuestas y es por ello, que continuamos con la relación que se establece según las titulaciones de los sujetos. Queremos en este aspecto resaltar que el alumnado que mayor número de respuestas incorrectas ha ido teniendo a lo largo de la prueba tipo test, son los que mayor porcentaje tienen en la opción totalmente de acuerdo o de acuerdo. El 21,2% del Grado de Educación Infantil, el 19,8% de la Diplomatura de Educación Primaria, 20% de la Diplomatura de Educación Infantil, seguidos de cerca por el primer curso del Grado de Educación Secundaria (16%) y la Diplomatura de Educación Física (14,8%), están de acuerdo o totalmente de acuerdo en que compartir baño y/o vestuario deportivo conlleva probabilidades de contagio. Esta relación entre ambas variables era esperable ya que si han sido titulaciones con unos resultados que nos han hecho concluir que tienen una escasa o baja formación al respecto.

Tabla 133. Contingencia entre la Titulación y Compartir el baño y el vestuario.

			Compartir con una persona con VIH/SIDA cuarto de baño o vestuario deportivo conlleva probabilidades de contagio.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	5	83	26	28	15	12	169
		% dentro de Titulación	3,0%	49,1%	15,4%	16,6%	8,9%	7,1%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	2	1	0	0	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	2	36	15	29	9	13	104
		% dentro de Titulación	1,9%	34,6%	14,4%	27,9%	8,7%	12,5%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	3	27	18	25	11	7	91
		% dentro de Titulación	3,3%	29,7%	19,8%	27,5%	12,1%	7,7%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	0	5	3	1	1	10
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	50,0%	30,0%	10,0%	10,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	1	7	6	9	1	3	27
		% dentro de Titulación	3,7%	25,9%	22,2%	33,3%	3,7%	11,1%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	1	13	4	4	2	2	26
		% dentro de Titulación	3,8%	50,0%	15,4%	15,4%	7,7%	7,7%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	1	59	27	26	7	9	129
		% dentro de Titulación	,8%	45,7%	20,9%	20,2%	5,4%	7,0%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	6	5	2	1	0	14
		% dentro de Titulación	,0%	42,9%	35,7%	14,3%	7,1%	,0%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	0	3	5	1	0	0	9
		% dentro de Titulación	,0%	33,3%	55,6%	11,1%	,0%	,0%	100,0%
	No contesta	Recuento	0	1	1	0	0	0	2
		% dentro de Titulación	,0%	50,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	17	5	5	1	1	29
		% dentro de Titulación	,0%	58,6%	17,2%	17,2%	3,4%	3,4%	100,0%
Total		Recuento	13	252	119	133	48	48	613
		% dentro de Titulación	2,1%	41,1%	19,4%	21,7%	7,8%	7,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En las tablas 134 y 135, se puede consultar si existe una relación significativa entre los resultados obtenidos en cada una de las respuestas y la edad de los sujetos:

Tabla 134. Contingencia entre la Edad y Compartir el baño y el vestuario.

			Compartir con una persona con VIH/SIDA cuarto de baño o vestuario deportivo conlleva probabilidades de contagio.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad test	21 años o menos	Recuento	4	58	33	37	20	17	169
		% dentro de Edad_test	2,4 %	34,3%	19,5%	21,9%	11,8%	10,1%	100,0 %
	Entre 21 hasta 23	Recuento	3	67	35	34	9	15	163
		% dentro de Edad_test	1,8 %	41,1%	21,5%	20,9%	5,5%	9,2%	100,0 %
	Entre 23 hasta 25	Recuento	1	55	25	37	10	10	138
		% dentro de Edad_test	,7 %	39,9%	18,1%	26,8%	7,2%	7,2%	100,0 %
Mayor de 25 años	Recuento	2	62	23	18	9	5	119	
	% dentro de Edad_test	1,7 %	52,1%	19,3%	15,1%	7,6%	4,2%	100,0 %	
Total	Recuento	10	242	116	126	48	47	589	
	% dentro de Edad_test	1,7 %	41,1%	19,7%	21,4%	8,1%	8,0%	100,0 %	

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 135. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Compartir el baño y el vestuario.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,079 ^a	15	,210
Razón de verosimilitudes	19,388	15	,197
Asociación lineal por lineal	7,825	1	,005
N de casos válidos	589		

a. 4 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,02.

Fuente: *Elaboración propia.*

En el estudio realizado por el equipo profesional perteneciente al Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid (2009) se expone que el 43% de las personas que no han ido a la escuela no aceptaría convivir con una persona seropositiva, frente al 21% que tampoco aceptan y que habían ido a la universidad. En nuestro estudio, todos los encuestados son universitarios. Es por ello que vamos a extraer de la anterior tabla, los datos obtenidos en los mayores de 25 años, ya que

casi en su totalidad son alumnos que están cursando los últimos cursos académicos o un Máster, y por lo tanto, son los que podemos decir que tienen una titulación universitaria previa o están en el último tramo de ésta.

El 26,9% de los alumnos mayores de 25 años han contestado que están totalmente de acuerdo, de acuerdo o la opción ni acuerdo ni en desacuerdo, con el hecho de que compartir baño o vestuario con una persona seropositiva conlleva probabilidad de contagio. Como ya hemos comentado este hecho puede influir en la decisión de, por ejemplo, compartir vivienda con una persona VIH+. Para hacer una comparativa al respecto, realizamos la suma de los porcentajes del alumnado menor de 21 años que han escogido también la tres opciones más desfavorables, y el porcentaje se eleva al 43,8%, dato que coincide con el 43% de las personas que no han ido a la escuela y no aceptaría convivir con una persona seropositiva, del estudio al que hemos hecho alusión.

Compartir habitación de hospital.

En esta cuestión se ha preguntado a los 613 encuestados sobre si compartir con una persona con VIH/SIDA habitación de hospital conlleva probabilidades de contagio. El 69,2% ha optado por las dos primeras opciones: «Totalmente en desacuerdo» y «En desacuerdo», siendo este dato 7 puntos superior al 62,6% de los encuestados que optaron por estas dos primeras opciones, en la cuestión planteada anteriormente. En nuestro estudio, las personas que piensan que conllevan un riesgo considerable, o no saben o no quieren manifestarse al respecto sobre el hecho de compartir habitación de hospital, representan el 30,8%, 7 puntos inferior, como era previsible, al 37,3% del total de los estudiantes que no compartirían baño o vestuario. Ver tabla 136 y gráfico 37.

Por lo tanto, podemos llegar a decir que entre el 30% y el 37% del alumnado al que hemos preguntado, podría llegar a tener dificultades a la hora de compartir baño, vestuario deportivo o habitación de hospital.

520

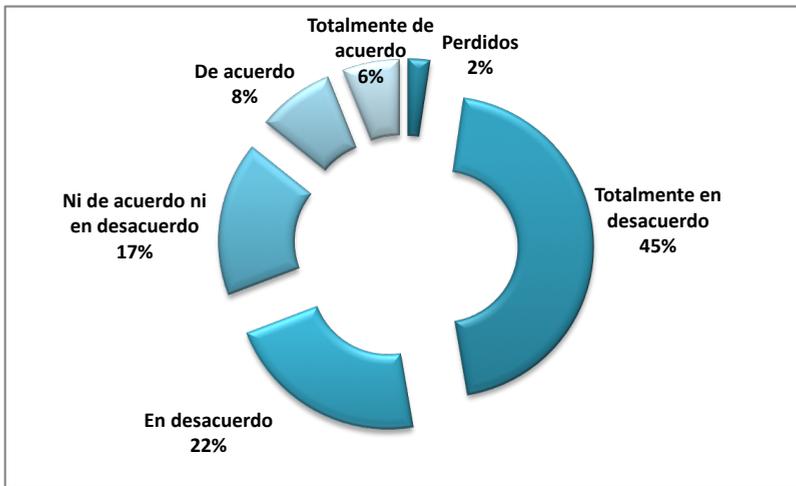
Un estudio realizado por. Sábado J. T y Aradilla A. (2003) de la Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat, Sant Cugat del Vallès (Barcelona) y cuya muestra estaba compuesta por los alumnos que estudiaban enfermería (primer, segundo y tercer curso), frente a la cuestión de si pensaban que en el hospital, un portador del virus del SIDA no debería compartir habitación con una persona no infectada, el 52,1% de los sujetos contestaron que están totalmente en desacuerdo. En nuestra muestra, los alumnos que han expresado que estar totalmente en desacuerdo en que compartir habitación de hospital con una persona con VIH conlleva probabilidades de contagio es el 45% que sumados a los que están en desacuerdo (21,9%), hacen una total del 66,9%.

Tabla 136. Compartir habitación del Hospital.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	14	2,3	2,3	2,3
	Totalmente en desacuerdo	276	45,0	45,0	47,3
	En desacuerdo	134	21,9	21,9	69,2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	102	16,6	16,6	85,8
	De acuerdo	50	8,2	8,2	94,0
	Totalmente de acuerdo	37	6,0	6,0	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 37. Compartir habitación del Hospital.



Fuente: *Elaboración propia.*

Con respecto a la relación del sexo de los sujetos con los datos obtenidos, no se aprecian diferencias significativas, siendo los porcentajes similares en todas las respuestas, y es por ello, que continuamos con la relación que se establece según las titulaciones de los encuestados.

Las titulaciones que más eligen la opción «Totalmente en desacuerdo» son los dos Másteres y la Diplomatura en Educación Social, con porcentajes que oscilan entre un 64 y 69%. Son las tres titulaciones que mejores resultados han obtenido en la prueba tipo test de conocimiento, y por tanto, se puede volver a confirmar, que a mayor conocimiento sobre las vías de transmisión, menos mitos y miedos se establecen en la significación social sobre el VIH/SIDA.

Si se observa la tabla 137, podremos comprobar que los porcentajes más altos en las opciones que están de acuerdo o totalmente de acuerdo, son las mismas titulaciones que en el ítem anterior (Grado de Educación Infantil, Diplomatura de Educación Primaria, Diplomatura de Educación

Infantil y Diplomatura de Educación Física) confirmándose el hecho de que las titulaciones con unos resultados más negativos en la prueba tipo test, tienen unas ideas poco precisas sobre las vías de transmisión.

Tabla 137. Contingencia entre la Titulación y Compartir habitación del Hospital.

			Compartir con una persona con VIH/SIDA habitación de hospital conlleva probabilidades de contagio.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	2	88	37	23	10	9	169
		% dentro de Titulación	1,2 %	52,1%	21,9%	13,6%	5,9%	5,3%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	2	1	0	0	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	4	41	19	16	13	11	104
		% dentro de Titulación	3,8 %	39,4%	18,3%	15,4%	12,5%	10,6%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	3	28	21	17	14	8	91
		% dentro de Titulación	3,3 %	30,8%	23,1%	18,7%	15,4%	8,8%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	2	4	2	0	2	10
		% dentro de Titulación	,0%	20,0%	40,0%	20,0%	,0%	20,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	1	9	6	6	4	1	27
		% dentro de Titulación	3,7 %	33,3%	22,2%	22,2%	14,8%	3,7%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	1	14	5	3	1	2	26
		% dentro de Titulación	3,8 %	53,8%	19,2%	11,5%	3,8%	7,7%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	3	57	30	29	7	3	129
		% dentro de Titulación	2,3 %	44,2%	23,3%	22,5%	5,4%	2,3%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	9	3	1	1	0	14
		% dentro de Titulación	,0%	64,3%	21,4%	7,1%	7,1%	,0%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	0	6	2	1	0	0	9
		% dentro de Titulación	,0%	66,7%	22,2%	11,1%	,0%	,0%	100,0%
	No contesta	Recuento	0	2	0	0	0	0	2
		% dentro de Titulación	,0%	100,0%	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	20	5	3	0	1	29
		% dentro de Titulación	,0%	69,0%	17,2%	10,3%	,0%	3,4%	100,0%
Total		Recuento	14	276	134	102	50	37	613
		% dentro de Titulación	2,3 %	45,0%	21,9%	16,6%	8,2%	6,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

En las siguientes tablas podemos observar la relación entre la edad de los sujetos y el ítem que estamos analizando:

524

Conocimientos, representaciones y actitudes de estudiantes de titulaciones educativas sobre el VIH/SIDA

Tabla 138. Contingencia entre la Edad y Compartir habitación del Hospital.

			Compartir con una persona con VIH/SIDA habitación de hospital conlleva probabilidades de contagio.					Total	
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo		Totalmente de acuerdo
Edad_test t	21 años o menos	Recuento % dentro de Edad_test	3 1,8%	61 36,1%	43 25,4%	30 17,8%	18 10,7%	14 8,3%	169 100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento % dentro de Edad_test	3 1,8%	73 44,8%	40 24,5%	26 16,0%	16 9,8%	5 3,1%	163 100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento % dentro de Edad_test	1 ,7%	59 42,8%	29 21,0%	25 18,1%	12 8,7%	12 8,7%	138 100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento % dentro de Edad_test	3 2,5%	71 59,7%	20 16,8%	18 15,1%	4 3,4%	3 2,5%	119 100,0%
Total		Recuento % dentro de Edad_test	10 1,7%	264 44,8%	132 22,4%	99 16,8%	50 8,5%	34 5,8%	589 100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 139. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Compartir habitación del Hospital.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,531 ^a	15	,033
Razón de verosimilitudes	28,000	15	,022
Asociación lineal por lineal	10,428	1	,001
N de casos válidos	589		

a. 4 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,02.

Fuente: *Elaboración propia.*

En relación a la edad de los sujetos, es significativo como en todos los intervalos, los porcentajes en las opciones más positivas con respecto al caso planteado han ascendido levemente si lo comparamos con el ítem anterior (compartir vestuario deportivo o baño). El 59,7% de los mayores de 25 años han expresado que están totalmente en desacuerdo con el hecho de que compartir habitación conlleve probabilidades de contagio. Si lo relacionamos con el ítem anterior y la misma franja de edad, el porcentaje es de 52,1%. Este ascenso de los porcentajes en esta opción se ha producido en todas las edades:

Tabla 140. Relación entre la edad de los sujetos y los ítems compartir baño o vestuario deportivo y Habitación de hospital.

	Compartir baño o vestuario deportivo conlleva probabilidades de contagio	Compartir habitación de hospital conlleva probabilidades de contagio
	Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo
21 años o menos	58	61
	34,3%	36,1%
Entre 21 hasta 23	67	73
	41,1%	44,8%
Entre 23 hasta 25	55	59
	39,9%	42,8%
Mayor de 25 años	62	71
	52,1%	59,7%

Fuente: Elaboración propia.

Paradójicamente, y aunque existan baños integrados en las habitaciones de los hospitales, constan mayor número de sujetos que piensan que existe mayor probabilidad de contagio en un baño o vestuario deportivo, que en la habitación de un hospital, aunque tenemos que decir que los porcentajes son levemente superiores.

Cambios físicos.

526

Uno de los aspectos más generalizados en la percepción y la representación social sobre del VIH/ SIDA, es el deterioro físico que provoca la enfermedad y sus consecuencias tan terribles. Esta situación genera que se asocie también el hecho de ser seropositivo al desencadenamiento de la enfermedad, es decir, la no distinción entre el hecho de ser una persona que conviva con el VIH (PVV) o ser una persona con diagnóstico clínico de sida, y por ello, fomenta que se siga relacionando el SIDA con la muerte, y el VIH con la muerte también. La imagen de una enfermedad que genera lesiones cutáneas, delgadez extrema y un deterioro físico atroz, creada en la primera década de la epidemia, ha marcado profundamente el imaginario social siendo difícil cambiar las representaciones al respecto.

Con respecto a lo anterior, Jáidar (2002) en *Los dominios del miedo* reflexiona sobre el hecho de que «los sujetos seropositivos viven víctimas de una violencia internalizada frente a la cual nada pueden hacer, salvo aceptarla como inevitable» (p.22). Esta «aceptación» de la inevitabilidad de VIH=SIDA=DETERIORO implica el desarrollo permanente de contradicciones insolubles, que incluyen no solamente al sujeto, sino también a quienes se vinculan con él. Según la autora, «este diagnóstico, esta infección, este síndrome y sus derivados generan en él un nivel de angustia anticipatoria constante, la misma que se va desarrollando a partir de la conciencia que el sujeto tiene de su gran vulnerabilidad física y psicológica» (p.22).

En la pregunta número 18 de nuestro cuestionario, hemos preguntado al alumnado sobre si piensan que cuando una persona se infecta por el VIH se producen cambios notables en su físico. Como podemos observar a continuación, la opción más numerosa es «Ni de acuerdo ni en desacuerdo», interpretándose este dato con el hecho de que 178 (29%)

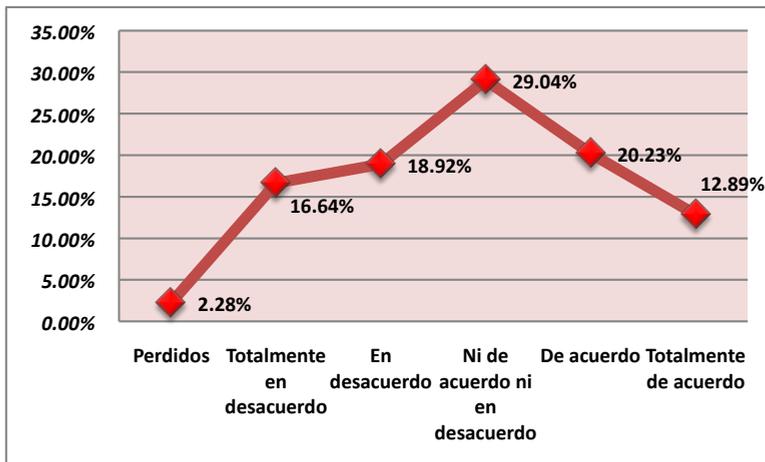
personas desconocen esto o piensan que puede o no tener esos cambios físicos notables. Si sumamos el porcentaje de las dos primeras opciones, obtenemos un resultado del 35,5% de personas que están totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con el hecho de que tener VIH conlleve cambios notables en el físico, frente al 33,3% de las personas que opinan que están totalmente de acuerdo o de acuerdo, en el hecho de que si se producen estos cambios. Por lo tanto podemos llegar a la conclusión de que en nuestra muestra, un gran número de sujetos, continúa teniendo la idea arraigada de la fórmula expuesta por la anteriormente citada autora: VIH=SIDA=DETERIORO.

Tabla 141. Cambios físicos.

		Cambios físicos.			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	14	2,3	2,3	2,3
	Totalmente en desacuerdo	102	16,6	16,6	18,9
	En desacuerdo	116	18,9	18,9	37,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	178	29,0	29,0	66,9
	De acuerdo	124	20,2	20,2	87,1
	Totalmente de acuerdo	79	12,9	12,9	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 38. Cambios físicos.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al sexo de los sujetos y el ítem que estamos estudiando, no se observa una relación significativa, por lo tanto, procederemos a estudiar si existen diferencias significativas con respecto a las distintas titulaciones:

Tabla 142. Contingencia entre la Titulación y los Cambios físicos.

		Cuando una persona se infecta por el VIH se produce cambios notables en su físico.						Total	
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo		
		Recuento	% dentro de Titulación	Recuento	% dentro de Titulación	Recuento	% dentro de Titulación		
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	3	24	35	48	37	22	169
		% dentro de Titulación	1,8 %	14,2%	20,7%	28,4%	21,9%	13,0%	100,0 %
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	2	0	0	1	0	3
		% dentro de Titulación	,0%	66,7%	,0%	,0%	33,3%	,0%	100,0 %
	Grado en Educación Infantil	Recuento	3	14	16	34	18	19	104
		% dentro de Titulación	2,9 %	13,5%	15,4%	32,7%	17,3%	18,3%	100,0 %
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	3	15	15	33	17	8	91
		% dentro de Titulación	3,3 %	16,5%	16,5%	36,3%	18,7%	8,8%	100,0 %
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	1	0	3	4	2	10
		% dentro de Titulación	,0%	10,0%	,0%	30,0%	40,0%	20,0%	100,0 %
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	1	3	8	6	7	2	27
		% dentro de Titulación	3,7 %	11,1%	29,6%	22,2%	25,9%	7,4%	100,0 %
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	2	6	3	7	4	4	26
		% dentro de Titulación	7,7 %	23,1%	11,5%	26,9%	15,4%	15,4%	100,0 %
	Psicopedagogía	Recuento	2	20	24	36	29	18	129
		% dentro de Titulación	1,6 %	15,5%	18,6%	27,9%	22,5%	14,0%	100,0 %
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	3	4	4	1	2	14
		% dentro de Titulación	,0%	21,4%	28,6%	28,6%	7,1%	14,3%	100,0 %
	Máster en Secundaria	Recuento	0	3	5	0	1	0	9
		% dentro de Titulación	,0%	33,3%	55,6%	,0%	11,1%	,0%	100,0 %
	No contesta	Recuento	0	1	0	1	0	0	2
		% dentro de Titulación	,0%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0 %
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	10	6	6	5	2	29
		% dentro de Titulación	,0%	34,5%	20,7%	20,7%	17,2%	6,9%	100,0 %
Total		Recuento	14	102	116	178	124	79	613
		% dentro de Titulación	2,3 %	16,6%	18,9%	29,0%	20,2%	12,9%	100,0 %

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 143. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y los Cambios físicos.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	56,303 ^a	55	,426
Razón de verosimilitudes	58,685	55	,342
Asociación lineal por lineal	4,041	1	,044
N de casos válidos	613		

a. 44 casillas (61,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Fuente: Elaboración propia.

Las titulaciones que más eligieron la opción «Totalmente en desacuerdo» han sido el Máster en Educación Secundaria y el tercer curso de la Diplomatura en Educación Social. Ya expresamos que los alumnos y alumnas de este titulación, participaron ese mismo año académico al primer Seminario titulado Jóvenes y SIDA (Proyecto I+D La exclusión social y educativa de menores con VIH/SIDA), a lo que hay que añadir, la información ofrecida por las instituciones que colaboran en las Jornadas de Educación Social, como la entidad Cruz Roja, la cual explica los programas de atención y prevención del VIH. Esto ha propiciado que los/las alumnos/as de esa titulación tengan una imagen más real y exacta sobre la temática.

Por otro lado, y como se puede apreciar en la tabla 144, a medida que avanza la edad de los sujetos, el porcentaje de las personas que han elegido la opción totalmente en desacuerdo o en desacuerdo es mayor. Esto ratifica datos obtenidos en otros ítems y que nos llevan a pensar que a medida que la edad de los sujetos es mayor, se tiene una imagen más real del VIH.

Tabla 144. Contingencia entre la Edad y los Cambios físicos.

			Cuando una persona se infecta por el VIH se produce cambios notables en su físico.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Edad_test	21 años o menos	Recuento	5	26	31	47	38	22	169
		% dentro de Edad_test	3,0%	15,4%	18,3%	27,8%	22,5%	13,0%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	3	24	29	53	34	20	163
		% dentro de Edad_test	1,8%	14,7%	17,8%	32,5%	20,9%	12,3%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	1	25	28	43	25	16	138
		% dentro de Edad_test	,7%	18,1%	20,3%	31,2%	18,1%	11,6%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	2	21	28	27	22	19	119
		% dentro de Edad_test	1,7%	17,6%	23,5%	22,7%	18,5%	16,0%	100,0%
Total		Recuento	11	96	116	170	119	77	589
		% dentro de Edad_test	1,9%	16,3%	19,7%	28,9%	20,2%	13,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

☑ Transmisión por animales.

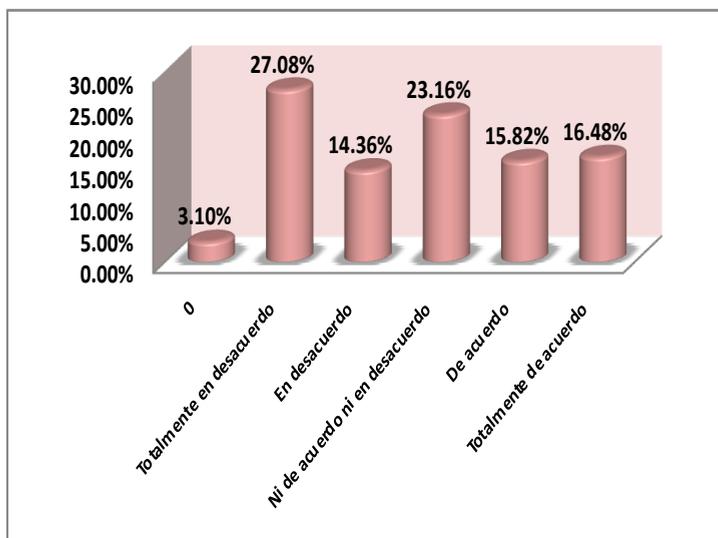
Uno de los mitos más difundidos es que el Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH) se podría contraer a través de algunos animales como el mosquito. Ningún animal puede transmitir el VIH, únicamente se trasmite por el contacto humano directo con fluidos corporales infectados, a través de la sangre o antes, durante y después del parto, debido este último caso a la transmisión por lactancia materna.

Tabla 145. Transmisión animales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	19	3,1	3,1	3,1
	Totalmente en desacuerdo	166	27,1	27,1	30,2
	En desacuerdo	88	14,4	14,4	44,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	142	23,2	23,2	67,7
	De acuerdo	97	15,8	15,8	83,5
	Totalmente de acuerdo	101	16,5	16,5	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 39. Transmisión animales.



Fuente: *Elaboración propia.*

La opción con mayor porcentaje es la que indica que se está totalmente en desacuerdo con el hecho de que algunos animales como el mosquito pueden transmitir el VIH, concretamente el 27,1%. Si a este dato le sumamos aquellos que expresan estar en desacuerdo (14,4%), tendríamos que un 41,5% de los estudiantes tienen claro el hecho de que un animal no puede transmitir el VIH. No obstante, el 32,3% están de acuerdo o totalmente de acuerdo con que el hecho de que esta afirmación es correcta, a lo que debemos sumar como aspecto negativo, los datos obtenidos en la respuesta «ni de acuerdo, ni en desacuerdo» (23,2%), que se pueden interpretar como dudas en la cuestión planteada.

En las tablas 146 y 147, podemos consultar si los resultados obtenidos en cada respuesta, varían según el sexo de los sujetos y si existe una relación significativa al respecto.

		Algunos animales como el mosquito, pueden transmitir el VIH.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo	0	Recuento	2	1	1	2	0	6
		% dentro de Sexo	33,3%	16,7%	16,7%	33,3%	,0%	100,0%
Mujer		Recuento	15	148	73	115	71	496
		% dentro de Sexo	3,0%	29,8%	14,7%	23,2%	14,3%	100,0%
Hombre		Recuento	2	17	14	25	26	111
		% dentro de Sexo	1,8%	15,3%	12,6%	22,5%	23,4%	100,0%
Total		Recuento	19	166	88	142	97	613
		% dentro de Sexo	3,1%	27,1%	14,4%	23,2%	15,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 147. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Transmisión animales.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,787 ^a	10	,000
Razón de verosimilitudes	28,033	10	,002
Asociación lineal por lineal	19,317	1	,000
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.

Fuente: Elaboración propia.

Mientras que el 44,5% de las mujeres han elegido la opción totalmente desacuerdo o en desacuerdo, el 45,9% de los hombres eligen las opciones contrarias (totalmente de acuerdo y de acuerdo). Por todo ello, podemos decir que en este ítem, mayor porcentaje de alumnas tienen una información más verídica que la de los alumnos a los que les hemos preguntado.

Como se ha realizado en las otras cuestiones, pasaremos a observar si existen diferencias con respecto a la titulación de los sujetos:

Tabla 148. Contingencia entre la Titulación y la Transmisión animales.

			Algunos animales como el mosquito, pueden transmitir el VIH.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	6 3,6%	59 34,9%	28 16,6%	28 16,6%	23 13,6%	25 14,8%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	0 0,0%	1 33,3%	0 0,0%	2 66,7%	0 0,0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	5 4,8%	24 23,1%	14 13,5%	31 29,8%	14 13,5%	16 15,4%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	2 2,2%	18 19,8%	10 11,0%	17 18,7%	23 25,3%	21 23,1%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	3 30,0%	1 10,0%	2 20,0%	2 20,0%	2 20,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	1 3,7%	5 18,5%	5 18,5%	8 29,6%	3 11,1%	5 18,5%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	5 19,2%	3 11,5%	10 38,5%	3 11,5%	4 15,4%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	4 3,1%	30 23,3%	19 14,7%	32 24,8%	22 17,1%	22 17,1%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	5 35,7%	2 14,3%	5 35,7%	1 7,1%	1 7,1%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	3 33,3%	0 0,0%	4 44,4%	1 11,1%	1 11,1%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	1 50,0%	0 0,0%	1 50,0%	0 0,0%	0 0,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	13 44,8%	5 17,2%	4 13,8%	3 10,3%	4 13,8%	29 100,0%
Total	Recuento % dentro de Titulación	19 3,1%	166 27,1%	88 14,4%	142 23,2%	97 15,8%	101 16,5%	613 100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 149. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la Transmisión animales.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,014 ^a	55	,512
Razón de verosimilitudes	56,044	55	,435
Asociación lineal por lineal	,100	1	,751
N de casos válidos	613		

a. 45 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Fuente: *Elaboración propia.*

La Diplomatura y el Grado de Educación Social, así como el alumnado que cursa Máster, son las titulaciones con mayores porcentajes en expresar que se está totalmente en desacuerdo con el hecho de que un animal como el mosquito pueda transmitir el VIH.

Las Diplomaturas de Educación Primaria, Infantil y Física son las que porcentajes más altos tienen en la opción totalmente de acuerdo, teniendo más distorsionada la información de posibles vías de transmisión del virus.

Con respecto a la edad de los sujetos, y aunque a medida que avanza la edad de los encuestados el porcentaje es mayor en la opción totalmente en desacuerdo y en desacuerdo con esta afirmación, los porcentajes son sólo levemente superior, no existiendo una relación significativa.

Compartir chupete.

En este punto se expondrán los datos obtenidos en la pregunta número 20 de nuestro cuestionario. En ella se cuestiona si se piensa que compartir chupetes entre dos bebés, cuando uno de ellos está infectado por el VIH/SIDA, tiene alto riesgo de contagio. Uno de los mitos comúnmente más extendidos es que el VIH se trasmite a través de la saliva. Para ello muchas de las campañas de sensibilización frente a la situación discriminatoria que padecen las personas con VIH, han ido en esta línea de actuación. Un claro ejemplo de ello es el folleto informativo elaborado por ONUSIDA

y el Ministerio de Sanidad y Política social del Gobierno de España en XXI Aniversario del Día Mundial del SIDA (2002), y que aquí ilustramos.

Ilustración 99. Campaña informativa sobre



En la pregunta 7 del cuestionario, el 17% del alumnado al que se le preguntó, contestaron que puede transmitirse a través de lágrimas, sudor y saliva y el 25% decidió elegir la opción «no sé o no contesto». En la cuestión que abordamos en este punto, el 20,1% están totalmente de acuerdo en el hecho de que compartir chupete dos bebés, cuando uno de ellos está infectado por el VIH/SIDA tiene alto riesgo de contagio que sumados al 16,6% del alumnado que está de acuerdo, hacen un total de 36,7% del total de la muestra que piensan que este hecho conlleva riesgos. A este dato hay que añadir que el 22,3% expresan que ni están de acuerdo ni en desacuerdo y por lo tanto, se puede entender que tienen dudas al respecto. Ambas cuestiones tienen porcentajes parecidos, por lo tanto, se debe hacer mayor hincapié en las formas de transmisión, y como hemos dicho en repetidas ocasiones de «no» transmisión para evitar información errónea que fomentan actitudes discriminatorias hacia las personas VIH+. Ver tabla 150 y gráfico 40.

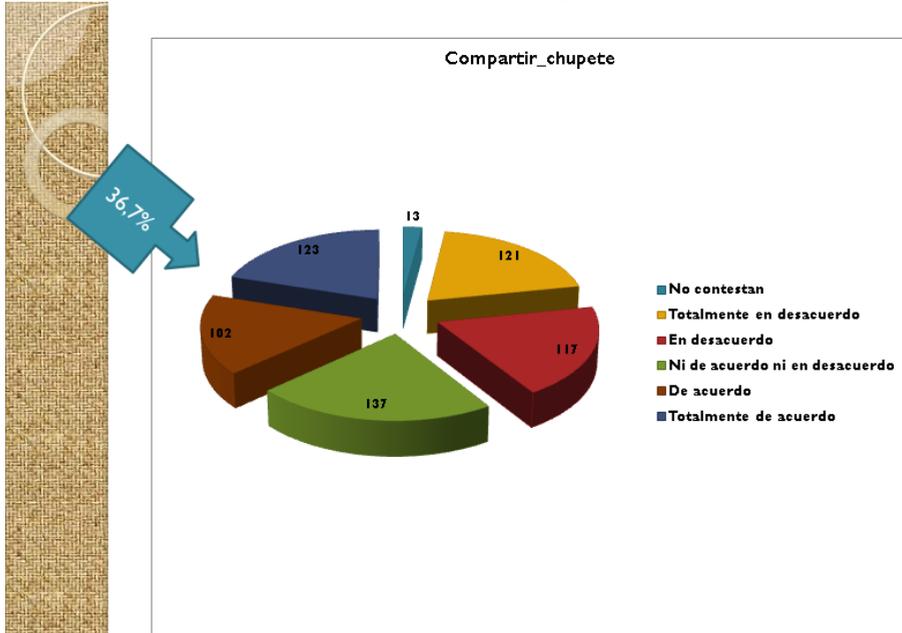
ONUSIDA y el Ministerio de Sanidad y Política social del Gobierno de España (2002).

Tabla 150. Compartir chupetes.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Perdidos	13	2,1	2,1	2,1
Totalmente en desacuerdo	121	19,7	19,7	21,9
En desacuerdo	117	19,1	19,1	40,9
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	137	22,3	22,3	63,3
De acuerdo	102	16,6	16,6	79,9
Totalmente de acuerdo	123	20,1	20,1	100,0
Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 40. Compartir chupetes.



Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de discusión también se debate sobre este hecho y observamos las dudas que se tienen en el caso de que dos bebés compartan chupete:

«Pero se ha dicho que por la saliva no... pero que los niños muchas veces tienen sangre en los dientes, se le cae un diente. Que intercambiar un chupete es como cuando tú intercambias un cepillo de dientes con tu pareja o algo que hace que te salga sangre. Entonces ya es contacto por la sangre...Entonces yo pienso que habría que decírselo a los padres porque de alguna manera tiene que poner ellos la alternativa o sea buscar las medidas necesarias para estar pendiente de esas cosas». Sujeto 4.

«Claro los profesores sí pero los padres muchas veces por sobreproteger a los hijos...».Sujeto 5

«Los dientes se le caen o cualquier cosa entonces...».Sujeto 4

«¿Entonces las criaturas? ».Sujeto 2

«¡O en una pelea, cuando se pegan bocados o lo que sea, oye, pues ya hay...» .Sujeto 4.

«¿Hay alguna manera?...esto no lo sé, yo me acuerdo de una compañera que se mordía las uñas hasta hacerse sangre, entonces si tú eres capaz de identificar ese chupete, si de alguna manera les enseñas a identificar ese chupete con otros chupetes distintos, porque sepan mal o algo tu coges tu chupete ¿no? Hombre es que un año tú no puedes porque el nivel de comprensión de lo que tú intentas explicarle no es tan...no sé y más a un niño». Sujeto 4.

No se observa correlación significativa con respecto al sexo de los encuestados y es por ello que se procederá a analizar los datos obtenidos son respecto a las distintas titulaciones estudiadas:

Tabla 151. Contingencia entre la Titulación y Compartir chupetes.

			Compartir chupete dos bebés, cuando uno de ellos está infectado por el VIH/SIDA tiene alto riesgo de contagio.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	4 2,4%	34 20,1%	31 18,3%	47 27,8%	26 15,4%	27 16,0%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	0 0,0%	2 66,7%	0 0,0%	0 0,0%	1 33,3%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	3 2,9%	14 13,5%	17 16,3%	25 24,0%	18 17,3%	27 26,0%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	2 2,2%	11 12,1%	23 25,3%	23 25,3%	14 15,4%	18 19,8%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	1 10,0%	1 10,0%	2 20,0%	2 20,0%	4 40,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	1 3,7%	3 11,1%	6 22,2%	6 22,2%	6 22,2%	5 18,5%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	10 38,5%	3 11,5%	4 15,4%	3 11,5%	5 19,2%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	2 1,6%	27 20,9%	25 19,4%	21 16,3%	25 19,4%	29 22,5%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	4 28,6%	5 35,7%	2 14,3%	1 7,1%	2 14,3%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	3 33,3%	2 22,2%	1 11,1%	2 22,2%	1 11,1%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	0 0,0%	0 0,0%	1 50,0%	0 0,0%	1 50,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 0,0%	14 48,3%	2 6,9%	5 17,2%	5 17,2%	3 10,3%	29 100,0%
Total	Recuento % dentro de Titulación	13 2,1%	121 19,7%	117 19,1%	137 22,3%	102 16,6%	123 20,1%	613 100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 152. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y Compartir chupetes.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,282 ^a	55	,291
Razón de verosimilitudes	59,589	55	,312
Asociación lineal por lineal	1,600	1	,206
N de casos válidos	613		

a. 41 casillas (56,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

Fuente: Elaboración propia.

De la misma manera que el ítem 7 de nuestro cuestionario (El VIH/SIDA se puede contagiar a través de: a) lágrimas, sudor, y saliva, b) tos y estornudos, c) leche materna, d) N.S. o N.C.), los datos obtenidos más favorables con respecto al ítem que estamos analizando en este punto (Compartir chupete dos bebés, cuando uno de ellos está infectado por el VIH/SIDA tiene alto riesgo de contagio), son también los ofrecidos por los estudiantes de los dos Másteres, de la Diplomatura de Educación Social, y en este ítem también estarían los alumnos de la Diplomatura de Educación Especial. Un dato bastante significativo y curioso, es que el 43,3% de los estudiantes de Educación Infantil, cuya labor docente en un futuro precisamente es el alumnado de edades más tempranas, han contestado las opciones totalmente de acuerdo/de acuerdo en el hecho de que compartir chupete dos bebés, cuando uno de ellos está infectado por el VIH/SIDA tiene alto riesgo de contagio. Este dato, vuelve a sugerirnos la necesidad imperiosa de formar en este ámbito a los futuros docentes.

Si se observa la tabla siguiente se puede apreciar que el porcentaje mayor de alumnado que están totalmente de acuerdo con el hecho de que intercambiar chupetes conlleva alta probabilidad de contagio, se encuentra en los menores de 21 (25,4%). Si se suman los datos del alumnado que ha escogido la opción de acuerdo y totalmente de acuerdo, obtenemos que un 42% de estudiantes menores de 21 años tienen confirmar este hecho, mientras que los otros intervalos oscilan entre un 30 y 37% de estudiantes que opinan lo mismo. Es un porcentaje alto y esta idea podría provocar

que futuros docentes o educadores tuviesen actitudes que fomenten la discriminación de niños y niñas que tengan VIH o que se sospeche que tengan VIH, provocada por los mitos instaurados socialmente sobre la transmisión del virus.

541

Tabla 153. Contingencia entre la Edad y Compartir chupetes.

			Compartir chupete dos bebés, cuando uno de ellos está infectado por el VIH/SIDA tiene alto riesgo de contagio.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento % dentro de Edad_test	2 1,2%	24 14,2%	37 21,9%	35 20,7%	28 16,6%	43 25,4%	169 100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento % dentro de Edad_test	2 1,2%	34 20,9%	30 18,4%	36 22,1%	34 20,9%	27 16,6%	163 100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento % dentro de Edad_test	4 2,9%	30 21,7%	25 18,1%	36 26,1%	21 15,2%	22 15,9%	138 100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento % dentro de Edad_test	2 1,7%	26 21,8%	23 19,3%	25 21,0%	18 15,1%	25 21,0%	119 100,0%
Total		Recuento % dentro de Edad_test	10 1,7%	114 19,4%	115 19,5%	132 22,4%	101 17,1%	117 19,9%	589 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Relación buco-genital.

En el ítem 8 preguntábamos sobre el riesgo de transmisión a la hora de realizar algunas prácticas sexuales, como es una felación. La mayor parte de los encuestados (47,3 %), eligieron la opción correcta y el 23,7% eligieron la opción N.S/N.C. En la cuestión número 21, hemos preguntado sobre si el hecho de mantener una relación buco-genital sin protección con una persona infectada por VIH/SIDA tiene riesgo de infección. En este ítem el porcentaje mayor (37,8%) corresponde a la opción «totalmente de acuerdo». Si sumamos este dato al porcentaje obtenido de las personas que han elegido la opción «de acuerdo» (22,8%), podemos llegar a decir

que el 60,6% de las personas han contestado que mantener relaciones sexuales orales sin protección conlleva riesgo.

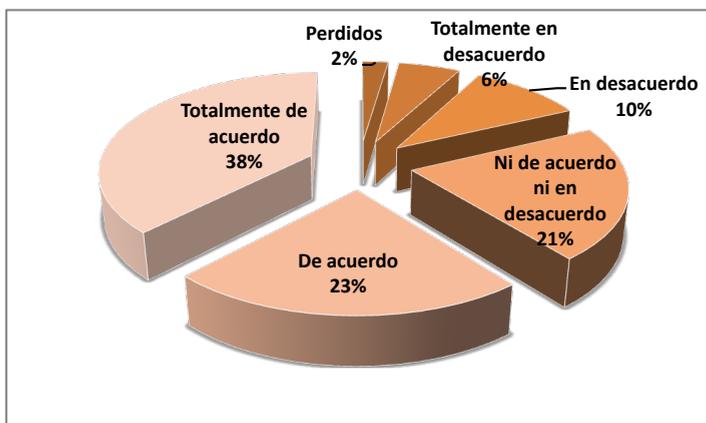
Sigue siendo necesario tomar medidas educativas en el ámbito de las relaciones sexuales saludables para que el 39,4% restante- que corresponde al alumnado que ha expresado que no conlleva ningún riesgo o que no están ni de acuerdo ni en desacuerdo- tenga claro que es una conducta de riesgo. Ver tabla 154 y gráfico 41.

Tabla 154. Relación bucogenital.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	14	2,3	2,3	2,3
	Totalmente en desacuerdo	34	5,5	5,5	7,8
	En desacuerdo	62	10,1	10,1	17,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	131	21,4	21,4	39,3
	De acuerdo	140	22,8	22,8	62,2
	Totalmente de acuerdo	232	37,8	37,8	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 41. Relación bucogenital.



Fuente: Elaboración propia.

Aunque la opción con mayor porcentaje en ambos sexos sea «Totalmente de acuerdo», la población masculina de nuestra encuesta tiene un porcentaje más alto (44,1%) en esta opción, que la femenina (36,7%). El porcentaje

de mujeres que han elegido la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» es considerablemente más elevado que el de los hombres.

Preveíamos este hecho ya que cuando se preguntaba en la cuestión 8 sobre los riesgos de una felación sin protección, el porcentaje de hombres que contestaban correctamente era de 6 puntos superior al de las mujeres que habían seleccionado la misma respuesta. Lo que confirma es que hay mayor número de hombres de nuestra muestra que tiene una información más real sobre este hecho, que de mujeres que han participado en este estudio.

543

Tabla 155. Contingencia entre el Sexo y la Relación buco genital.

		Mantener una relación buco-genital sin protección con una persona infectada por VIH/SIDA tiene riesgo de infección.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	3	0	0	1	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	50,0%	,0%	,0%	16,7%	100,0%
Mujer	Recuento	10	30	49	115	110	182	496
	% dentro de Sexo	2,0%	6,0%	9,9%	23,2%	22,2%	36,7%	100,0%
Hombre	Recuento	2	4	10	16	30	49	111
	% dentro de Sexo	1,8%	3,6%	9,0%	14,4%	27,0%	44,1%	100,0%
Total	Recuento	14	34	62	131	140	232	613
	% dentro de Sexo	2,3%	5,5%	10,1%	21,4%	22,8%	37,8%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 156. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Relación buco genital.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,435 ^a	10	,000
Razón de verosimilitudes	25,969	10	,004
Asociación lineal por lineal	7,782	1	,005
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,14.

Fuente: *Elaboración propia.*

En todas las titulaciones observamos que la opción más numerosa es «Totalmente de acuerdo» pero los mayores porcentajes superiores al 50 %, los encontramos en el Máster de Educación Secundaria y en la Diplomatura de Educación Social.

Tabla 157. Contingencia entre la Titulación y la Relación buco-genital.

			Mantener una relación buco-genital sin protección con una persona infectada por VIH/SIDA tiene riesgo de infección.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	4	12	18	45	35	55	169
		% dentro de Titulación	2,4%	7,1%	10,7%	26,6%	20,7%	32,5%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	0	2	0	1	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	66,7%	,0%	33,3%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	3	5	6	29	22	39	104
		% dentro de Titulación	2,9%	4,8%	5,8%	27,9%	21,2%	37,5%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	3	3	10	20	18	37	91
		% dentro de Titulación	3,3%	3,3%	11,0%	22,0%	19,8%	40,7%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	1	0	0	4	5	10
		% dentro de Titulación	,0%	10,0%	,0%	,0%	40,0%	50,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	2	5	3	7	10	27
		% dentro de Titulación	,0%	7,4%	18,5%	11,1%	25,9%	37,0%	100,0%
Diplomatura en Educación Especial	Recuento	1	0	3	7	7	8	26	
	% dentro de Titulación	3,8%	,0%	11,5%	26,9%	26,9%	30,8%	100,0%	
Psicopedagogía	Recuento	3	6	16	20	35	49	129	
	% dentro de Titulación	2,3%	4,7%	12,4%	15,5%	27,1%	38,0%	100,0%	
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	3	0	3	1	7	14	
	% dentro de Titulación	,0%	21,4%	,0%	21,4%	7,1%	50,0%	100,0%	
Máster en Secundaria	Recuento	0	0	2	0	2	5	9	
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	22,2%	,0%	22,2%	55,6%	100,0%	
No contesta	Recuento	0	0	0	0	1	1	2	
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	50,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	2	2	2	8	15	29	
	% dentro de Titulación	,0%	6,9%	6,9%	6,9%	27,6%	51,7%	100,0%	
Total	Recuento	14	34	62	131	140	232	613	
	% dentro de Titulación	2,3%	5,5%	10,1%	21,4%	22,8%	37,8%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

El porcentaje de mayores de 23 años que opinan estar de acuerdo o totalmente de acuerdo en que mantener una relación buco-genital sin protección con una persona infectada por VIH/SIDA tiene riesgo de infección, es levemente superior, rondando el 63%, que el de los menores de 23 años (58%). Ver tabla 158.

Tabla 158. Contingencia entre la Edad y la Relación buco-genital.

			Mantener una relación buco-genital sin protección con una persona infectada por VIH/SIDA tiene riesgo de infección.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Edad_test	21 años o menos	Recuento % dentro de Edad_test	4 2,4%	14 8,3%	13 7,7%	39 23,1%	31 18,3%	68 40,2%	169 100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento % dentro de Edad_test	2 1,2%	6 3,7%	19 11,7%	40 24,5%	43 26,4%	53 32,5%	163 100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento % dentro de Edad_test	2 1,4%	5 3,6%	13 9,4%	29 21,0%	40 29,0%	49 35,5%	138 100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento % dentro de Edad_test	3 2,5%	8 6,7%	13 10,9%	20 16,8%	23 19,3%	52 43,7%	119 100,0%
Total		Recuento % dentro de Edad_test	11 1,9%	33 5,6%	58 9,8%	128 21,7%	137 23,3%	222 37,7%	589 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Fetos.

En la pregunta número 10 de nuestro cuestionario, el 41,9 % de los estudiantes contestaba la opción «No sé o no contesto» cuando se les preguntaba por el significado de la transmisión vertical, mientras que el 37,7 % seleccionaban la opción correcta (transmisión de madres a hijos/hijas). En el ítem que abordamos en este punto, hemos preguntado si en nuestro país los fetos cuyas madres estén infectadas por el VIH, nacerán con el virus.

Aunque en Capítulo 1 se habló sobre esta vía de transmisión, se procederá a describir brevemente algunos aspectos claves. Desde el inicio las primeras investigaciones médicas sobre la epidemia, se descubrió que era posible la transmisión materna fetal, revelándose como una vía más de contagio.

En un primer momento, se optó por intentar evitar la transmisión vertical, no realizando maniobras invasivas durante el parto. No obstante, cuando se produce un verdadero avance al respecto es cuando se demostró que el tratamiento antirretroviral durante la gestación y el parto, así como la profilaxis en el recién nacido, evitaba la infección del VIH en la mayoría de los casos. Este importantísimo avance, genera un nuevo protocolo de actuación con medidas activas por parte del personal sanitario, cuya finalidad es conocer si la gestante está infectada por el VIH.

Para ello, el cribado ha de llevarse a cabo en todas las gestantes al menos que la mujer embarazada no de su consentimiento en la realización de la prueba, sin embargo aún más favorable sería el hecho de realizar dicha prueba con anterioridad al embarazo, pudiéndose tener mayor información en los mecanismos preventivos en la transmisión vertical.

El reto de un cribado general en la población adulta, evitaría en muchos casos el contagio por transmisión vertical y horizontal. Las campañas de sensibilización e información, basan gran parte de sus esfuerzos en la realización de las pruebas para la detección del virus en población aparentemente sana.

En el informe de ONUSIDA (2012), podemos corroborar el avance en la lucha por evitar la transmisión vertical, aunque volvemos a repetir que el cribado universal de la población adulta, posiblemente pondría frenos a la pandemia:

«Las nuevas infecciones por el VIH en niños disminuyeron un 43% entre 2003 y 2011. De hecho, las nuevas infecciones por el VIH en niños se redujeron un 24% sólo en los últimos dos años, lo que equivale al descenso registrado entre 2003 y 2011. Dos tercios de la disminución de las nuevas infecciones por el VIH, en adultos y niños, en el período de 24 meses comprendido entre 2009 y 2011 se produjeron en recién nacidos. Esta merma se ha acelerado por el rápido progreso logrado en los últimos dos años al brindar acceso a servicios de prevención y tratamiento a un mayor número de mujeres que viven con el VIH. Cuando las mujeres que viven con el VIH reciben profilaxis antirretrovírica durante el embarazo, el parto y la lactancia, el riesgo de transmisión del VIH se reduce a menos del 5%. Este progreso acelerado en la reducción de las nuevas infecciones por el VIH se ha dado al tiempo que los países avanzan en la aplicación del Plan Mundial para eliminar las nuevas infecciones por el VIH en niños para el año 2015 y para mantener con vida a sus madres. No obstante, persisten acentuadas desigualdades geográficas. De los niños que contrajeron el VIH en 2011, cerca de cero viven en países de ingresos altos y más del 90% viven en África subsahariana. Resulta alentador observar que el número de niños que se infectaron en la región se redujo un 24% entre 2009 y 2011. Los países con epidemias generalizadas concentran la abrumadora mayoría de las nuevas infecciones por el VIH en niños y han logrado grandes avances durante la última década» (p.27).

En nuestro país, las probabilidades de que un niño nazca con el VIH se han reducido drásticamente, por los cribados que se realizan a lo largo de la gestación así como el tratamiento antirretroviral, sin embargo, el 37,4 % del alumnado ha elegido la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» seguido de la opción «De acuerdo» que representa el 20,9%. Ver tabla 159 y gráfico 42.

Podemos relacionar este ítem con una de las cuestiones que se plantean en la Escala de actitud ante el SIDA para enfermería (EASE) y con los resultados obtenidos por el estudio ya citado de J. T. Sábado y Aradilla

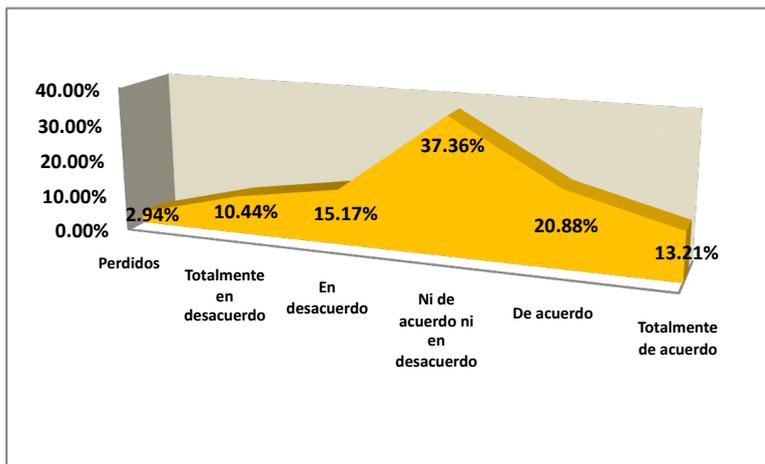
A. (2003). En este estudio, a la pregunta de «No debe permitirse que las mujeres seropositivas queden embarazadas», el 22,8% de los estudiantes de enfermería contestaron «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» y 15% escogen la opción «Moderado acuerdo». Como se observa y es previsible, los datos del estudio con alumnado de enfermería son relativamente más favorables que nuestro estudio, formado íntegramente por alumnado de las distintas titulaciones educativas, ya que estos tienen mayor información y más precisa sobre el hecho abordado. Estos datos no hacen más que corroborar en la importancia de tener una información exacta, fiable y completa de la enfermedad y tal como propone el Plan Andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS 2010-2015 (Rodríguez y Zamora, 2010) apunta que es primordial la estrategia en la que «se incorporará a la formación del profesorado la sexualidad y la prevención del ITS y VIH» (p.75) para evitar que se piense o exprese que las madres VIH+ no deberían quedarse embarazadas.

Los datos extraídos de esta cuestión, los relacionaremos también con la última pregunta del cuestionario en la que se pregunta al alumno que, en el caso de que tuviesen el VIH tendrían o no hijos propios. Pero será al final del punto 5.3 cuando revelemos esos datos y su relación con la cuestión que abordamos en este momento.

		Tabla 159. Fetos.			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	18	2,9	2,9	2,9
	Totalmente en desacuerdo	64	10,4	10,4	13,4
	En desacuerdo	93	15,2	15,2	28,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	229	37,4	37,4	65,9
	De acuerdo	128	20,9	20,9	86,8
	Totalmente de acuerdo	81	13,2	13,2	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 42. Fetos.



Fuente: *Elaboración propia.*

Existen más mujeres que hombres en la muestra del cuestionario que opinan que en nuestro país, los fetos cuyas madres estén infectadas por el VIH, nacerán con el virus. El 34,9% de las mujeres a las que se les ha preguntado están de acuerdo o totalmente de acuerdo con este hecho y el 30,6% de los hombres opinan lo mismo. Es esperable que si estas personas piensan que los hijos/as de madres seropositivas- en nuestro país, el cual tiene todos los medios sanitarios para que esto no ocurra- van a transmitirle el virus, opinen que no deberían tener hijos propios.

Tabla 160. Contingencia entre el Sexo y los Fetos.

		En nuestro país, los fetos cuyas madres estén infectadas por el VIH, nacerán con el virus.						
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Sexo 0	Recuento	2	0	0	2	1	1	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	,0%	33,3%	16,7%	16,7%	100,0%
Mujer	Recuento	14	53	77	179	103	70	496
	% dentro de Sexo	2,8%	10,7%	15,5%	36,1%	20,8%	14,1%	100,0%
Hombre	Recuento	2	11	16	48	24	10	111
	% dentro de Sexo	1,8%	9,9%	14,4%	43,2%	21,6%	9,0%	100,0%
Total	Recuento	18	64	93	229	128	81	613
	% dentro de Sexo	2,9%	10,4%	15,2%	37,4%	20,9%	13,2%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 161. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y los Fetos.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	24,261 ^a	10	,007
Razón de verosimilitudes	13,202	10	,213
Asociación lineal por lineal	,001	1	,972
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Fuente: *Elaboración propia.*

No se observan diferencias significativas con respecto a la titulación de los sujetos y con respecto a la edad, se puede volver a decir que, a medida que es superior el intervalo de edad, el porcentaje en las opciones totalmente de acuerdo y de acuerdo va descendiendo, así el 38,5% de los sujetos de 21 años o menos, el 36,8% de los sujetos entre 21 y 23 años, el 31,1% de los comprendido entre el intervalo 23-25 años de edad y el 29,4% de los mayores de 25 años han elegido alguna de las dos últimas opciones.

Tabla 162. Contingencia entre la Edad y los Fetos.

			En nuestro país, los fetos cuyas madres estén infectadas por el VIH, nacerán con el virus.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Edad_test	21 años o menos	Recuento	2	13	24	65	42	23	169
		% dentro de Edad_test	1,2%	7,7%	14,2%	38,5%	24,9%	13,6%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	3	20	22	58	39	21	163
		% dentro de Edad_test	1,8%	12,3%	13,5%	35,6%	23,9%	12,9%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	6	11	26	52	30	13	138
		% dentro de Edad_test	4,3%	8,0%	18,8%	37,7%	21,7%	9,4%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	4	16	17	47	15	20	119
		% dentro de Edad_test	3,4%	13,4%	14,3%	39,5%	12,6%	16,8%	100,0%
Total		Recuento	15	60	89	222	126	77	589
		% dentro de Edad_test	2,5%	10,2%	15,1%	37,7%	21,4%	13,1%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 163. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y los Fetos.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,729 ^a	15	,277
Razón de verosimilitudes	18,380	15	,243
Asociación lineal por lineal	3,680	1	,055
N de casos válidos	589		

a. 4 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,03.

Fuente: *Elaboración propia.*

Homosexuales.

Como ya se ha comentado en la primera parte de este documento, el VIH/SIDA se relacionó en sus primeros años como una enfermedad asociada al colectivo de hombres que mantienen relaciones sexuales con otros hombres (HSH), inclusive refiriéndose a la enfermedad como «el cáncer gay». Aunque pronto salieron a la luz pública estudios que aclaraban los mecanismos de transmisión del virus, y por lo tanto, ya se sabía que todos las personas independientemente de su orientación sexual, grupo étnico,

clase social o sexo, somos igualmente vulnerables, el estigma ante el colectivo homosexual que se fraguó en el primer momento, está siendo difícil de eliminar. Sigue existiendo actitudes que fomentan que esta situación continúe arraigada como por ejemplo el hecho de que en EEUU actualmente sigue vigente una ley que impide a los hombres homosexuales donar sangre desde 1983, cuando se conocía muy poco acerca del sida tal como refleja el periódico El País en su edición digital del día 20 de Junio de 2013.

En este ítem se ha preguntado si se piensa que «las personas homosexuales tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA que las heterosexuales». La opción más elegida es «Totalmente en desacuerdo» (45 %) que sumada a la opción «En desacuerdo» (14,5%) hacen un total de 59,5%. Por lo tanto, podemos llegar a decir que más de la mitad de los encuestados de nuestro estudio tiene sobradamente claro que las personas homosexuales no tienen mayor riesgo de contagio que las heterosexuales. Sin embargo, el 40,5% restante, se posiciona favorablemente hacia la cuestión planteada o ha elegido la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo», hecho que nos sugiere que no sabe que contestar al respecto y/o necesitaría más información (tabla 164 y gráfico 43). Es por ello, que debemos tomar medidas educativas basadas en la información de calidad sobre la temática, que favorezca el decrecimiento de este último porcentaje.

Ilustración 99. Noticia recogida por el periódico El País.



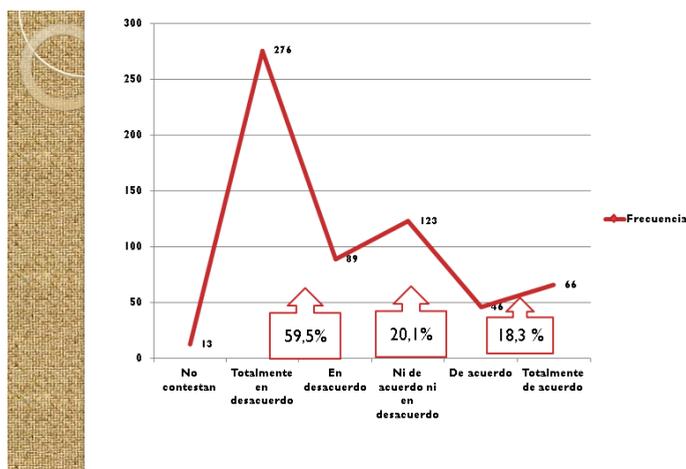
Artículo del periódico "El País" (2013).

Tabla 164. Homosexuales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	13	2,1	2,1	2,1
	Totalmente en desacuerdo	276	45,0	45,0	47,1
	En desacuerdo	89	14,5	14,5	61,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	123	20,1	20,1	81,7
	De acuerdo	46	7,5	7,5	89,2
	Totalmente de acuerdo	66	10,8	10,8	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 43. Homosexuales.



Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de discusión también se observan distintas tendencias cuando preguntamos sobre el hecho de que si las personas homosexuales tienen mayor probabilidad de contagio:

«Siempre se ha dicho que los homosexuales tienden a tener mayor probabilidad, pero entramos en la misma dinámica que con las personas de África, estamos en lo mismo, todos somos humanos». Sujeto 7.

«Siempre se ha escuchado eso». Sujeto 4.

«Es que yo pienso que cuando a ti te van a definir algo sobre el VIH tiendes siempre a decir las relaciones entre un hombre y una mujer, nunca de hombre a hombre y como un hombre no se puede quedar

embarazado pues no se le da tanta importancia a esa precaución de un hombre como de una mujer». Sujeto 9.

«Es que como a los homosexuales se les ve más viciosos pues se toman más medidas en el tema de la protección». Sujeto 6.

Aunque la opción preferente tanto de los hombres como de las mujeres de nuestra muestra, haya sido «Totalmente en desacuerdo», existen diferencias que merecen ser explicadas. Las mujeres han elegido con respecto a los hombres la opción «Totalmente en desacuerdo», con una diferencia de 10 puntos superior (el 47,4% frente al 36,9% de los hombres). Lo mismo ocurre en la opción «En desacuerdo», siendo el porcentaje de las mujeres superior (15,3% frente al 11,7% de los hombres). En la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo», el porcentaje de hombres es mayor que el de mujeres (22,5% frente al 19,6% de mujeres). Significativo también es la diferencia de 5 puntos superior en el grupo de hombres en la opción «De acuerdo» (11,7% frente al 6,5% de mujeres) y de 6 puntos en la opción «Totalmente de acuerdo» (15,3% frente al 9,5% de las mujeres). Después de todo lo expuesto, podemos decir que el porcentaje de mujeres que tiene una percepción menos estigmatizada sobre el hecho de que los homosexuales sean un colectivo de mayor riesgo en la infección por VIH, es superior al porcentaje de hombres que tienen la misma opinión (tabla 165 y 166).

Tabla 165. Contingencia entre el Sexo y los Homosexuales.

		Las personas homosexuales tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA que las heterosexuales.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	0	1	1	2	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	,0%	16,7%	16,7%	33,3%	100,0%
Mujer	Recuento	9	235	76	97	32	47	496
	% dentro de Sexo	1,8%	47,4%	15,3%	19,6%	6,5%	9,5%	100,0%
Hombre	Recuento	2	41	13	25	13	17	111
	% dentro de Sexo	1,8%	36,9%	11,7%	22,5%	11,7%	15,3%	100,0%
Total	Recuento	13	276	89	123	46	66	613
	% dentro de Sexo	2,1%	45,0%	14,5%	20,1%	7,5%	10,8%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 166. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y los Homosexuales.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	44,648 ^a	10	,000
Razón de verosimilitudes	26,304	10	,003
Asociación lineal por lineal	5,563	1	,018
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,13.

Fuente: *Elaboración propia.*

Las titulaciones con porcentajes más altos en la opción «Totalmente en desacuerdo» lo tienen los Másteres y la Diplomatura en Educación Social, y la Diplomatura de Educación Infantil (ente el 64 y 77% de los encuestados de esas titulaciones), así como el Grado y la Diplomatura de Educación Infantil y la Diplomatura en Educación Primaria son las que tienen mayores porcentaje en la opción «Totalmente de acuerdo» en que las personas homosexuales tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA que las heterosexuales (entre un 13 y 20%).

Tabla 167. Contingencia entre la Titulación y los Homosexuales.

			Las personas homosexuales tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA que las heterosexuales.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	4	70	30	32	13	20	169
		% dentro de Titulación	2,4%	41,4%	17,8%	18,9%	7,7%	11,8%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	1	1	1	0	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	3	48	9	21	9	14	104
		% dentro de Titulación	2,9%	46,2%	8,7%	20,2%	8,7%	13,5%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	2	34	7	24	11	13	91
		% dentro de Titulación	2,2%	37,4%	7,7%	26,4%	12,1%	14,3%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	5	2	1	0	2	10
		% dentro de Titulación	,0%	50,0%	20,0%	10,0%	,0%	20,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	8	5	9	2	3	27
		% dentro de Titulación	,0%	29,6%	18,5%	33,3%	7,4%	11,1%	100,0%
Diplomatura en Educación Especial	Recuento	1	9	3	9	2	2	26	
	% dentro de Titulación	3,8%	34,6%	11,5%	34,6%	7,7%	7,7%	100,0%	
Psicopedagogía	Recuento	3	63	25	22	5	11	129	
	% dentro de Titulación	2,3%	48,8%	19,4%	17,1%	3,9%	8,5%	100,0%	
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	9	4	1	0	0	14	
	% dentro de Titulación	,0%	64,3%	28,6%	7,1%	,0%	,0%	100,0%	
Máster en Secundaria	Recuento	0	7	2	0	0	0	9	
	% dentro de Titulación	,0%	77,8%	22,2%	,0%	,0%	,0%	100,0%	
No contesta	Recuento	0	1	0	0	0	1	2	
	% dentro de Titulación	,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	22	1	3	3	0	29	
	% dentro de Titulación	,0%	75,9%	3,4%	10,3%	10,3%	,0%	100,0%	
Total	Recuento	13	276	89	123	46	66	613	
	% dentro de Titulación	2,1%	45,0%	14,5%	20,1%	7,5%	10,8%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 168. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y los Homosexuales.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	68,889 ^a	55	,099
Razón de verosimilitudes	80,005	55	,015
Asociación lineal por lineal	11,214	1	,001
N de casos válidos	613		

a. 45 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,04.

Fuente: Elaboración propia.

Todas los intervalos de edad en los cuales hemos fraccionado nuestra muestra, eligen la opción «Totalmente en desacuerdo» como la más votada, siendo el porcentaje más elevado el de los mayores de 25 (un 54,6% frente a un 40,2% de los menores de 21 años que expresan estar totalmente en desacuerdo).

Tabla 169. Contingencia entre la Edad y los Homosexuales.

			Las personas homosexuales tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA que las heterosexuales.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento % dentro de Edad_test	3 1,8%	68 40,2%	25 14,8%	35 20,7%	11 6,5%	27 16,0%	169 100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento % dentro de Edad_test	2 1,2%	73 44,8%	26 16,0%	36 22,1%	13 8,0%	13 8,0%	163 100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento % dentro de Edad_test	2 1,4%	62 44,9%	21 15,2%	33 23,9%	15 10,9%	5 3,6%	138 100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento % dentro de Edad_test	3 2,5%	65 54,6%	16 13,4%	13 10,9%	5 4,2%	17 14,3%	119 100,0%
Total		Recuento % dentro de Edad_test	10 1,7%	268 45,5%	88 14,9%	117 19,9%	44 7,5%	62 10,5%	589 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 170. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y los Homosexuales.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,392 ^a	15	,019
Razón de verosimilitudes	30,603	15	,010
Asociación lineal por lineal	4,902	1	,027
N de casos válidos	589		

a. 4 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,02.

Fuente: *Elaboración propia.*

559

☑ Bisexuales.

En este ítem hemos preguntado si se piensa que «las personas bisexuales tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA que las heterosexuales». La opción más elegida es «Totalmente en desacuerdo» (46,8 %), que si es sumada a la opción «en desacuerdo» (14,8%), hacen un total de 61,6%. Por lo tanto, más de la mitad de los encuestados de nuestro estudio, -al igual que los datos obtenido en el apartado anterior- tienen sobradamente claro que las personas bisexuales no tienen mayor riesgo de contagio que las heterosexuales.

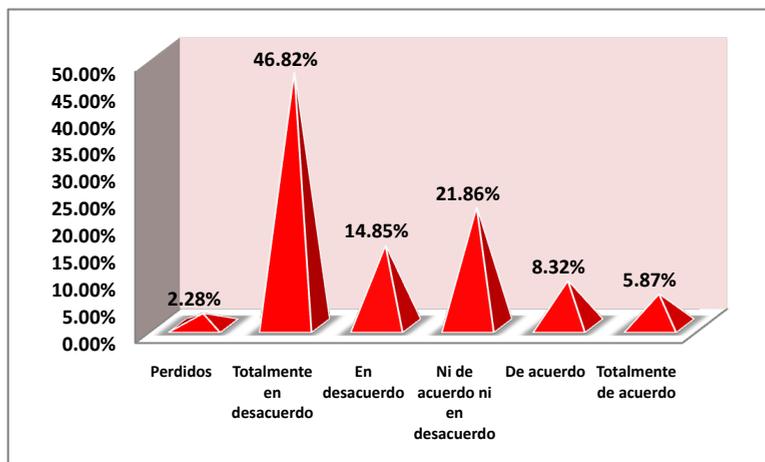
Solo un 14,2% están de acuerdo o totalmente de acuerdo con este hecho y un 21,9% no está ni de acuerdo, ni en desacuerdo con esta cuestión tanteada. Ver tabla 171 y gráfico 44.

Tabla 171. Bisexuales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	14	2,3	2,3	2,3
	Totalmente en desacuerdo	287	46,8	46,8	49,1
	En desacuerdo	91	14,8	14,8	63,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	134	21,9	21,9	85,8
	De acuerdo	51	8,3	8,3	94,1
	Totalmente de acuerdo	36	5,9	5,9	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 44. Bisexuales.



Fuente: *Elaboración propia.*

Como ya ocurriera en el apartado anterior en el que se preguntaba por las personas homosexuales, el porcentaje de mujeres que expresan estar totalmente en desacuerdo con el hecho de que las personas bisexuales tengan mayor probabilidad de riesgo por infección del VIH/SIDA, es también de 10 puntos superior al de hombres que tienen esa misma creencia, obteniendo las mujeres de nuestra muestra resultados más favorables y menos estigmatizados en cuanto la relación establecida entre contagio del VIH y orientación sexual (tabla 172 y 173).

Tabla 172. Contingencia entre el Sexo y los Bisexuales.

		Las personas bisexuales tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA que las heterosexuales.						
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Sexo 0	Recuento	2	0	1	1	1	1	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	100,0%
Mujer	Recuento	10	243	71	108	37	27	496
	% dentro de Sexo	2,0%	49,0%	14,3%	21,8%	7,5%	5,4%	100,0%
Hombre	Recuento	2	44	19	25	13	8	111
	% dentro de Sexo	1,8%	39,6%	17,1%	22,5%	11,7%	7,2%	100,0%
Total	Recuento	14	287	91	134	51	36	613
	% dentro de Sexo	2,3%	46,8%	14,8%	21,9%	8,3%	5,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 173. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y los Bisexuales.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,880 ^a	10	,000
Razón de verosimilitudes	18,731	10	,044
Asociación lineal por lineal	2,471	1	,116
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,14.

Fuente: Elaboración propia.

Todas las titulaciones coinciden en que la opción totalmente en desacuerdo es la más elegida, siendo los Másteres y la Diplomatura en Educación de Educación Social, las titulaciones con porcentajes más altos, oscilando entre el 64 y 77%. Ver tabla 174 y 175.

Tabla 174. Contingencia entre la Titulación y los Bisexuales.

			Las personas bisexuales tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA que las heterosexuales.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	3	80	27	38	13	8	169
		% dentro de Titulación	1,8%	47,3%	16,0%	22,5%	7,7%	4,7%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	1	1	1	0	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	33,3%	33,3%	33,3%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	3	49	6	21	14	11	104
		% dentro de Titulación	2,9%	47,1%	5,8%	20,2%	13,5%	10,6%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	2	33	16	28	9	3	91
		% dentro de Titulación	2,2%	36,3%	17,6%	30,8%	9,9%	3,3%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	6	1	2	1	0	10
		% dentro de Titulación	,0%	60,0%	10,0%	20,0%	10,0%	,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	8	6	9	2	2	27
		% dentro de Titulación	,0%	29,6%	22,2%	33,3%	7,4%	7,4%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	1	10	5	7	2	1	26
	% dentro de Titulación	3,8%	38,5%	19,2%	26,9%	7,7%	3,8%	100,0%	
Psicopedagogía	Recuento	5	62	22	23	6	11	129	
	% dentro de Titulación	3,9%	48,1%	17,1%	17,8%	4,7%	8,5%	100,0%	
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	9	4	1	0	0	14	
	% dentro de Titulación	,0%	64,3%	28,6%	7,1%	,0%	,0%	100,0%	
Máster en Secundaria	Recuento	0	7	1	1	0	0	9	
	% dentro de Titulación	,0%	77,8%	11,1%	11,1%	,0%	,0%	100,0%	
No contesta	Recuento	0	1	0	0	1	0	2	
	% dentro de Titulación	,0%	50,0%	,0%	,0%	50,0%	,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	22	2	3	2	0	29	
	% dentro de Titulación	,0%	75,9%	6,9%	10,3%	6,9%	,0%	100,0%	
Total	Recuento	14	287	91	134	51	36	613	
	% dentro de Titulación	2,3%	46,8%	14,8%	21,9%	8,3%	5,9%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 175. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y los Bisexuales.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	66,590 ^a	55	,136
Razón de verosimilitudes	73,323	55	,050
Asociación lineal por lineal	6,149	1	,013
N de casos válidos	613		

a. 45 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Fuente: *Elaboración propia.*

No se observa correlación significativa con respecto a la edad (tabla 177), siendo los resultados parecidos aunque y como ha ocurrido con otros ítems, observamos que a mayor intervalo de edad, mayor porcentaje en la opción «Totalmente en desacuerdo».

Tabla 176. Contingencia entre la Edad y los Bisexuales.

			Las personas bisexuales tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA que las heterosexuales.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Edad_test	21 años o menos	Recuento	3	76	21	41	19	9	169
		% dentro de Edad_test	1,8%	45,0%	12,4%	24,3%	11,2%	5,3%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	2	74	26	40	14	7	163
		% dentro de Edad_test	1,2%	45,4%	16,0%	24,5%	8,6%	4,3%	100,0%
Entre 23 hasta 25	Recuento	2	66	24	31	9	6	138	
	% dentro de Edad_test	1,4%	47,8%	17,4%	22,5%	6,5%	4,3%	100,0%	
Mayor de 25 años	Recuento	3	63	17	16	8	12	119	
	% dentro de Edad_test	2,5%	52,9%	14,3%	13,4%	6,7%	10,1%	100,0%	
Total		Recuento	10	279	88	128	50	34	589
		% dentro de Edad_test	1,7%	47,4%	14,9%	21,7%	8,5%	5,8%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 177. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y los Bisexuales.

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,738 ^a	15	,400
Razón de verosimilitudes	15,597	15	,409
Asociación lineal por lineal	1,385	1	,239
N de casos válidos	589		

a. 4 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,02.

Fuente: *Elaboración propia.*

Sin pareja estable.

La relación establecida en el imaginario social entre la idea de que una persona que tengan relaciones sexuales ocasionales con distintas parejas y la mayor probabilidad de contagio, están fuertemente arraigas.

Con frecuencia esos «malos hábitos» se vinculan a palabras con una connotación peyorativa como promiscuidad o también a ideas enlazadas a actividades ilícitas, desaprobadas por el conjunto de la sociedad.

En muchas ocasiones, el hombre que ha padecido el estigma del VIH/SIDA ha sido percibido como persona con conductas deplorables, merecidas por ser homosexuales, bisexuales o clientes que acude a trabajadoras del sexo. En cuanto a la idea de la mujer que tiene o se sospecha ser VIH+, puede ser señalada como promiscua o profesional de sexo. Este panorama parece estar cambiando- cuenta de ello son los datos favorecedores que hemos obtenidos en los resultados anteriormente vistos- aunque aún existen muchas personas que tienen enraizadas esa representación social y a la que con mayor información podremos ayudar a cambiar aquellas opiniones y actitudes discriminatorias que se puedan producir.

En la pregunta número 25, hemos preguntado si los encuestados piensan que «las personas que practican sexo y no tienen una pareja estable tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA». Como podemos observar en la

tabla 178 y en el gráfico 45, no se observa una tendencia clara. El porcentaje mayor ha sido el obtenido en la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» (23%), sin embargo, varía poco con otras de las opciones ofrecidas.

Es por ello, que tenemos un 42,9% de los sujetos que tienen una tendencia afirmativa a este hecho («De acuerdo» y «Totalmente de acuerdo»). Contraria a esta postura, nos encontramos con el 32,5% de los encuestados («Totalmente en desacuerdo» y «En desacuerdo»).

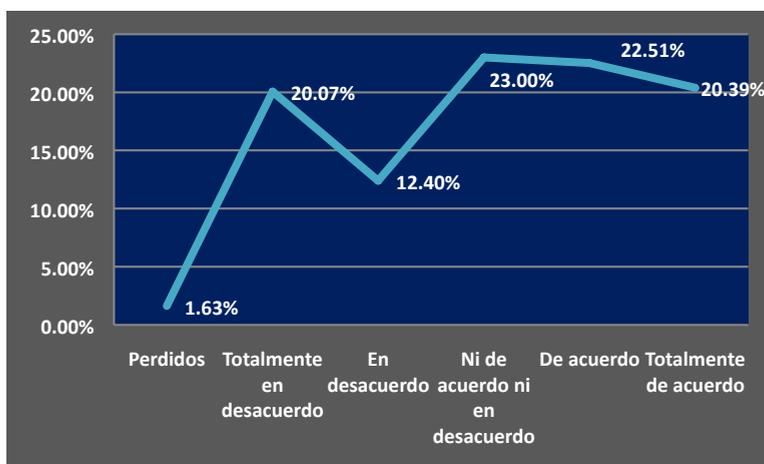
Teniendo en cuenta los anteriores hechos, entendemos como positivas las 32,5% de las respuestas que se definen claramente por una tendencia contraria a la afirmación planteada y el 23% que no están «Ni de acuerdo ni en desacuerdo», ya que el hecho de mantener relaciones sexuales con una pareja ocasional no conlleva ningún tipo de riesgo si son relaciones protegidas.

Por lo tanto, deberemos seguir aunando esfuerzos para que el porcentaje restante (42,9%) disminuya, y no continúe la ecuación «Relaciones con parejas ocasionales= Promiscuidad=Contagio VIH».

		Tabla 178. Sin pareja estable.			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	10	1,6	1,6	1,6
	Totalmente en desacuerdo	123	20,1	20,1	21,7
	En desacuerdo	76	12,4	12,4	34,1
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	141	23,0	23,0	57,1
	De acuerdo	138	22,5	22,5	79,6
	Totalmente de acuerdo	125	20,4	20,4	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 45. Sin pareja estable.



Fuente: Elaboración propia.

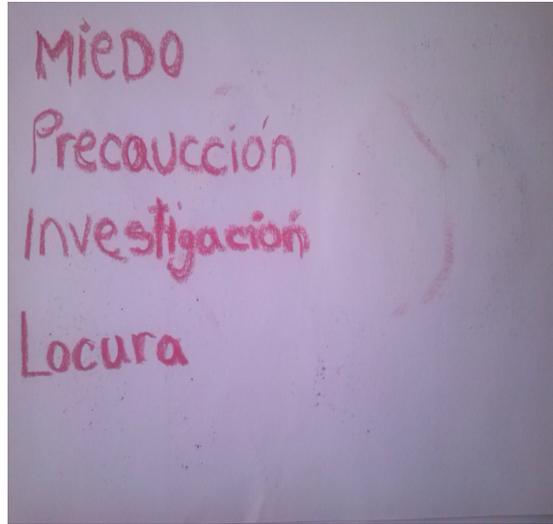
Durante el debate generado en el grupo de discusión, podemos ver diferentes puntos de vistas:

«Cada día en la sociedad moderna están las puertas más abiertas, digamos viene gente cada una con una historia distinta de diferentes países o tú viajas a diversos países y está en continua relación las personas de distintas etnias y de distintas culturas». Sujeto 4

«Yo creo que no tienen porqué ser personas que tienen relaciones hoy con uno mañana con otro, puede ser que una persona hoy tenga un desliz, que he visto casos que han tenido un desliz y resulta pues que le han transmitido la enfermedad, y ahora se la han contagiado a su mujer. Y ahora esa mujer qué culpa tiene, esa mujer no es una persona promiscua, pero ha desarrollado la enfermedad». Sujeto 5.

Son numerosos los dibujos y las descripciones de estos, elaborados en el Taller sobre VIH, que relacionan promiscuidad, locura, sexo sin control. Algunos de estos aspectos, los encontramos en los siguientes documentos:

Ilustración 100. Dib.8-M21.

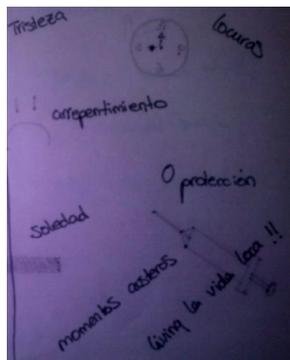


567

Ilustración 101. Dib.9-H22.



Ilustración 102. Dib.54-M26.



Aunque como podemos ver en la tabla 179, la diferencia entre sexos no es considerablemente significativa, el porcentaje de mujeres que están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con la idea de que las personas que practican sexo y no tienen una pareja estable tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA es mayor, que el porcentaje de hombres que son de la misma opinión (33,1% y 30,6% respectivamente). Por otro lado, nos encontramos mayor número de hombres que están totalmente de acuerdo o de acuerdo con esta afirmación (47,7%), con respecto al porcentaje de mujeres que opinan lo mismo (44,6%).

Tabla 179. Contingencia entre el Sexo y estar Sin pareja estable.

		Las personas bisexuales tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA que las heterosexuales.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	1	1	1	1	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	100,0%
Mujer	Recuento	6	105	59	118	112	96	496
	% dentro de Sexo	1,2%	21,2%	11,9%	23,8%	22,6%	19,4%	100,0%
Hombre	Recuento	2	18	16	22	25	28	111
	% dentro de Sexo	1,8%	16,2%	14,4%	19,8%	22,5%	25,2%	100,0%
Total	Recuento	10	123	76	141	138	125	613
	% dentro de Sexo	1,6%	20,1%	12,4%	23,0%	22,5%	20,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

No se observa una relación entre los resultados obtenidos en este ítem y la variable edad, no pudiéndose intuir una tendencia clara, como vemos en la siguiente tabla:

Tabla 180. Contingencia Edad y Sin_pareja_estable.

			Las personas que practican sexo y no tienen una pareja estable tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	2	20	18	47	41	41	169
		% dentro de Edad_test	1,2%	11,8%	10,7%	27,8%	24,3%	24,3%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	2	43	30	29	35	24	163
		% dentro de Edad_test	1,2%	26,4%	18,4%	17,8%	21,5%	14,7%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	2	25	15	37	30	29	138
		% dentro de Edad_test	1,4%	18,1%	10,9%	26,8%	21,7%	21,0%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	1	32	11	21	29	25	119
		% dentro de Edad_test	,8%	26,9%	9,2%	17,6%	24,4%	21,0%	100,0%
Total		Recuento	7	120	74	134	135	119	589
		% dentro de Edad_test	1,2%	20,4%	12,6%	22,8%	22,9%	20,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Zonas deprimidas.

La pregunta 23 de nuestro cuestionario aborda la siguiente cuestión: «Las personas que viven en zonas deprimidas social y económicamente tienen mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA». En la tabla y gráfico que a continuación se observa, podemos ver cómo las opciones «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» (26,8%) y «De acuerdo» (26,1%) son las respuestas más elegidas.

Este primer dato se puede entender también como un apunte favorecedor, en el proceso de la no discriminación de las personas que conviven en zonas que han sido marcadas por la sombra del estigma de la enfermedad del SIDA, ya que el hecho de que una persona viva en una zona determinada, no implica que tenga mayores probabilidades de contagio, por tanto, se entiende que haya alumnado que no esté ni de acuerdo ni en desacuerdo con este hecho.

Volvemos a incidir que son las personas que mantienen relaciones sexuales desprotegidas, las que mayores probabilidades de infección por VIH tienen en nuestro país, ya que cada vez son menos los usuarios de drogas inyectables.

Si unificamos los datos obtenidos en las opciones «De acuerdo» y «Totalmente en acuerdo», obtenemos un 43,4% de personas que opinan que el hecho de que vivir en zonas social y económicamente desfavorecidas, influye en la probabilidad de contagio.

Si realizamos la misma operación con las opciones «Totalmente en desacuerdo y en desacuerdo», nos encontramos que el porcentaje es considerablemente menor (27,7%).

Por todo ello, es primordial que sigamos ofreciendo medios para que se acceda a una información real y exhaustiva y evitemos que se siga relacionando SIDA con poblaciones y zonas deprimidas, para que las personas que habitan en ellos nos estén marcadas por el estigma de padecer el VIH/SIDA.

En el grupo de discusión también se observa como algunas zonas y barrios desfavorecidos, se estigmatiza a las personas que viven allí, relacionándolos con el consumo de drogas y la infección de VIH:

«Yo quería decir lo del tema de drogadictos; tampoco estamos mal encaminados teniendo en cuenta que muchas veces se comparte jeringuilla que es un medio de transmisión más directo. Para el prejuicio, son cosas que son verdad que no son prejuicios. Habrá personas que estén con personas de otras razas o de otras etnias vale, pero ahí no hay prejuicio, ahí es». Sujeto 6.

«Por ejemplo drogadictos». Sujeto 2.

«En las cárceles». Sujeto 3.

«Vale pero que no tenemos que pensar que solamente son ellos, que hay personas como tú y como yo que también... y no todos tienen el VIH». Sujeto 2.

En el dibujo siguiente elaborado por una alumna de 26 años, se ha representado una zona desfavorecida, en la que ella hace la siguiente descripción: «mi dibujo es un barrio marginal, donde las papelinas de heroína inundan las calles, sintiéndose solos, sin apoyo, todo negativo a su alrededor, sintiéndose que han consumido su tiempo y no han disfrutado de las relaciones y de las familia).

Ilustración 103. Dib.54-M26.



En otro de los dibujos elaborado por una mujer de 19 años se expresa que ha dibujado que el VIH es como una fábrica que va contaminando todo. Además ha escrito las palabras «falta de higiene» y «asco que causa el rechazado».

572

Ilustración 104. Dib. 68-M19.

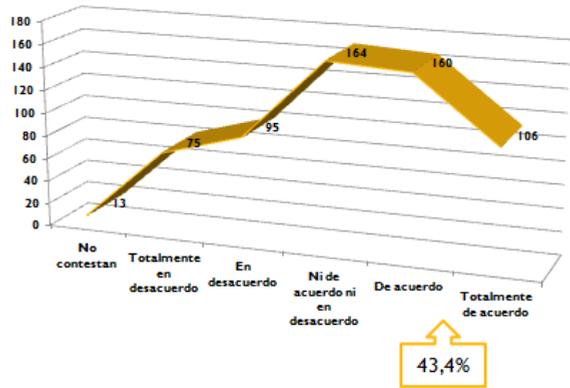


En la siguiente tabla y gráfica, se puede consultar los porcentajes obtenidos en cada una de las respuestas y lo comentado al principio de este apartado:

Tabla 181. Zonas deprimidas.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	13	2,1	2,1	2,1
	Totalmente en desacuerdo	75	12,2	12,2	14,4
	En desacuerdo	95	15,5	15,5	29,9
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	164	26,8	26,8	56,6
	De acuerdo	160	26,1	26,1	82,7
	Totalmente de acuerdo	106	17,3	17,3	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 46. Zonas deprimidas.



Fuente: Elaboración propia.

No se observa diferencias significativas con respecto al sexo de los sujetos tal como se observa en la tabla siguiente, a excepción, de un leve ascenso en el número de hombres que están totalmente de acuerdo en la cuestión planteada. Lo mismo ocurre cuando hemos analizado los datos correlacionados con las titulaciones estudiadas, no encontrándose diferencias significativas, obteniéndose porcentajes muy similares en cada una de las respuestas.

Tabla 182. Contingencia entre el Sexo y Zonas deprimidas.

		Las personas que viven en zonas deprimidas social y económicamente tiene mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	1	2	1	0	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	16,7%	33,3%	16,7%	,0%	100,0%
Mujer	Recuento	9	62	77	135	130	83	496
	% dentro de Sexo	1,8%	12,5%	15,5%	27,2%	26,2%	16,7%	100,0%
Hombre	Recuento	2	13	17	27	29	23	111
	% dentro de Sexo	1,8%	11,7%	15,3%	24,3%	26,1%	20,7%	100,0%
Total	Recuento	13	75	95	164	160	106	613
	% dentro de Sexo	2,1%	12,2%	15,5%	26,8%	26,1%	17,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Con respecto a la edad de los sujetos, no se puede apreciar una tendencia clara como se puede observar en la tabla 182 y sólo se puede resaltar que los sujetos de 21 años o menor, son los que mayores porcentajes tienen en las dos opciones más estigmatizadas (de acuerdo o totalmente de acuerdo en que las personas que viven en una zona deprimida tienen mayor probabilidad de contagio).

Tabla 183. Contingencia Edad y Zonas_deprimidas.

			Las personas que viven en zonas deprimidas social y económicamente tiene mayor riesgo de contagio del VIH/SIDA.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Edad_test	21 años o menos	Recuento	3	13	28	38	53	34	169
		% dentro de Edad_test	1,8%	7,7%	16,6%	22,5%	31,4%	20,1%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	3	26	27	44	35	28	163
		% dentro de Edad_test	1,8%	16,0%	16,6%	27,0%	21,5%	17,2%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	2	17	19	45	37	18	138
		% dentro de Edad_test	1,4%	12,3%	13,8%	32,6%	26,8%	13,0%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	2	16	20	31	29	21	119
		% dentro de Edad_test	1,7%	13,4%	16,8%	26,1%	24,4%	17,6%	100,0%
Total		Recuento	10	72	94	158	154	101	589
		% dentro de Edad_test	1,7%	12,2%	16,0%	26,8%	26,1%	17,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Países africanos.

A lo largo del Capítulo 1 hemos expuesto la situación geográfica de la pandemia y en el Capítulo 2, se habló del estigma que determinados países están sufriendo debido a ser señalados como contagiados la mayoría de su población, como la imagen que se tiene de muchos países africanos o iniciadores de la pandemia como es el caso de Haití. Por todo lo anterior, hemos querido preguntar si los encuestados tienen esa representación del VIH enlazada con determinados enclaves geográficos.

En la cuestión número 27 preguntamos si se piensa que «las personas procedentes de países africanos tienen mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las españolas». Entendemos como dato positivo el que un 30% de los sujetos no esté ni de acuerdo ni en desacuerdo con este hecho, ya que el hecho de proceder de África no implica tener mayor probabilidad de riesgo de infección. Sin embargo, ese hecho no significa

que en los países con pocos recursos económicos aumenta la probabilidad de morir de una persona con VIH, debido a las enfermedades oportunistas provocadas por el SIDA, al no acceso al tratamiento antirretroviral y a que no se tienen garantizado unos mínimos servicios de planificación familiar, produciéndose la transmisión en parejas serodiscordantes o la transmisión de madres a hijos durante el proceso de gestación, parto o lactancia.

No obstante, volvemos a incidir que el hecho de que en muchos países en los cuales existen pocos recursos económicos para tomar medidas sanitarias acordes al problema, no significa que simplemente por el hecho de ser africano se tenga mayor probabilidad que una persona española. Según el Informe de ONUSIDA para el Día Mundial del Sida 2012, en los últimos seis años, África ha reducido en un tercio las muertes.

Cuando se ha preguntado que si existe algunos países o determinadas personas que por proceder de esos lugares, tiene mayor probabilidad de contagio, se han producido algunas de estas respuestas:

«Yo creo que si se piensa». Sujeto 2.

«Yo creo que sí» Sujeto 7.

«Prostitutas, si es prostituta y encima es de África todavía se piensa más, creo yo que esos prejuicios existen». Sujeto 2.

«Es lo que hemos estado hablando antes, no es que todos los de África tengan SIDA pero sí tienen más probabilidades». Sujeto 9.

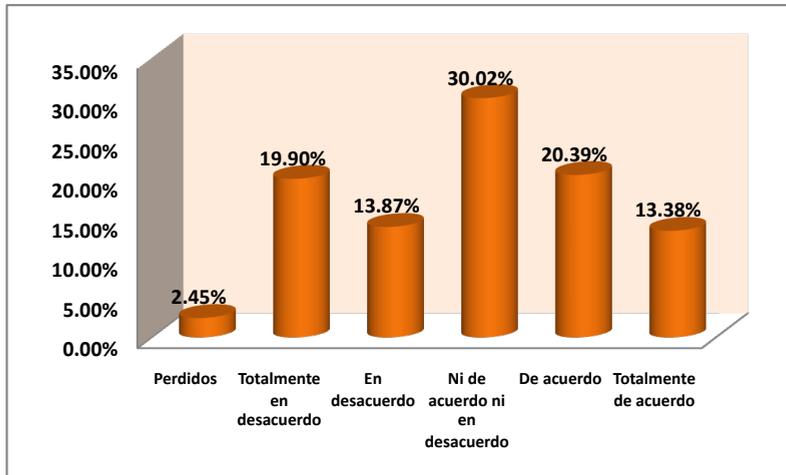
En estas verbalizaciones podemos observar cómo se sigue relacionando determinados países con la epidemia, lo cual puede afectar en las relaciones con las personas procedentes de estas zonas.

En la tabla y gráfico siguiente, se observa los datos globales obtenidos en el cuestionario en esta pregunta:

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	15	2,4	2,4	2,4
	Totalmente en desacuerdo	122	19,9	19,9	22,3
	En desacuerdo	85	13,9	13,9	36,2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	184	30,0	30,0	66,2
	De acuerdo	125	20,4	20,4	86,6
	Totalmente de acuerdo	82	13,4	13,4	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 47. Países africanos.



Fuente: Elaboración propia.

Como se puede observar claramente en la gráfica y tabla anterior, no se aprecia una tendencia clara en el resto del alumnado que no ha contestado la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo». El 33,8% de los sujetos han contestado que están «Totalmente en desacuerdo» y «En desacuerdo» en contraposición al mismo porcentaje (33,8%) que están «De acuerdo» o «Totalmente de acuerdo» en el hecho de que las personas procedentes de países africanos tengan mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las personas de España. El hecho de pensar que por ser

africano ya se tiene mayor probabilidad de tener VIH, puede producir actitudes discriminatorias.

578

Como decíamos en el apartado anterior, nuestra muestra indica que es necesario continuar combatiendo con el estigma asociado a determinadas zonas, países, clases sociales, raza, orientación sexual, entre otros, para llegar a los que el lema de ONUSIDA indica en su informe de 2009 y 2011: «Cero discriminación».

Con respecto a los datos obtenidos en este ítem cuando se relacionan con la titulación, es en los dos Máster, en la licenciatura de Psicopedagogía y en la Diplomatura y Grado de Educación Social, donde observamos los mayores porcentajes de alumnos/as que están totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con la afirmación planteada en nuestro cuestionario («las personas procedentes de países africanos tengan mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las españolas»).

Aquí podemos decir que aquellas titulaciones de segundo ciclo o posgrado, que eran en su mayoría las que habían obtenido mejores calificaciones en la prueba tipo test sobre conocimiento del VIH/SIDA, son las titulaciones que menor estigma en el tema tratado demuestran en nuestra muestra. En el estudio mencionado en apartados anteriores y elaborado por la Unidad de Medicina Tropical y Parasitología Clínica, Servicio de Enfermedades Infecciosas del Hospital Ramón y Cajal de Madrid, Estigma y comunicación al entorno en población inmigrante residente en España (2009), L. Estévez, A. Guionnet, B. R. Navaza, M. Navarro, J. A. Pérez-Molina y R. López-Vélez, desvela que en la población inmigrante con la cual llevan a cabo su estudio, «el nivel escolar influye en el estigma» (p.306), afirmando que «la falta de nivel de estudios secundarios es un factor determinante que propicia la discriminación»(p.306). En nuestra muestra también observamos este hecho, a mayor andadura o formación universitaria, menor estigma en muchas de las cuestiones planteadas.

Otro aspecto a tener en cuenta, es el de los porcentajes de los alumnos de Educación Social. Como ya hemos mencionado anteriormente, estos alumnos/as acudieron al seminario Jóvenes y SIDA, y este hecho ha podido influir positivamente en su percepción de la pandemia, y por tanto, tener en algunos aspectos una información más exhaustiva lo que conllevaría tener menos ideas estigmatizadas.

A esta cuestión debemos sumar, que es una titulación que estudia o profundiza en mayor Grado los colectivos de marginación y exclusión social de nuestra sociedad, teniendo incluso en la asignatura «Prácticum», la posibilidad de acceder a realizar prácticas en programas que se dedican a la atención de enfermos de SIDA, o a la prevención de embarazos no deseados o de ITS, siendo informados de la labor de estos programas en las Jornadas de Educación Social que se celebran cada año. Este hecho habrá propiciado que el alumnado de Educación Social tenga mayor información y de mejor calidad, teniendo una percepción menos prejuiciosa.

Tabla 185. Contingencia entre la Titulación y los Países africanos.

			Las personas procedentes de países africanos tengan mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las españolas.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	6 3,6%	36 21,3%	24 14,2%	49 29,0%	33 19,5%	21 12,4%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 66,7%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	2 1,9%	16 15,4%	14 13,5%	29 27,9%	23 22,1%	20 19,2%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	2 2,2%	22 24,2%	11 12,1%	23 25,3%	22 24,2%	11 12,1%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	5 50,0%	1 10,0%	1 10,0%	3 30,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 3,7%	3 11,1%	13 48,1%	6 22,2%	4 14,8%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	4 15,4%	3 11,5%	11 42,3%	4 15,4%	3 11,5%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	4 3,1%	30 23,3%	16 12,4%	36 27,9%	26 20,2%	17 13,2%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	3 21,4%	3 21,4%	4 28,6%	3 21,4%	1 7,1%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	4 44,4%	2 22,2%	1 11,1%	2 22,2%	0 ,0%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	6 20,7%	4 13,8%	13 44,8%	4 13,8%	2 6,9%	29 100,0%
Total	Recuento % dentro de Titulación	15 2,4%	122 19,9%	85 13,9%	184 30,0%	125 20,4%	82 13,4%	613 100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 186. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y los Países africanos.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	53,694 ^a	55	,525
Razón de verosimilitudes	56,950	55	,402
Asociación lineal por lineal	,573	1	,449
N de casos válidos	613		
a. 43 casillas (59,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.			

Fuente: Elaboración propia.

Prostitución.

Desde el descubrimiento de la enfermedad del VIH/SIDA, el virus se ha asociado exclusivamente a determinado colectivos y actuaciones consideradas en muchos aspectos deshonestas, como por ejemplo, el hecho de mantener relaciones sexuales un hombre con otro hombre, la perversión sexual, la promiscuidad, usuarios de drogas o prostitución, etc. En las ideas establecidas socialmente, se describe la pandemia como una enfermedad «no natural» asociándolo no sólo a la promiscuidad y el libertinaje sexual, sino también a la perversión y la depravación y a todos los miedos que conlleva. Es una enfermedad reprobable desde esta interpretación social y por tanto buscada.

Son numerosos los estudios que abordan la doble violencia que sufren las mujeres que conviven con el VIH debido a lo anteriormente expuesto, mientras que el hombre sufre menor presión social debido a la relación de promiscuidad masculina y virilidad. Las mujeres con VIH/SIDA, expresan su temor a contar su situación de seropositividad entre otras causas por el vínculo social entre la prostitución y la infección por VIH.

En el estudio cualitativo sobre vulnerabilidades, violencias y calidad de vida en mujeres seropositivas A pelo gritao (García, et al.) publicado en el 2005, podemos apreciar los siguientes comentarios:

«Porque cuando es una tía, esa tía es una puta y yo qué sé... se acuesta con cualquiera. Ese es el pensamiento de la sociedad» .

«El estigma es o puta o yonqui... este siempre es el estigma. Siempre el gueto, la etiqueta. Que luego no es así, que yo me he encontrado con grupos de yonquis que nadie tenía el SIDA... ¿pues qué adictos son si no tienen el SIDA? » (Rosa, Asociación.)

«¿Piensas que la gente, en general, reacciona diferente delante de una mujer o de un hombre seropositivo? »

«Yo pienso que no, aunque con una mujer siempre cuesta más de aceptar. Porque lo relacionan con la prostitución, porque lo relacionan más con el sexo. Y en el hombre está más permitido...pero con la mujer cuesta de que tenga una sexualidad libre. Pienso que va por aquí. Como que un hombre sea toxicómano, una mujer, pues tampoco parece que esté tan aceptado (...)» (Azucena, Asociación).

«La mayoría de gente lo ven así, te miran por encima del hombro... como te lo diría yo... Cactus tenía cáncer y todo el mundo sabía que tenía cáncer, yo tengo el SIDA y se puede contar con los dedos la gente que lo sabe. O sea, que fíjate la diferencia que hay: tienes cáncer y ¡ay pobrecito!, ¡ay qué lástima!... Tienes SIDA y esa mujer ha hecho algo en la vida que no, que no... se ha acostado con mucha gente o algo raro ha hecho. Sí, sí, sí» (Orquídea, Asociación). (p.66:67).

Algunas de las ideas que expresan los sujetos del grupo de discusión coinciden con lo expresado por las mujeres VIH+ en el estudio anteriormente citado y son las siguientes:

«Mi padre había leído no sé donde algo sobre el SIDA que es una enfermedad inventada por el ser humano con el objetivo de aislar colectivos homosexuales, prostitutas, con el objetivo de dañarlos y nos quitamos a lo peor de la sociedad». Sujeto 5.

«Yo respecto a la charla que me han dado los tomo a todos por igual». Sujeto 7.

«Más riesgo tienen las prostitutas». Sujeto 4.

«Si pero que los homosexuales también es otro colectivo que...». Sujeto 5.

«Que se le ataca por ello». Sujeto 8.

En algunos de los dibujos elaborados en el Taller de VIH, se observan estas asociaciones, como por ejemplo el siguiente que ha sido elaborado por una mujer de 19 años y en el que se ve una trabajadora sexual ejerciendo la prostitución en la calle.

Ilustración 105.Dib.20-M19.



La cuestión planteada en la pregunta número 28 de nuestro cuestionario dice así: «La mayoría de los hombres infectados por VIH/SIDA han mantenido relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución». Aunque en el documento de ONUSIDA (2007) sobre orientaciones terminológicas, recomienda que sólo se use el término prostitución para referirse a la prostitución juvenil; debiéndose utilizar trabajador sexual o profesional del sexo, nos declinamos por utilizar el de prostitución tras la recomendaciones de los expertos en la materia (fase cuarta de la elaboración de nuestro cuestionario y que consistía en la reducción de la

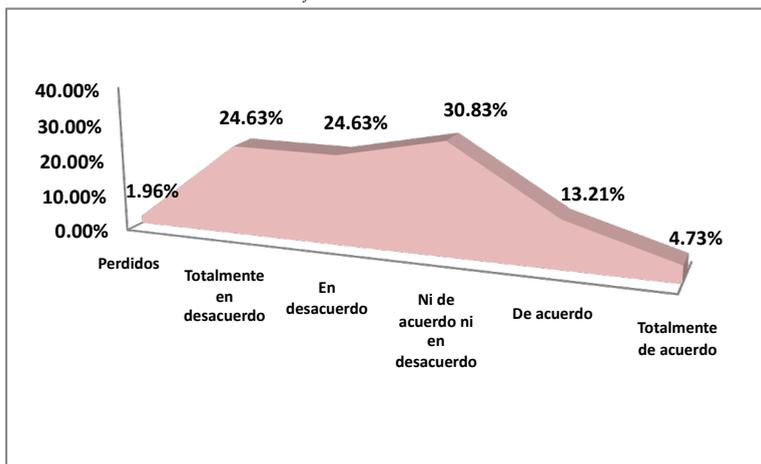
escala) debido a la previsible no familiaridad de los estudiantes con estos nuevos términos, y por lo tanto, podía influir en la validez del ítem al no ser claramente entendible.

Tabla 187. Prostitución.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	12	2,0	2,0	2,0
	Totalmente en desacuerdo	151	24,6	24,6	26,6
	En desacuerdo	151	24,6	24,6	51,2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	189	30,8	30,8	82,1
	De acuerdo	81	13,2	13,2	95,3
	Totalmente de acuerdo	29	4,7	4,7	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 48. Prostitución.



Fuente: Elaboración propia.

El 49,2% está totalmente en desacuerdo o en desacuerdo frente al 17,9% que está de acuerdo o totalmente de acuerdo en que la mayoría de los hombres con VIH/SIDA han mantenido relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución. El 30,8% del alumnado han escogido la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo». Con este hecho pensamos que no es positivo elegir esta opción, ya que creemos que han escogido esta opción los alumnos y alumnas que tienen serias dudas sobre si éste hecho es verídico

o no. Debemos decir, que esta opción no contempla a aquellas personas que no quieren contestar, ya que se informó al alumnado encuestado que tenían la opción de dejar en blanco aquellas preguntas que no quisiesen contestar (2% de los sujetos preguntados).

Teniendo en cuenta lo anterior, concluimos diciendo que, el 30,8% que optó por la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo», lo hace porque no sabe posicionarse al respecto. Lo que sí es claro es que solo la mitad de los sujetos que han realizado este cuestionario, expresan no estar de acuerdo con el hecho de que la mayoría de los hombres que tienen VIH es debido a que han mantenido relaciones sexuales con profesionales del sexo.

En la tabla 188 podemos ver como existen relaciones significativas dependiendo de la titulación que estudie el sujeto. En el Máster de Educación Intercultural y en la Diplomatura de Educación Social, hay mayor porcentaje de personas que se posicionan claramente en la opción en desacuerdo o totalmente en desacuerdo, rondando el 70% la suma de ambas.

Tabla 188. Contingencia entre la Titulación y la Prostitución.

			La mayoría de los hombres infectados por VIH/SIDA han mantenido relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	4 2,4%	47 27,8%	38 22,5%	59 34,9%	13 7,7%	8 4,7%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	2 1,9%	20 19,2%	28 26,9%	27 26,0%	20 19,2%	7 6,7%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	2 2,2%	16 17,6%	21 23,1%	23 25,3%	23 25,3%	6 6,6%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	3 30,0%	3 30,0%	3 30,0%	1 10,0%	0 ,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	6 22,2%	8 29,6%	7 25,9%	4 14,8%	2 7,4%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	6 23,1%	8 30,8%	8 30,8%	3 11,5%	0 ,0%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	3 2,3%	35 27,1%	28 21,7%	43 33,3%	14 10,9%	6 4,7%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	7 50,0%	4 28,6%	3 21,4%	0 ,0%	0 ,0%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	2 22,2%	1 11,1%	5 55,6%	1 11,1%	0 ,0%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	9 31,0%	11 37,9%	8 27,6%	1 3,4%	0 ,0%	29 100,0%
Total		Recuento % dentro de Titulación	12 2,0%	151 24,6%	151 24,6%	189 30,8%	81 13,2%	29 4,7%	613 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

A medida que avanza la edad de los sujetos, mayor porcentajes en las opciones que se posicionan es desacuerdo con la cuestión planteada:

Tabla 189. Contingencia entre la Edad y la Prostitución.

			La mayoría de los hombres infectados por VIH/SIDA han mantenido relaciones sexuales con personas que ejercen la prostitución.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Edad_test	21 años o menos	Recuento	2	31	40	57	29	10	169
		% dentro de Edad_test	1,2%	18,3%	23,7%	33,7%	17,2%	5,9%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	3	38	43	53	22	4	163
		% dentro de Edad_test	1,8%	23,3%	26,4%	32,5%	13,5%	2,5%	100,0%
Edad_test	Entre 23 hasta 25	Recuento	2	37	41	41	16	1	138
		% dentro de Edad_test	1,4%	26,8%	29,7%	29,7%	11,6%	,7%	100,0%
Edad_test	Mayor de 25 años	Recuento	2	39	26	31	12	9	119
		% dentro de Edad_test	1,7%	32,8%	21,8%	26,1%	10,1%	7,6%	100,0%
Total		Recuento	9	145	150	182	79	24	589
		% dentro de Edad_test	1,5%	24,6%	25,5%	30,9%	13,4%	4,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Europa del Este.

En este ítem hemos preguntado si se piensa que las personas procedentes de países de Europa del Este tienen mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las españolas. El 34% de los encuestados responden la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo». Este dato es favorable, ya que esta pregunta pueden haberla seleccionado las personas que piensan que el hecho de proceder de estos países, no implica que tenga VIH/SIDA. Volvemos a repetir que la probabilidad de tener VIH aumenta no por la procedencia geográfica, sino por las conductas de riesgo que se hayan tenido. Aunque también debemos pensar que en esta opción la hayan elegido aquellas personas que no saben que decir o tengan dudas al respecto.

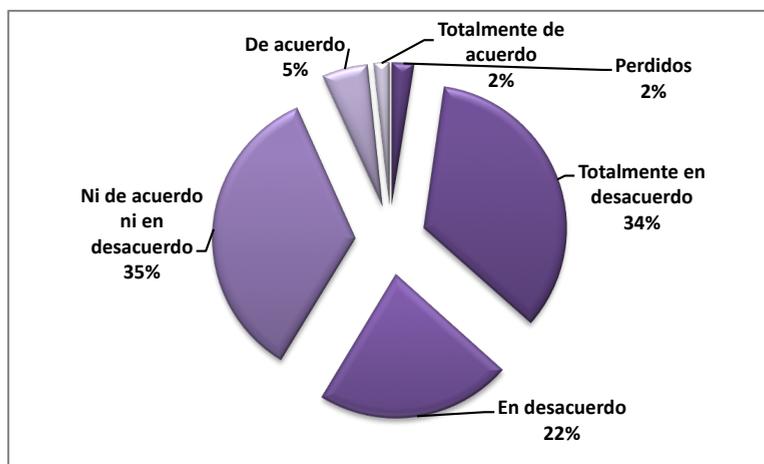
Si observamos los resultados del ítem en el que preguntábamos por las personas que proceden del continente africano, los datos varían considerablemente. El 33,8% de los sujetos habían contestado que estaban «Totalmente en desacuerdo» y «En desacuerdo» que las personas procedentes de África tienen mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las españolas. Con respecto a las personas que proceden de países del Este el porcentaje de personas que están «Totalmente en desacuerdo» y «En desacuerdo» con respecto a esta cuestión, es notablemente superior a la misma cuestión planteada en relación a personas africanas (56,5%). Podemos seguir viendo la diferencia existente entre este hecho, cuando comparamos los datos de las personas que opinan que están «De acuerdo» o «Totalmente de acuerdo», en el hecho de que los/las africano/as tengan mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las personas de España, el 33,8% frente al 6,7% de las personas que opinan lo mismo con respecto a las personas procedentes de países del Este (tabla 190 y gráfico 49). Se corrobora en este estudio que sigue siendo una cuestión territorial el estigma asociado al VIH.

Tabla 190. Europa del Este.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	14	2,3	2,3	2,3
	Totalmente en desacuerdo	210	34,3	34,3	36,5
	En desacuerdo	136	22,2	22,2	58,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	212	34,6	34,6	93,3
	De acuerdo	31	5,1	5,1	98,4
	Totalmente de acuerdo	10	1,6	1,6	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 49. Europa del Este.



Fuente: *Elaboración propia.*

Cuando se ha analizado los datos extraídos entre la relación de los resultados en este ítem y el sexo de los sujetos, hemos apreciado que los porcentajes son similares en cada una de las respuestas.

En cuanto a las titulaciones de los sujetos, encontramos que los porcentajes mayores que están en desacuerdo con la idea planteada, corresponden como vienen siendo habitual en este estudio, a los Másteres estudiados y a la Diplomatura de Educación Social.

Tabla 191. Contingencia entre la Titulación y Europa del Este.

			Las personas procedentes de países de Europa del este tienen mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las españolas.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	6 3,6%	63 37,3%	43 25,4%	52 30,8%	5 3,0%	0 ,0%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	3 2,9%	28 26,9%	21 20,2%	41 39,4%	7 6,7%	4 3,8%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	2 2,2%	28 30,8%	10 11,0%	37 40,7%	10 11,0%	4 4,4%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 10,0%	6 60,0%	2 20,0%	1 10,0%	0 ,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	3 11,1%	9 33,3%	13 48,1%	1 3,7%	1 3,7%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	9 34,6%	4 15,4%	11 42,3%	1 3,8%	0 ,0%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	2 1,6%	47 36,4%	30 23,3%	45 34,9%	4 3,1%	1 ,8%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	9 64,3%	3 21,4%	2 14,3%	0 ,0%	0 ,0%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	5 55,6%	2 22,2%	2 22,2%	0 ,0%	0 ,0%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	17 58,6%	7 24,1%	4 13,8%	1 3,4%	0 ,0%	29 100,0%	
Total	Recuento % dentro de Titulación	14 2,3%	210 34,3%	136 22,2%	212 34,6%	31 5,1%	10 1,6%	613 100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

En la tabla siguiente podemos ver, como los mayores de 25 son los que en mayor número se posicionan en la opción totalmente en desacuerdo con el hecho de que las personas procedentes de países de Europa del este, tienen mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las españolas.

591

Tabla 192. Contingencia Edad y Europa del Este.

			Las personas procedentes de países de Europa del este tienen mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las españolas.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Edad_test	21 años o menos	Recuento % dentro de Edad_test	4 2,4%	44 26,0%	47 27,8%	60 35,5%	12 7,1%	2 1,2%	169 100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento % dentro de Edad_test	4 2,5%	58 35,6%	33 20,2%	55 33,7%	12 7,4%	1 ,6%	163 100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento % dentro de Edad_test	2 1,4%	48 34,8%	33 23,9%	49 35,5%	4 2,9%	2 1,4%	138 100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento % dentro de Edad_test	1 ,8%	51 42,9%	22 18,5%	39 32,8%	3 2,5%	3 2,5%	119 100,0%
Total		Recuento % dentro de Edad_test	11 1,9%	201 34,1%	135 22,9%	203 34,5%	31 5,3%	8 1,4%	589 100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Países latinoamericanos.

En este ítem hemos preguntado si se piensa que las personas procedentes de países latinoamericanos tienen mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las personas de origen español. El 30% de los encuestados responden la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo». Volvemos a exponer que entendemos que este dato es favorable, ya que esta respuesta pueden haberla seleccionado las personas que piensan que el hecho de proceder de estos países, no implica que tenga VIH/SIDA, aunque también debemos pensar que en esta opción la hayan elegido aquellas personas que no saben que decir al respecto.

Por otro lado, el 53,9% de los encuestados expresan que están «Totalmente en desacuerdo» o «En desacuerdo» con el hecho de que las personas procedentes de países latinoamericanos tienen mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA (56,5%). Dicho resultado se aproxima bastante al obtenido en el apartado anterior cuando hacíamos la misma pregunta en relación a las personas procedentes de los países del Este. Sin embargo, bastante alejada del porcentaje obtenido en estas dos opciones cuando se preguntaba por las personas procedentes de países africanos (33,8%).

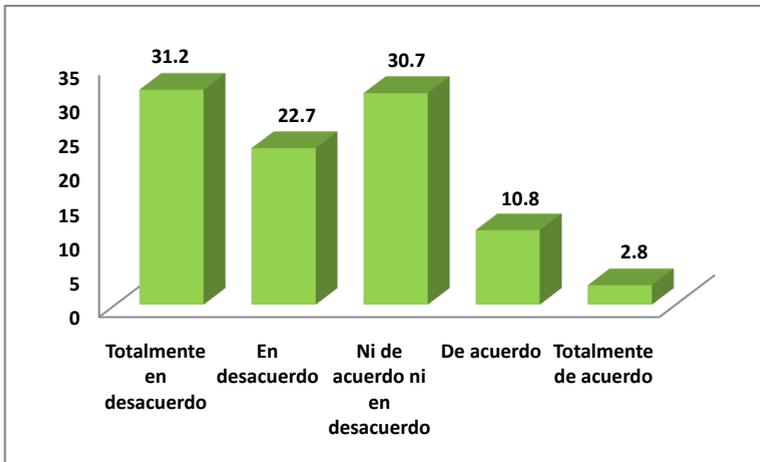
Existe una diferencia significativa en el porcentaje de personas que han elegido las opciones «De acuerdo» o «Totalmente de acuerdo», ya que en el caso que abordamos en este apartado (procedentes de países latinoamericanos) se ha obtenido un 13,6%, mientras que cuando preguntábamos por las personas procedentes de países del Este obteníamos un 6,7%. Pero aún lejos quedan estos datos, del 33,8% de las personas que estaban de acuerdo o totalmente de acuerdo con el hecho de que las personas procedentes de África tienen mayor probabilidad de infección por este virus que las personas españolas. Por lo tanto, volvemos a ratificar el hecho de que la procedencia geográfica influye en la percepción de algunos de los sujetos de nuestra muestra sobre el riesgo de contraer el VIH.

Tabla 193. Países latinoamericanos.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	12	2,0	2,0	2,0
	Totalmente en desacuerdo	191	31,2	31,2	33,1
	En desacuerdo	139	22,7	22,7	55,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	188	30,7	30,7	86,5
	De acuerdo	66	10,8	10,8	97,2
	Totalmente de acuerdo	17	2,8	2,8	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 50. Países latinoamericanos.



Fuente: Elaboración propia.

En ambos sexos los porcentajes mayores son las opciones que expresan estar totalmente en desacuerdo o desacuerdo, aún así, el porcentaje de mujeres que opinan lo dicho, es superior al de hombre que piensan igual (56,3 y 45,9% respectivamente).

Tabla 194. Contingencia entre el Sexo y los Países latinoamericanos.

		Países latinoamericanos.					Total	
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo		Totalmente de acuerdo
Sexo 0	Recuento	2	0	0	4	0	0	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	,0%	66,7%	,0%	,0%	100,0%
Mujer	Recuento	8	158	121	152	45	12	496
	% dentro de Sexo	1,6%	31,9%	24,4%	30,6%	9,1%	2,4%	100,0%
Hombre	Recuento	2	33	18	32	21	5	111
	% dentro de Sexo	1,8%	29,7%	16,2%	28,8%	18,9%	4,5%	100,0%
Total	Recuento	12	191	139	188	66	17	613
	% dentro de Sexo	2,0%	31,2%	22,7%	30,7%	10,8%	2,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 195. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y los Países latinoamericanos.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	49,625 ^a	10	,000
Razón de verosimilitudes	29,279	10	,001
Asociación lineal por lineal	4,911	1	,027
N de casos válidos	613		

a. 8 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,12.

Fuente: *Elaboración propia.*

Todas las titulaciones tienen sus porcentajes más elevados en las respuestas que están más en desacuerdo con el hecho de que las personas procedentes de países latinoamericanos tengan mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las españolas, pero los Máster y la Diplomatura de Educación Social son los que mayores porcentajes tienen.

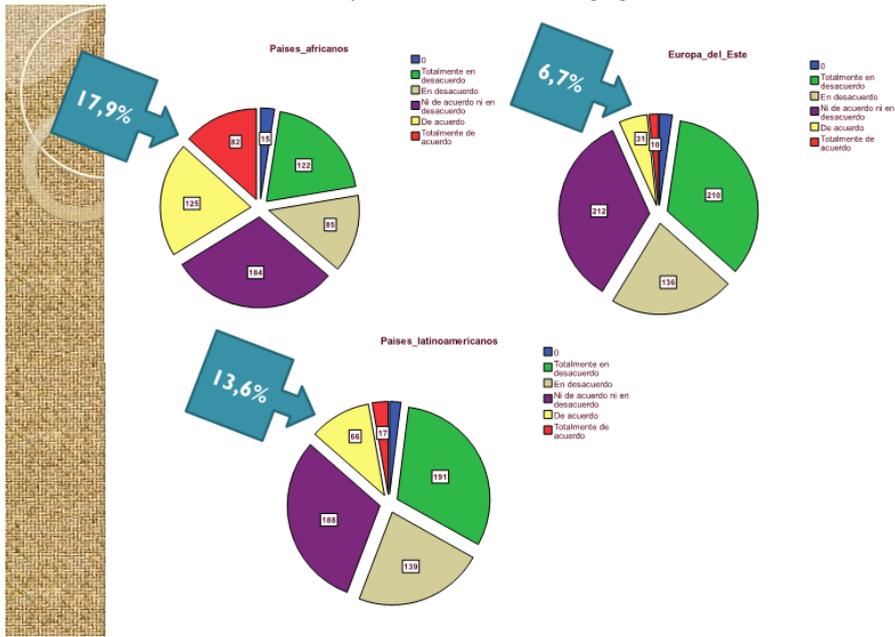
Tabla 196. Contingencia entre la Titulación y los Países latinoamericanos.

			Las personas procedentes de países latinoamericanos tienen mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA que las españolas.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	4 2,4%	56 33,1%	41 24,3%	49 29,0%	19 11,2%	0 ,0%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	1 33,3%	1 33,3%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	3 2,9%	24 23,1%	26 25,0%	33 31,7%	12 11,5%	6 5,8%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	2 2,2%	24 26,4%	12 13,2%	38 41,8%	10 11,0%	5 5,5%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 10,0%	7 70,0%	2 20,0%	0 ,0%	0 ,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	4 14,8%	5 18,5%	11 40,7%	5 18,5%	2 7,4%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	9 34,6%	5 19,2%	8 30,8%	2 7,7%	1 3,8%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	2 1,6%	46 35,7%	30 23,3%	34 26,4%	14 10,9%	3 2,3%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	8 57,1%	3 21,4%	2 14,3%	1 7,1%	0 ,0%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	4 44,4%	1 11,1%	3 33,3%	1 11,1%	0 ,0%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	15 51,7%	8 27,6%	5 17,2%	1 3,4%	0 ,0%	29 100,0%
Total	Recuento % dentro de Titulación	12 2,0%	191 31,2%	139 22,7%	188 30,7%	66 10,8%	17 2,8%	613 100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Antes de terminar este punto, es interesante realizar una comparativa con las tres zonas geográficas por la que hemos preguntado y se observa que, mientras solo el 6,7% de sujetos encuestados piensan que las personas de países de Europa del Este tienen mayor probabilidad de infectarse que las personas españolas, el porcentaje es superior al doble cuando preguntamos por países latinoamericanos o africanos.

Gráfico 51. Comparativa entre distintas zonas geográficas.



Fuente: Elaboración propia.

Miedo.

En la pregunta número 31 del cuestionario elaborado para esta investigación se ha planteado la siguiente cuestión: «Me genera miedo pensar en las relaciones de alto riesgo que han podido tener las personas con las que yo he mantenido relaciones sexuales».

En el Capítulo 2, se habló del obstáculo que representaba el miedo a la hora de afrontar el estigma asociado al VIH. Recordamos como en la investigación sobre El sida y los jóvenes asociada a sus representaciones sociales que llevaron a cabo Flores y de Alba (2006), en jóvenes universitarios, detectaron dos referentes simbólicos que conformaban la representación social de la enfermedad para la muestra objeto de estudio. El primer referente está asociado a conocimientos asociados con «temores, mitos y miedos colectivos que despierta la pandemia» (p.55), mientras que el segundo se corresponde con conocimientos de base racional y científica que una minoría de estudiantes universitarios ha obtenido de fuentes de información especializada.

La autora del Sida y sus metáforas (Sontag, 1988) alude en repetidas ocasiones al miedo como metáfora del VIH, por su asociación a la muerte. El miedo a desagradar y a constituir por uno mismo una imagen repulsiva nace, en concordancia con los pensamientos de la autora, en función de los juicios morales externos que se rigen por cuestionables normas estéticas sobre «lo bello y lo feo, lo limpio y lo sucio, lo familiar y lo extraño o pavoroso» (p.61). Sontag comparada la trayectoria de la epidemia del VIH, como la de las epidemias venéreas de siglos pasados, en las que visiones fatalistas esconden el miedo a lo extraño, a lo desconocido, a ser «invadido» por minorías, vistas como portadoras de enfermedades y cuyos comportamientos se tachan de inmorales por un mal manejo de las diferencias culturales. La paranoia, la fantasía y el miedo ante lo desconocido, ante lo incontrolable, según la autora.

Este miedo irracional a las enfermedades, a la posibilidad de caer enfermo, a perder la identidad (o la dignidad) responde a «vulnerabilidades individuales y sociales» (p.72) por esa misma teoría de que el virus no estropea y marca únicamente al cuerpo, sino a la totalidad de la sociedad.

La eliminación de metáforas distorsionadas que dramatizan la enfermedad e infunden miedos irracionales, perjudicando, más que a nadie, a los afectados, pero también frenando el avance en la prevención e investigación del virus, es la clave para que el monstruo retroceda, pierda fuerza y se llegue a desvanecer. Para la autora, la tarea de «vaciar» de significado las representaciones sociales existentes del VIH se presentaba entonces dura, y aún hoy lo es: no es suficiente con dejar de hablar de ellas, «hay que ponerlas en evidencia, criticarlas, castigarlas, desgastarlas» (p.85), justo la labor que ella misma desempeñó a través de su obra.

El miedo a la imagen que se tiene de la enfermedad y a ser aislados socialmente si la tuviésemos, justifica la cuestión que se ha formulado porque, erradicar miedos y temores infundados, es clave para que la enfermedad no sea considerada motivo de aislamiento, discriminación, ocultamiento o vejación y para evitar posibles futuras infecciones. Dialogar, hablar, resolver dudas, preguntar abiertamente al respecto, evitaría esos miedos que tienen sus muros en la soledad del que las piensan, requiriendo de los profesionales, dar una información clara y real para como dice Sontag, desdramatizar la situación y coger las riendas de nuestra propia salud o prevención de esta.

Son numerosos los dibujos y sus descripciones donde se ha recogido la palabra miedo (como se puede consultar en el anexo 28), y algunos estudiantes del grupo de discusión también reflexionaron al respecto:

«Todo lo que desconocemos nos asusta, si nos dicen que es una enfermedad incurable por así decirlo, hace que se cree esa alarma social». Sujeto 4.

«Yo creo que estamos hablando en general de la sociedad que todos estábamos refiriéndonos a cómo se actúa pero que no hay que ser así, porque al fin de al cabo todos son personas como tú y como yo y hay que tratarlas como una más, no en plan ¡uh! tiene el virus». Sujeto 7.

«Ni la situación de una noche en plan». Sujeto 4.

«Con una tía, no espérate no vaya a ser que tenga...eso se puede incluso considerar hasta delito, el hecho de saber que eres transmisor y no avisar a otra persona de... hombre, a mí me pasa y a mí me arruinan la vida y yo se la arruino a otra persona, eso lo tengo claro». Sujeto 6.

«Lo primero que se viene a la cabeza es miedo... porque paso de ser una persona con un sistema inmunitario bastante fuerte a ser frágil ante diversas enfermedades». Sujeto 6.

«Yo creo que al principio se te viene un poco el mundo encima en plan de ¿qué va a pasar? Pero después ya empiezas a averiguar cosas, vas al médico a que te explique realmente cómo es y demás y ya estás más abierto a verlo todo de otro color y ya empiezas a hacer una vida normal pero al principio yo creo que se te viene un poco el mundo encima». Sujeto 2.

En cuanto a los resultados obtenidos en el cuestionario, esta cuestión consiguió que los porcentajes estuviesen muy igualados entre las distintas opciones, por lo tanto, existe mucha disparidad en lo que piensan o creen los encuestados. El porcentaje mayor lo encontramos en la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» con un 22,8%. Se observa que el porcentaje de personas que se declinan por las opciones que más están de acuerdo con la cuestión planteada (41,4%), es superior al de las opciones que expresan lo opuesto (33,4%). Es por ello que podemos decir que, existe un 41,4% de personas que han realizado este cuestionario y que no tienen claro si sus parejas han mantenido relaciones de riesgo expresando sentir miedo cuando piensan en ello. Ver tabla 197 y gráfico 51.

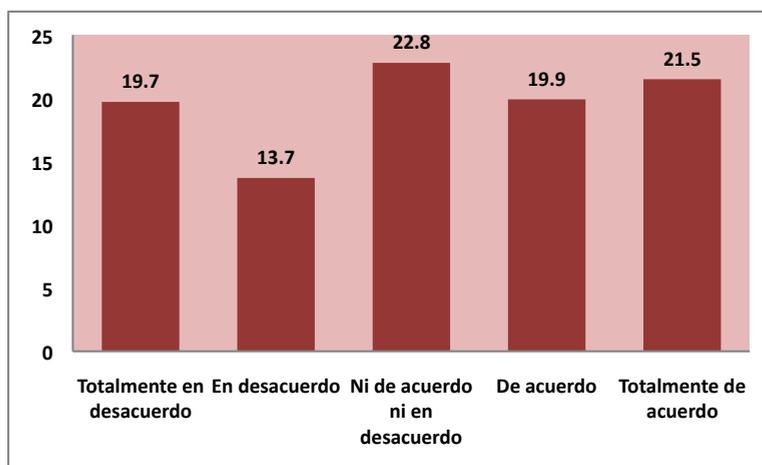
Nuestra futura tarea consistiría en disipar ese miedo, fomentando un clima de diálogo que propicia la verbalización de esos temores y concienciar en la necesidad de realizar las pruebas de detección de anticuerpos.

Tabla 197. Miedo.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	14	2,3	2,3	2,3
	Totalmente en desacuerdo	121	19,7	19,7	22,0
	En desacuerdo	84	13,7	13,7	35,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	140	22,8	22,8	58,6
	De acuerdo	122	19,9	19,9	78,5
	Totalmente de acuerdo	132	21,5	21,5	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 52. Miedo.



Fuente: Elaboración propia.

En las mujeres se puede ver como existe un porcentaje de 5 puntos mayor que las repuestas de los hombres encuestados, en las opciones que expresan «estar más de acuerdo o totalmente de acuerdo» con la cuestión planteada. El 42,4% de las mujeres frente al 37,8% de los hombres que expresan que les genera miedo pensar en las relaciones de alto riesgo que han podido tener las personas con las que han mantenido relaciones sexuales.

Tabla 198. Contingencia entre el Sexo y el Miedo.

		Me genera miedo pensar en las relaciones de alto riesgo que han podido tener las personas con las que yo he mantenido relaciones sexuales.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	1	1	0	2	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	16,7%	16,7%	,0%	33,3%	100,0%
Mujer	Recuento	9	105	61	111	97	113	496
	% dentro de Sexo	1,8%	21,2%	12,3%	22,4%	19,6%	22,8%	100,0%
Hombre	Recuento	3	16	22	28	25	17	111
	% dentro de Sexo	2,7%	14,4%	19,8%	25,2%	22,5%	15,3%	100,0%
Total	Recuento	14	121	84	140	122	132	613
	% dentro de Sexo	2,3%	19,7%	13,7%	22,8%	19,9%	21,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 199. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Miedo.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	37,737 ^a	10	,000
Razón de verosimilitudes	21,772	10	,016
Asociación lineal por lineal	,077	1	,782
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,14.

Fuente: Elaboración propia.

El Informe FIPSE Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH (2003) señalaba que la baja percepción que tienen del riesgo de transmisión de la infección por VIH, es originada entre otras razones, por el descenso de la mortalidad por SIDA en los países desarrollados, los ideales románticos característicos de la adolescencia, y el concepto de pareja que tienen los jóvenes, la escasa erotización del uso del preservativo, las habilidades para una efectiva comunicación y negociación sexual, la influencia del grupo de iguales y los roles de género.

Unos años más tarde, Cassá, Ballester, Gil, Giménez y Gómez (2006) indica que los jóvenes siguen siendo uno de los colectivos más vulnerables en nuestro país, constituyendo «uno de los problemas de Salud Pública más graves que conlleva un elevado coste económico, social y humano. Pese a que se ha logrado reducir el desarrollo y la mortalidad de la enfermedad, nos encontramos con una elevada incidencia de VIH en el colectivo de jóvenes con edades entre los 16-24 años, principalmente por vía sexual en relaciones heterosexuales» (p.268).

Aunque como se aprecia en la tabla 201, no se encuentra una asociación significativa entre ambas variables, si se puede apreciar como la tabla de contingencia (tabla 200), un número más elevado de personas mayores de 25 años han elegido la opción «Totalmente de acuerdo». Esto puede deberse a que a medida que avanza la edad madurativa de los sujetos, mayor percepción del riesgo que se ha tenido o se está teniendo en las relaciones sexuales desprotegidas y, por lo tanto, mayor puede ser el sentimiento de miedo que se genera a la hora de pensar en las relaciones de alto riesgo que han podido tener las personas con las que se han mantenido relaciones sexuales.

Tabla 200. Contingencia entre la Edad y el Miedo.

			Miedo.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	3	36	26	37	36	31	169
		% dentro de Edad_test	1,8%	21,3%	15,4%	21,9%	21,3%	18,3%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	3	30	27	39	36	28	163
		% dentro de Edad_test	1,8%	18,4%	16,6%	23,9%	22,1%	17,2%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	3	28	13	36	25	33	138
		% dentro de Edad_test	2,2%	20,3%	9,4%	26,1%	18,1%	23,9%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	2	23	16	24	21	33	119
		% dentro de Edad_test	1,7%	19,3%	13,4%	20,2%	17,6%	27,7%	100,0%
Total		Recuento	11	117	82	136	118	125	589
		% dentro de Edad_test	1,9%	19,9%	13,9%	23,1%	20,0%	21,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 201. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el Miedo.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,549 ^a	15	,784
Razón de verosimilitudes	10,650	15	,777
Asociación lineal por lineal	1,859	1	,173
N de casos válidos	589		

a. 4 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,22.

Fuente: Elaboración propia.

Preocupación.

Este apartado está dedicado a describir los datos generados en la siguiente cuestión planteada: «Me preocupa que alguna de las personas con las que he mantenido relaciones sexuales sea portadora del VIH y no me lo haya

comunicado». Llama la atención que el mismo número de alumnos haya escogido la opción «Totalmente en desacuerdo» (26,8%) que en la opción opuesta «Totalmente de acuerdo» (26,8%). Sin embargo, si se observa con detenimiento la tabla siguiente, se puede apreciar cómo la balanza se inclina más hacia las opciones que están más de acuerdo con la idea planteada.

Al 45,2% de los encuestados les preocupa que alguna de las personas con las que han mantenido relaciones sexuales sea portadora del VIH y que no le haya comunicado su situación de seropositividad (suma de los porcentajes de las dos últimas opciones), frente al 36,4%, que están totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con esta cuestión.

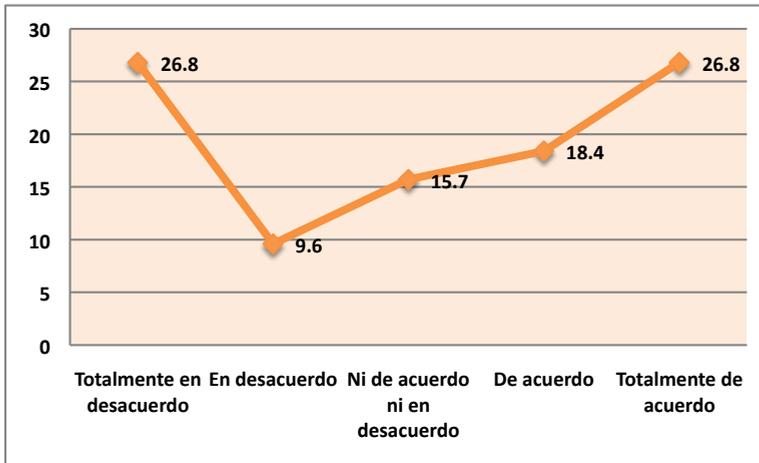
Este dato nos puede llevar a pensar que si la mitad de los sujetos encuestados expresan sentir esa preocupación, es que ellos tienen o han tenido relaciones sexuales desprotegidas y no conocen si esas parejas eran VIH+ o no. También podríamos decir que, ese porcentaje que siente preocupación con respecto a la situación planteada, puede que no se haya realizado nunca una prueba o que no lo haya hecho recientemente, de lo contrario, no tendría dicha preocupación. Por lo tanto, tenemos a un 45,2% de sujetos que prevemos que ha mantenido alguna relación no segura, y además, desconocen su situación serológica.

Tabla 202. Preocupación.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	17	2,8	2,8	2,8
	Totalmente en desacuerdo	164	26,8	26,8	29,5
	En desacuerdo	59	9,6	9,6	39,2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	96	15,7	15,7	54,8
	De acuerdo	113	18,4	18,4	73,2
	Totalmente de acuerdo	164	26,8	26,8	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfica 52. Preocupación.



Fuente: Elaboración propia.

Con respecto al sexo, la titulación de los sujetos o la edad, no se aprecian diferencias significativas tal como se observa, por ejemplo, en la tabla 203 que abordan las diferencias entre los distintos intervalos de edad:

Tabla 203. Contingencia Edad y Preocupación.

			Preocupación.					Total	
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo		Totalmente de acuerdo
Edad_test	21 años o menos	Recuento	3	46	17	28	31	44	169
		% dentro de Edad_test	1,8%	27,2%	10,1%	16,6%	18,3%	26,0%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	6	40	16	23	39	39	163
		% dentro de Edad_test	3,7%	24,5%	9,8%	14,1%	23,9%	23,9%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	2	38	13	27	22	36	138
		% dentro de Edad_test	1,4%	27,5%	9,4%	19,6%	15,9%	26,1%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	3	35	12	16	16	37	119
		% dentro de Edad_test	2,5%	29,4%	10,1%	13,4%	13,4%	31,1%	100,0%
Total		Recuento	14	159	58	94	108	156	589
		% dentro de Edad_test	2,4%	27,0%	9,8%	16,0%	18,3%	26,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Si realizamos la suma de los porcentajes que están de acuerdo y totalmente de acuerdo con el hecho de que genere preocupación que alguna de las personas con las que se ha mantenido relaciones sexuales sea portadora del VIH y no se lo haya comunicado, obtenemos porcentajes similares en cada uno de los intervalos, oscilando entre el 42% y el 47%.

Morir

En el imaginario social la relación entre VIH/SIDA y muerte han ido unidas de la mano. En el ítem número 33 del cuestionario elaborado para esta investigación, hemos preguntado lo siguiente: «Si me dijese en este momento que estoy infectado por el VIH pensaría que me voy a morir».

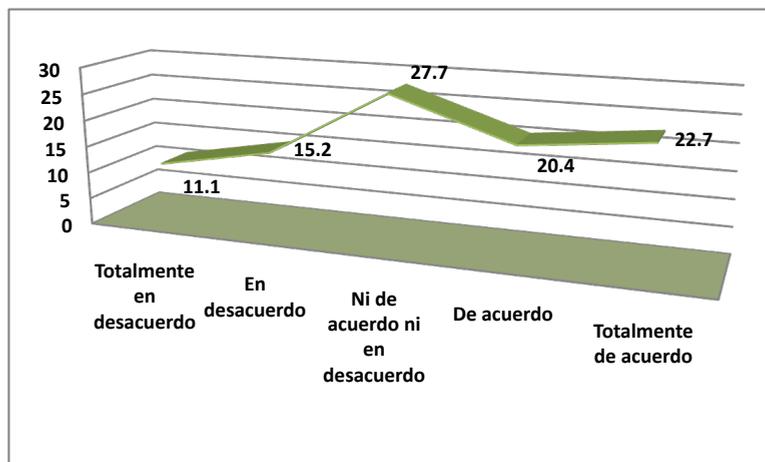
La opción más elegida ha sido la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» que la han seleccionado 170 personas (27,7%). Este dato se puede interpretar por el hecho de que dichas personas sean conocedoras de la reducción del número de muertes en los países con mayores recursos, gracias al seguimiento médico y al tratamiento farmacológico adecuado. Sin embargo, podemos también sospechar que hayan escogido esta opción las personas que no sepan que contestar al respecto.

Por otro lado, podemos observar como sigue asociándose el VIH a una enfermedad mortal, ya que el 43,1% considera que morirían si tuviesen el VIH (cómputo de los porcentajes en las respuestas «Totalmente de acuerdo» y «De acuerdo», frente al 26,3% que están totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con esta afirmación. Ver tabla 204 y gráfico 53.

Tabla 204. Morir.					
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	0	18	2,9	2,9	2,9
	Totalmente en desacuerdo	68	11,1	11,1	14,0
	En desacuerdo	93	15,2	15,2	29,2
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	170	27,7	27,7	56,9
	De acuerdo	125	20,4	20,4	77,3
	Totalmente de acuerdo	139	22,7	22,7	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 53. Morir.



Fuente: Elaboración propia.

Son numerosos los estudios que utilizan técnicas cualitativas que registran la relación VIH/SIDA y Muerte, en las primeras reflexiones de las personas que son seropositivas. Grimberg M. (2003) en su estudio Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH, nos pone un claro ejemplo de ello en la verbalización de lo que expresaba la siguiente mujer de 34 años de edad:

«.... todo era un interrogante frente a mí// la sensación de que estaba absolutamente vulnerable// que cualquier cosa me podía dañar// hasta el aire era con microbios y dañino/ ¿no? esa sensación/ esta:: y como si me dieran una sentencia de muerte directamente// que no sabía qué tenía por delante// me sentía extremadamente débil/ a merced de cualquier cosa/ me sentía desmejorada// sin ganas// mi cuerpo se caía a pedazos... » (Irene.34.PC.8) (p.88).

Muchas de las personas que conviven con el VIH, viven estos primeros momentos de la comunicación del diagnóstico como «sentencias de muertes». Otro ejemplo de lo dicho es el que podemos encontrar en Almanza, A. y Flores, F. (2012):

«Hubo un momento en que sí, que incluso yo les decía “Yo me quiero morir de una vez”. Ya empezaba yo a renegar de la vida que tenía, porque decía “Para qué”, o sea, decía “Para qué seguir viviendo, para qué, si a lo mejor la gente se entera y empiezan a andar señalando y empiezan a discriminar a uno» (Andrea, paciente) (p.179).

608

Como estos ejemplos anteriores, se podrían exponer numerosos estudios que abordan este hecho, por lo tanto era esperable que el 43,1% de los alumnos y alumnas a los que les hemos preguntado, piensen en la muerte si les diesen un diagnóstico positivo en VIH.

Tanto en las verbalizaciones del grupo de discusión como en los dibujos elaborados para la investigación que afrontamos, la relación del VIH/SIDA con la muerte, son numerosas:

«Sí, yo creo que en cuanto a la pareja se tienen que plantear dos cosas: una que sepas que puedes mantener relaciones sexuales como hemos dicho y que no se transmita, y por otro lado que la otra persona esté preparada para afrontar la vida y si te plantea la vida con esa persona el día de mañana pues no sabes cuánto tiempo puede vivir, si se pone mala tienes que estar mucho tiempo cuidándole. Que a esa persona no le asuste el hecho de compartir la vida con una persona que sabe que puede caer enferma». Sujeto 6.

En el siguiente dibujo, una estudiante mujer de 21 años, expresa el VIH/SIDA como una bomba que terminará explotando, como una enfermedad dura, infecciosa, de la que debemos protegernos, provocándole miedo y vergüenza.

Ilustración 106. Dib.3-M21.



609

El dibujo elaborado por este alumno de 45 años, expresa la misma idea que el dibujo anterior:

Ilustración 107. Dib.4-H45.



Otra estudiante dibuja ataúdes refiriéndose a la muerte próxima porque no tiene cura y expresó también que representaba la «muerte social» debido a la soledad de las personas con VIH.

Ilustración 108.Dib.6-M32.



El dibujo de esta mujer de 21 años, también representa una tumba pero para expresar en su descripción que las personas con VIH no tienen por qué morir si reciben tratamiento.

Ilustración 109.Dib.62-M21.



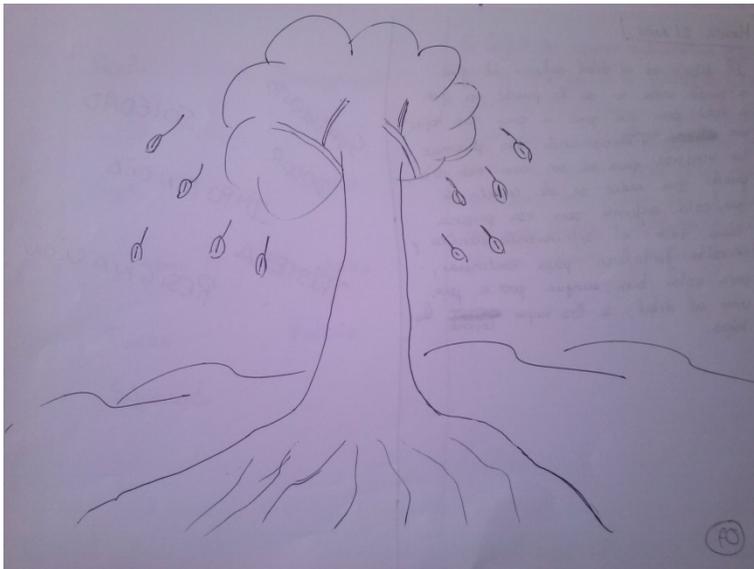
El dibujo siguiente expresa todo lo contrario a aquellos dibujos que lo relacionan con la muerte, reflejando el sol como metáfora de la vida y como después de un bucle emocional cuando se sabe el diagnóstico de seropositividad, se puede empezar un camino de esperanza en el que fluye la vida representado en ese árbol.

Ilustración 110. Dib.1-H38.



La metáfora del árbol es utilizada por varios participantes del Taller sobre VIH, para expresar las ideas que tiene sobre el VIH y mientras que como en el ejemplo anterior el árbol simbolizaba vida, en el siguiente dibujo elaborado por una estudiante mujer de 21 años, el árbol está enfermo y como dice ella, «aunque no se le vea, se le irán cayendo las hojas».

Ilustración 111. Dib.70-M21.



La edad marca diferencias significativas con respecto a la cuestión que se plantea en este ítem, ya que los alumnos más jóvenes han seleccionado en el cuestionario en mayor medida, la opción que más confirma ésta relación de la enfermedad con la idea de morir. Podemos comparar este dato, con los obtenidos en la valoración global de la prueba de conocimiento sobre el VIH/SIDA. El intervalo de edad de los menores de 21 años obtuvo los resultados más desfavorables demostrando tener un conocimiento menos exhaustivo de la enfermedad, por lo tanto, es previsible que el porcentaje más elevado en la cuestión planteada en este apartado sea el de precisamente los menores de 21, con un 50,8% de encuestados que opinan que están de acuerdo o totalmente de acuerdo en que se morirían si tuviesen VIH.

Tabla 205. Contingencia entre Edad y Morir.

			Si me dijese en este momento que estoy infectado por el VIH pensaría que me voy a morir.					Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	3	15	18	47	43	169
		% dentro de Edad_test	1,8%	8,9%	10,7%	27,8%	25,4%	100,0%
							50,8	
Entre 21 hasta 23	Recuento	6	14	27	42	32	163	
	% dentro de Edad_test	3,7%	8,6%	16,6%	25,8%	19,6%	100,0%	
Entre 23 hasta 25	Recuento	3	17	24	45	27	138	
	% dentro de Edad_test	2,2%	12,3%	17,4%	32,6%	19,6%	100,0%	
Mayor de 25 años	Recuento	3	16	21	30	21	119	
	% dentro de Edad_test	2,5%	13,4%	17,6%	25,2%	17,6%	100,0%	
Total	Recuento	15	62	90	164	123	589	
	% dentro de Edad_test	2,5%	10,5%	15,3%	27,8%	20,9%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 206. Pruebas de chi-cuadrado entre Edad y Morir.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,271 ^a	15	,432
Razón de verosimilitudes	15,625	15	,407
Asociación lineal por lineal	5,422	1	,020
N de casos válidos	589		

a. 4 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,03.

Fuente: Elaboración propia.

Por lo que respecta a las diferencias de los datos obtenidos con respecto al sexo de los sujetos, podemos decir que no existe una relación significativa importante entre variables, hallándose un 43,8% de las mujeres y un 40,5% de los hombres en la suma de las dos opciones que están más de acuerdo con la opción planteada. Por otro lado, el porcentaje de mujeres que están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con la idea de que si le dijese que tienen VIH, pensarían que iban a morir, es menor que el de los hombres (25,4% de mujeres frente a 31,5% de hombres), por lo que se puede decir que los datos obtenidos en esta cuestión en el grupo de mujeres, es levemente más favorables que el de los hombres de la muestra.

Tabla 207. Contingencia entre Sexo y Morir.

		Si me dijese en este momento que estoy infectado por el VIH pensaría que me voy a morir.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	0	2	0	2	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	,0%	33,3%	,0%	33,3%	100,0%
Mujer	Recuento	12	54	72	141	106	111	496
	% dentro de Sexo	2,4%	10,9%	14,5%	28,4%	21,4%	22,4%	100,0%
Hombre	Recuento	4	14	21	27	19	26	111
	% dentro de Sexo	3,6%	12,6%	18,9%	24,3%	17,1%	23,4%	100,0%
Total	Recuento	18	68	93	170	125	139	613
	% dentro de Sexo	2,9%	11,1%	15,2%	27,7%	20,4%	22,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

☑ Ira.

Según la Guía para gays y hombres bisexuales con VIH de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida en el 2010, las fases ante el diagnóstico del VIH, van desde una primera etapa de shock, a la de negación, de enfado y de ira, de depresión y de identificación en el que la persona «asume el diagnóstico y pronóstico de la enfermedad viviéndola de una forma más positiva» (p.12).

No todas las personas a las que se les devela su estado serológico positivo, siguen todas y cada una de estas etapas, aunque suele ser habitual este proceso. Como ya se recogió en el Capítulo 2 de esta tesis doctoral, Balles-ter (2009) afirma que el individuo infectado por VIH posee la capacidad de identificar, dentro de su propio círculo depresivo, los pensamientos negativos que emanan de su interior en relación con la enfermedad y que, en gran parte, provienen de su estigma sentido: («me voy a morir», «por culpa de ella mi vida no tiene sentido», «estoy completamente solo», «es mejor que no salga de casa para relacionarme con los demás», «no soy más que un enfermo que tiene los días contados»), pero que también es capaz de neutralizarlos sustituyéndolos por otros más positivos («tengo vida, aunque la enfermedad forme parte de ella», «tengo ganas de vivirla», «hay muchas cosas que quiero y puedo hacer», «si me cuido puedo tener una buena calidad de vida», «soy algo más que una enfermedad», «merezco ser feliz y si alguien intenta oponerse, aprenderé a vivir sin él»)(p.85).

En esta cuestión, se pregunta por una las fases, la fase en la que se genera la emoción de la ira, ya que nos interesa obtener datos de cómo podrían reaccionar los sujetos si se les diagnosticase el VIH. Se tratará en las líneas siguientes, los datos que se han obtenido de la siguiente cuestión planteada: «Si me dijese en este momento que estoy infectado por el VIH me generaría mucha ira hacia la persona que me hubiera infectado». El

porcentaje más alto es el de la opción «Totalmente de acuerdo» (30,3%). Existe también un porcentaje alto de personas que expresan no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo con lo planteado como se puede consultar en la tabla 208 o en la gráfica 54.

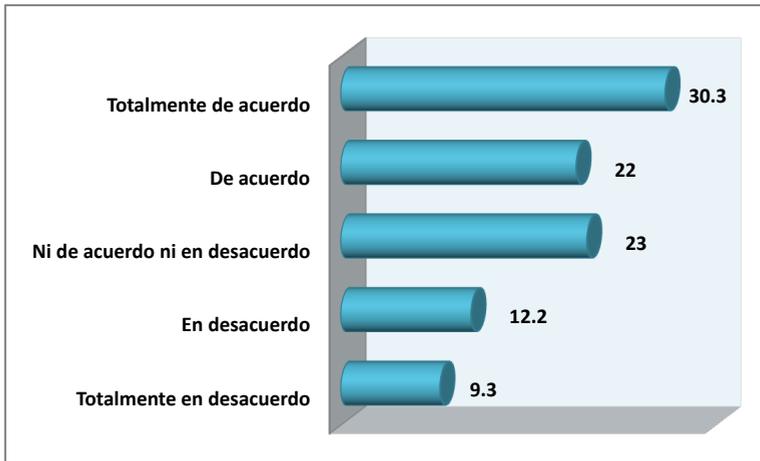
615

Tabla 208. Ira.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	19	3,1	3,1	3,1
	Totalmente en desacuerdo	57	9,3	9,3	12,4
	En desacuerdo	75	12,2	12,2	24,6
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	141	23,0	23,0	47,6
	De acuerdo	135	22,0	22,0	69,7
	Totalmente de acuerdo	186	30,3	30,3	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 54. Ira.



Fuente: Elaboración propia.

Cuando se ha relacionado las variables ira y edad de los sujetos, no se han observado diferencias significativas, sin embargo, en relación al sexo de los sujetos, sí se debe explicar varios apuntes (tabla 210).

De las mujeres encuestadas, el 54,5% ha elegido una de las dos opciones que más de acuerdo están en la cuestión que abordamos («Totalmente de acuerdo» o «De acuerdo»). Sin embargo, el porcentaje de hombres que opinan lo mismo es inferior 11 puntos (43,2%). Aún más clara es la diferencia entre la suma de las dos opciones que están en desacuerdo con la idea planteada sobre si sentirían ira hacia la persona que les hubiese infectado. El 34,2% de los hombres están «Totalmente en desacuerdo» o «En desacuerdo» con esta opción, mientras que sólo 19% de mujeres que opinan esto (tabla 209).

Podemos entender al respecto, que de las personas que han sido preguntadas en este cuestionario, o bien las mujeres expresan de una manera más contundente su enfado e ira hacia la persona que les ha transmitido el VIH, o bien, los alumnos hombres son más condescendientes ante la situación de una infección accidental.

Tabla 209. Contingencia entre el Sexo y la Ira.

		Si me dijese en este momento que estoy infectado por el VIH me generaría mucha ira hacia la persona que me hubiera infectado.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	0	1	0	3	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	,0%	16,7%	,0%	50,0%	100,0%
Mujer	Recuento	13	41	53	119	108	162	496
	% dentro de Sexo	2,6%	8,3%	10,7%	24,0%	21,8%	32,7%	100,0%
Hombre	Recuento	4	16	22	21	27	21	111
	% dentro de Sexo	3,6%	14,4%	19,8%	18,9%	24,3%	18,9%	100,0%
Total	Recuento	19	57	75	141	135	186	613
	% dentro de Sexo	3,1%	9,3%	12,2%	23,0%	22,0%	30,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 210. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Ira.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	38,469 ^a	10	,000
Razón de verosimilitudes	28,707	10	,001
Asociación lineal por lineal	8,657	1	,003
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.

Fuente: *Elaboración propia.*

En las siguientes tablas (211 y 212), se puede examinar los resultados hallados cuando se relacionan la variable mencionada ira y la titulación de los sujetos. Los estudiantes del Máster de Educación Intercultural son los que expresan en mayor porcentaje que están de acuerdo o totalmente de acuerdo en que si les dijese que están infectados por el VIH les generaría mucha ira hacia la persona que les hubiese infectado (71,4%), contraria a otras titulaciones con porcentajes menores en estas mismas respuestas como la Diplomatura de Educación Física con un 18,5%.

Tabla 211. Contingencia Titulación e Ira.

			Si me dijese en este momento que estoy infectado por el VIH me generaría mucha ira hacia la persona que me hubiera infectado.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	4	12	18	40	36	59	169
		% dentro de Titulación	2,4%	7,1%	10,7%	23,7%	21,3%	34,9%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	0	0	3	0	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	5	12	7	24	21	35	104
		% dentro de Titulación	4,8%	11,5%	6,7%	23,1%	20,2%	33,7%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	5	5	12	19	20	30	91
		% dentro de Titulación	5,5%	5,5%	13,2%	20,9%	22,0%	33,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	1	3	1	2	3	10
		% dentro de Titulación	,0%	10,0%	30,0%	10,0%	20,0%	30,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	2	8	6	6	4	1	27
		% dentro de Titulación	7,4%	29,6%	22,2%	22,2%	14,8%	3,7%	100,0%
Diplomatura en Educación Especial	Recuento	1	1	2	5	5	12	26	
	% dentro de Titulación	3,8%	3,8%	7,7%	19,2%	19,2%	46,2%	100,0%	
Psicopedagogía	Recuento	2	10	20	35	24	38	129	
	% dentro de Titulación	1,6%	7,8%	15,5%	27,1%	18,6%	29,5%	100,0%	
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	3	1	0	8	2	14	
	% dentro de Titulación	,0%	21,4%	7,1%	,0%	57,1%	14,3%	100,0%	
Máster en Secundaria	Recuento	0	2	0	2	2	3	9	
	% dentro de Titulación	,0%	22,2%	,0%	22,2%	22,2%	33,3%	100,0%	
No contesta	Recuento	0	0	0	2	0	0	2	
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	3	6	7	10	3	29	
	% dentro de Titulación	,0%	10,3%	20,7%	24,1%	34,5%	10,3%	100,0%	
Total	Recuento	19	57	75	141	135	186	613	
	% dentro de Titulación	3,1%	9,3%	12,2%	23,0%	22,0%	30,3%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 212. Pruebas de chi-cuadrado Titulación e Ira.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	89,275 ^a	55	,002
Razón de verosimilitudes	89,284	55	,002
Asociación lineal por lineal	3,168	1	,075
N de casos válidos	613		

a. 42 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Fuente: *Elaboración propia.*

Deterioro físico.

En el campo de la representación social del VIH/SIDA está profundamente arraigada la idea de una enfermedad cruel, en la cual se produce un deterioro físico atroz, que conlleva a que la persona que lo padece, esté condenado a la muerte. Un claro ejemplo de ello son muchas de las narraciones que ofrecen las mujeres VIH+ del estudio cualitativo sobre vulnerabilidades, violencias y calidad de vida en mujeres seropositivas A pelo gritao (García, M.L.; Maragall, M.; Pineda, M.; Solè, N.; Vázquez M. J.) elaborado por la organización Creación Positiva y financiado por el Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo del gobiernos de España en el 2005:

«Él era de Canarias. Quedamos. Yo estaba súper entusiasmada y nada, fue llegar allí y se lo conté. Salí con él a comer y nos fuimos de marcha... Y por la noche cuando iba a estar con él le dije: mira, no puedo estar contigo, quiero que sepas algo. Dice: ¿Qué? Tengo el SIDA... soy seropositiva y quiero que antes de que estemos juntos lo sepas. Me dice: no, no puede ser. Yo no te noto nada. Y no tienes la cara de enferma”. Y le digo: “¿qué cara?” Y me dice: “si, pero estas gordita...”. Yo le digo:” mira, yo tengo el VIH y te lo estoy comentando. Soy seropositiva y si quieres estar conmigo quiero que lo sepas”. Y me dice: “pues, como me has besado pues ya me has infectado”... Y como nos conocimos por internet le dije: “mira, abre internet, lee más y... luego hablamos”. Pues, rechazo total. Rechazo total» (Tulipán, No asociación).

«...Mi familia ven el SIDA como la muerte... cuando yo hablo con mi madre me dice: “¿Qué?, ¿sigues gordita o ya se te nota mucho?” Y yo: “¿Notarme qué, notar me qué, mamá?”. Ahora la vida la llevo mejor que antes y ella me dice: “Sí, pero cuidado no te adelgaces mucho”. ¿Sabes? Son cosas que a mí me lastiman... ¿qué pena!... » (Tulipán, No asociación) (p.72).

620

Aunque cada vez se disponen de más medios y el tratamiento farmacológico cada vez es menos agresivo, a corto o a largo plazo pueden producirse algunos cambios físicos producidos por la infección de VIH o por el tratamiento con antirretrovirales como lipodistrofia, dolor, diarreas, etc. A pesar de ello, muchas de las personas VIH+, no sufren cambios físicos importantes que les identifiquen como seropositivas. Es la imagen anclada socialmente de la enfermedad, la que lleva a pensar que una vez infectados, empezaremos a padecer secuelas físicas que evidenciarán que tenemos VIH. En la siguiente expresión de uno de los miembros del grupo de discusión se refleja esta idea:

«Pues yo vi en un documental que una chavala tenía SIDA y se quedó ciega pero también empezó a afectarle los huesos, ya ha empezado a moverse un poquito más». Sujeto 6.

El 28,5% de los sujetos encuestados han optado por la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» con el hecho de que si le dijese que está infectado por el VIH le generaría angustia pensar en el deterioro físico que va sufrir. Como ha ocurrido en ítems anteriores podemos sospechar que existen alumnos que hayan escogido esta opción o bien porque tienen una información cabal sobre el VIH y saben que puede no producirse cambios físicos aparentes, o bien que no sepan que contestar al respecto.

La balance se inclina significativamente hacia el lado en el que las opiniones de los sujetos están más de acuerdo con la cuestión proyectada, siendo el 49,9% las personas que están de acuerdo o totalmente de acuerdo, con el hecho de que sí le generaría angustia pensar en el deterioro físico que sufriría si estuviesen infectados. Ver tabla 213 y gráfico 55.

		Tabla 213. Angustia deterioro físico.			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	19	3,1	3,1	3,1
	Totalmente en desacuerdo	39	6,4	6,4	9,5
	En desacuerdo	74	12,1	12,1	21,5
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	175	28,5	28,5	50,1
	De acuerdo	146	23,8	23,8	73,9
	Totalmente de acuerdo	160	26,1	26,1	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfica 55. Angustia el deterioro físico.



Fuente: *Elaboración propia.*

El porcentaje de mujeres que están de acuerdo o totalmente de acuerdo en el hecho de que les produce angustia pensar en deterioro físico que padecerían si fuesen VIH+, es levemente mayor (51,2%) que el del grupo de hombres de nuestra muestra (44%).

Tabla 214. Contingencia entre el Sexo y la Angustia por el deterioro físico.

		Angustia.					Totalmente de acuerdo	Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo		
Sexo 0	Recuento	2	0	1	0	1	2	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	16,7%	,0%	16,7%	33,3%	100,0%
Mujer	Recuento	13	34	54	141	116	138	496
	% dentro de Sexo	2,6%	6,9%	10,9%	28,4%	23,4%	27,8%	100,0%
Hombre	Recuento	4	5	19	34	29	20	111
	% dentro de Sexo	3,6%	4,5%	17,1%	30,6%	26,1%	18,0%	100,0%
Total	Recuento	19	39	74	175	146	160	613
	% dentro de Sexo	3,1%	6,4%	12,1%	28,5%	23,8%	26,1%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 215. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Angustia por el deterioro físico.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,109 ^a	10	,002
Razón de verosimilitudes	18,524	10	,047
Asociación lineal por lineal	1,126	1	,289
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,19.

Fuente: *Elaboración propia.*

Como ocurriese en los resultados obtenido en el ítem anterior cuando preguntábamos por la emoción de la ira, los estudiantes del Máster de Educación Intercultural son los que expresan en mayor porcentaje que están de acuerdo o totalmente de acuerdo en que si les dijese que están infectados por el VIH les generaría angustia pensar en el deterioro físico que van a sufrir (57,2%), contraria a otras titulaciones con porcentajes menores en estas mismas respuestas como la Diplomatura de Educación Física con un 40,7%.

Tabla 216. Contingencia Titulación y Angustia por el deterioro físico.

			Si me dijese en este momento que estoy infectado por el VIH me generaría angustia pensar en el deterioro físico que voy a sufrir.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	3	15	25	40	46	40	169
		% dentro de Titulación	1,8%	8,9%	14,8%	23,7%	27,2%	23,7%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	1	1	0	1	0	3
		% dentro de Titulación	,0%	33,3%	33,3%	,0%	33,3%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	6	5	13	35	16	29	104
		% dentro de Titulación	5,8%	4,8%	12,5%	33,7%	15,4%	27,9%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	4	4	9	26	19	29	91
		% dentro de Titulación	4,4%	4,4%	9,9%	28,6%	20,9%	31,9%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	0	1	3	2	4	10
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	10,0%	30,0%	20,0%	40,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	2	0	5	9	8	3	27
		% dentro de Titulación	7,4%	,0%	18,5%	33,3%	29,6%	11,1%	100,0%
Diplomatura en Educación Especial	Recuento	1	3	1	9	7	5	26	
	% dentro de Titulación	3,8%	11,5%	3,8%	34,6%	26,9%	19,2%	100,0%	
Psicopedagogía	Recuento	3	5	15	37	34	35	129	
	% dentro de Titulación	2,3%	3,9%	11,6%	28,7%	26,4%	27,1%	100,0%	
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	1	0	5	2	6	14	
	% dentro de Titulación	,0%	7,1%	,0%	35,7%	14,3%	42,9%	100,0%	
Máster en Secundaria	Recuento	0	0	2	3	2	2	9	
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	22,2%	33,3%	22,2%	22,2%	100,0%	
No contesta	Recuento	0	1	0	1	0	0	2	
	% dentro de Titulación	,0%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	4	2	7	9	7	29	
	% dentro de Titulación	,0%	13,8%	6,9%	24,1%	31,0%	24,1%	100,0%	
Total	Recuento	19	39	74	175	146	160	613	
	% dentro de Titulación	3,1%	6,4%	12,1%	28,5%	23,8%	26,1%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 217. Pruebas de chi-cuadrado Titulación y Angustia por el deterioro físico.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,704 ^a	55	,448
Razón de verosimilitudes	58,970	55	,333
Asociación lineal por lineal	,912	1	,339
N de casos válidos	613		

a. 42 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,06.

Fuente: Elaboración propia.

Envejecimiento prematuro.

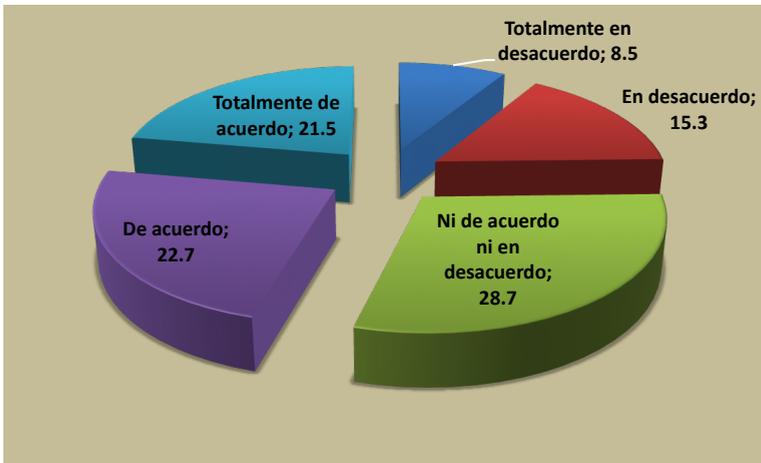
La pregunta número 36 de nuestro cuestionario dice así: «Si me dijese en este momento que estoy infectado por el VIH pensaría en el envejecimiento prematuro que voy a sufrir». Las cifras son muy parecidas en relación a la pregunta anterior, observándose como el 28,7% de los sujetos han elegido la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo», obteniéndose un 28,5% en la cuestión anterior (preocupación por el deterioro físico). La balanza vuelve a inclinarse hacia el lado en el que las opiniones de los sujetos están más de acuerdo con la cuestión proyectada, siendo el 44,2% las personas que están de acuerdo o totalmente de acuerdo en el hecho de que pensarían en este envejecimiento prematuro. Recordamos que la cifra es similar (49,9%) la cual comentaba la preocupación por el deterioro físico que se podría producir.

Tabla 218. Envejecimiento prematuro.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Perdidos	20	3,3	3,3	3,3
Totalmente en desacuerdo	52	8,5	8,5	11,7
En desacuerdo	94	15,3	15,3	27,1
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	176	28,7	28,7	55,8
De acuerdo	139	22,7	22,7	78,5
Totalmente de acuerdo	132	21,5	21,5	100,0
Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 56. Envejecimiento prematuro.



Fuente: Elaboración propia.

En relación al hecho que se trata en este punto, algunos participantes del Taller sobre VIH, han expresado mediante dibujos, ese envejecimiento prematuro y el deterioro físico que aún está muy presente en el imaginario colectivo:

Ilustración 112. Dib. 42-H20.



En el estudio cualitativo sobre vulnerabilidades y VIH A pelo gritao se recoge este hecho en palabras de una mujer seropositiva:

«Yo creo que mucha gente continúa pensando que acabaremos como Fredy Mercury
O Robert Hudson... secos y llenos de sarcoma...bueno» (Liri, Asociación) (p.67)).

626

De igual manera que se observó en el ítem anterior, el porcentaje de mujeres que les preocupa el envejecimiento prematuro y lo han expresado en el cuestionario, es levemente superior al de hombres (ver tabla 219). En relación a las diferencias entre titulaciones, también nos encontramos datos similares comparando con el ítem anterior, siendo el porcentaje mayor en la titulación del Máster de Educación Intercultural en las opciones que más de acuerdo están y el porcentaje menor en estas misma opciones, el de la titulación de Educación Física (tabla 220).

Tabla 219. Contingencia entre el Sexo y el Envejecimiento prematuro.

		Si me dijese en este momento que estoy infectado por el VIH pensaría en el envejecimiento prematuro que voy a sufrir.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	0	1	1	2	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	,0%	16,7%	16,7%	33,3%	100,0%
Mujer	Recuento	14	45	71	143	112	111	496
	% dentro de Sexo	2,8%	9,1%	14,3%	28,8%	22,6%	22,4%	100,0%
Hombre	Recuento	4	7	23	32	26	19	111
	% dentro de Sexo	3,6%	6,3%	20,7%	28,8%	23,4%	17,1%	100,0%
Total	Recuento	20	52	94	176	139	132	613
	% dentro de Sexo	3,3%	8,5%	15,3%	28,7%	22,7%	21,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 220. Contingencia Titulación y Envejecimiento prematuro.

			Si me dijese en este momento que estoy infectado por el VIH pensaría en el envejecimiento prematuro que voy a sufrir.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	5 3,0%	14 8,3%	27 16,0%	53 31,4%	41 24,3%	29 17,2%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 33,3%	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	6 5,8%	9 8,7%	15 14,4%	26 25,0%	19 18,3%	29 27,9%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	4 4,4%	7 7,7%	11 12,1%	27 29,7%	19 20,9%	23 25,3%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 10,0%	2 20,0%	3 30,0%	1 10,0%	3 30,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	2 7,4%	1 3,7%	7 25,9%	9 33,3%	5 18,5%	3 11,1%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	5 19,2%	4 15,4%	8 30,8%	6 23,1%	2 7,7%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	2 1,6%	5 3,9%	18 14,0%	35 27,1%	38 29,5%	31 24,0%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	2 14,3%	1 7,1%	4 28,6%	2 14,3%	5 35,7%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	3 33,3%	3 33,3%	2 22,2%	1 11,1%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 50,0%	0 ,0%	1 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	6 20,7%	5 17,2%	7 24,1%	5 17,2%	6 20,7%	29 100,0%
Total	Recuento % dentro de Titulación	20 3,3%	52 8,5%	94 15,3%	176 28,7%	139 22,7%	132 21,5%	613 100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Promiscuas.

628

La pregunta número 37 plantea: «Muchas personas se merecen tener VIH por ser promiscuas». Volvemos a utilizar una frase de una de las mujeres que conviven con el VIH del estudio cualitativo A pelo gritao (García et al., 2005), para entender el estigma sentido sobre esta cuestión:

«Tienes SIDA y esa mujer ha hecho algo en la vida que no, que no... se ha acostado con mucha gente o algo raro ha hecho. Sí, sí, sí» (Orquídea, Asociación) (p.67).

Sin embargo, quizás vaya cambiando la percepción del VIH/SIDA asociado a la palabra promiscuidad, debido a las múltiples campañas de información en las que se intenta hacer visible que no es necesario tener muchas relaciones sexuales con parejas ocasionales, sólo es necesario tener una única relación sexual desprotegida con una persona con VIH para que se pueda producir el contagio.

En la muestra del cuestionario, el 76,3% de los encuestados se posicionan en la opción más en desacuerdo con el hecho de pensar que las personas que tienen VIH se lo merecen por ser promiscuas. Ver tabla 221 y gráfico 57.

		Tabla 221. Personas Promiscuas.			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	22	3,6	3,6	3,6
	Totalmente en desacuerdo	468	76,3	76,3	79,9
	En desacuerdo	36	5,9	5,9	85,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	50	8,2	8,2	94,0
	De acuerdo	22	3,6	3,6	97,6
	Totalmente de acuerdo	15	2,4	2,4	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 57. Personas Promiscuas.



Fuente: Elaboración propia.

A continuación, podemos observar como el porcentaje de alumnas es levemente superior al de los hombres en las dos opciones que expresan su desacuerdo con esta afirmación (84% frente al 76,6% de hombres) y por lo tanto, en las dos opciones que se posicionan de acuerdo con esta hipótesis planteada, el porcentaje de hombres es levemente superior al de las mujeres (9,9% frente al 4,8% de mujeres).

Tabla 222. Contingencia entre el Sexo y Personas Promiscuas.

		Muchas personas se merecen tener VIH por ser promiscuas.					Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	2	0	0	1	6
	% dentro de Sexo	33,3%	33,3%	,0%	,0%	16,7%	100,0%
Mujer	Recuento	15	396	21	40	16	496
	% dentro de Sexo	3,0%	79,8%	4,2%	8,1%	3,2%	100,0%
Hombre	Recuento	5	70	15	10	5	111
	% dentro de Sexo	4,5%	63,1%	13,5%	9,0%	4,5%	100,0%
Total	Recuento	22	468	36	50	22	613
	% dentro de Sexo	3,6%	76,3%	5,9%	8,2%	3,6%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 223. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Personas Promiscuas.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	48,191 ^a	10	,000
Razón de verosimilitudes	32,353	10	,000
Asociación lineal por lineal	5,380	1	,020
N de casos válidos	613		

a. 9 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,15.

Fuente: *Elaboración Propia.*

En relación a las distintas titulaciones, se vuelve a repetir el hecho de que las titulaciones que más en desacuerdo están con esta idea, son titulaciones que mejores resultados han obtenido en la prueba tipo test como la Diplomatura Educación Social, el Máster Educación Secundaria y el Máster Educación Intercultural, siendo la titulaciones de Educación Física y de Primaria los porcentajes más bajos en estar totalmente en desacuerdo con la idea de que muchas personas se merecen tener VIH por ser promiscuas. Podríamos, por lo tanto, volver a decir que aquellas titulaciones que obtuvieron mejores resultados en la prueba tipo test de conocimiento, son las que demuestran tener menores actitudes prejuiciosas hacia el VIH/SIDA.

Tabla 224. Contingencia entre la Titulación y Promiscuas.

			Promiscuas.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	3 1,8%	142 84,0%	8 4,7%	11 6,5%	2 1,2%	3 1,8%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	2 66,7%	1 33,3%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	7 6,7%	75 72,1%	5 4,8%	11 10,6%	3 2,9%	3 2,9%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	5 5,5%	57 62,6%	6 6,6%	14 15,4%	6 6,6%	3 3,3%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	10 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	2 7,4%	14 51,9%	6 22,2%	2 7,4%	2 7,4%	1 3,7%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	20 76,9%	0 ,0%	2 7,7%	2 7,7%	1 3,8%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	4 3,1%	97 75,2%	10 7,8%	8 6,2%	6 4,7%	4 3,1%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	13 92,9%	0 ,0%	0 ,0%	1 7,1%	0 ,0%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	8 88,9%	0 ,0%	1 11,1%	0 ,0%	0 ,0%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 50,0%	0 ,0%	1 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	29 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	29 100,0%
Total	Recuento % dentro de Titulación	22 3,6%	468 76,3%	36 5,9%	50 8,2%	22 3,6%	15 2,4%	613 100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 225. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y Promiscuas.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	71,384 ^a	55	,068
Razón de verosimilitudes	75,669	55	,034
Asociación lineal por lineal	,024	1	,876
N de casos válidos	613		

a. 52 casillas (72,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,05.

Fuente: *Elaboración propia.*

Culpable.

En el estudio de las metáforas y los significados aplicados tanto al cáncer como al SIDA, Sontag reflexiona que si los afectados por el cáncer se ven estigmatizados tan gravemente sin que su enfermedad sea fruto de conductas consideradas inmorales, ¿cuán terrible será el estigma de los infectados por el VIH/SIDA, que parecen llevar tatuadas las palabras «culpa» y «escándalo» a ojos de la sociedad? En su observación de comportamientos y actitudes frente al SIDA por parte de las sociedades, la autora estima que siempre ha existido la necesidad de estigmatizar algún tipo de mal o enfermedad, pues constituye una vía fácil para condenar actuaciones no aceptadas y culpabilizar a quienes las llevan a cabo.

Según el informe del ONUSIDA de 2010, el estigma del VIH/SIDA es un sentimiento negativo hacia personas que tienen alguna relación con el VIH y que les afecta a los que le padecen en el sentimiento de vergüenza, de inutilidad, de baja autoestima y de culpabilidad.

Ya Goffman en 1963 advertía de las consecuencias del estigma, siendo un atributo que descalifica socialmente a quien lo posee, quedando el individuo indefenso ante reacciones de rechazo que, a su vez, favorecen el aislamiento y desencadenan sentimientos de culpabilidad y auto-rechazo, los cuales no hacen más que empeorar la situación social del afectado.

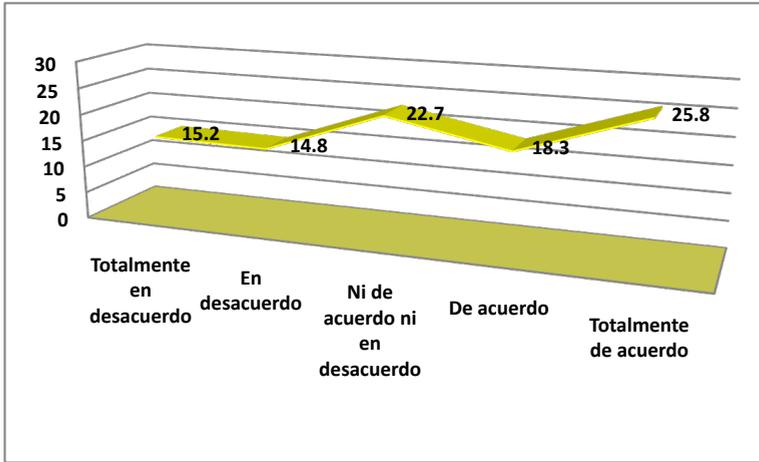
En este punto desvelaremos los datos sobre la siguiente cuestión que se les presentó a los encuestados: «Si estuviese infectado por el VIH me sentiría culpable por haberlo adquirido». Mucha de las personas con VIH se sentirían culpables e irresponsables por haber contraído la infección. En esta línea actúa la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, que en su Guía para gays y hombres bisexuales con VIH (2010), advierte que los sentimientos negativos hacia uno mismo, favorece el descuido físico y emocional de las persona infectada, debiéndose llegar lo antes posible a la aceptación de la situación de seropositividad: «Puede, sin embargo, que durante un tiempo tengamos ideas de culpa, que pensemos de una forma más negativa sobre nosotros mismos y nuestra sexualidad. Piensa que no somos ni mejores ni peores por tener sexo con hombres, o por tener muchas o pocas relaciones. Lo que nos ha ocurrido es una infección, no un castigo» (p.34:35).

La opción con mayor porcentaje ha sido «Totalmente de acuerdo» (25,8%), seguida de la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» (22,7%). Se puede apreciar tanto en la tabla como en el gráfico siguiente, como la balanza de los porcentajes se inclinan más hacia la derecha, estando el 44,1% de acuerdo o totalmente de acuerdo con la idea de sentirse culpable si se hubiese infectado por el VIH.

		Tabla 226. Culpable.			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	20	3,3	3,3	3,3
	Totalmente en desacuerdo	93	15,2	15,2	18,4
	En desacuerdo	91	14,8	14,8	33,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	139	22,7	22,7	56,0
	De acuerdo	112	18,3	18,3	74,2
	Totalmente de acuerdo	158	25,8	25,8	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

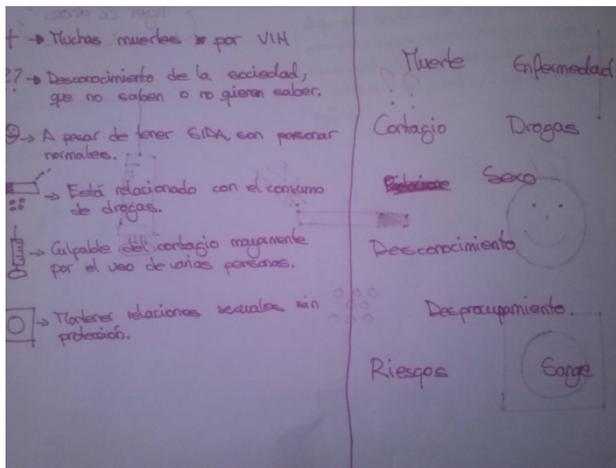
Gráfico 58. Culpable.



Fuente: Elaboración propia.

Son numerosos los dibujos realizados en el Taller sobre VIH que recogen palabras que expresan culpa, vergüenza, soledad, como por ejemplo, la descripción del dibujo elaborado por esta mujer de 22 años, en el que se habla de que el VIH/SIDA está relacionado con el consumo de drogas y que son culpables del contagio por el uso de jeringuillas compartidas.

Ilustración 113. Dib.48-M22.



Mientras que en la ilustración 114, la autora (mujer de 22 años) expresa que el SIDA para ella es tristeza, en la 115 otra estudiante mujer con 21 años dibuja un roble como signo de fortaleza.

Ilustración 114. Dib. 17-M22.



Ilustración 115. Dib. 28-M21.



En relación a la edad y el sexo de los encuestados con los datos obtenidos en este ítem, no se aprecia una correlación significativa, obteniéndose porcentajes similares. Es por ello que podemos observar en la tabla 227 como alrededor del 40% tanto de los hombres y de las mujeres están de acuerdo o totalmente de acuerdo en que si tuviesen VIH, se sentirían culpables.

En la tabla 228 podemos consultar como los porcentajes son similares en los intervalos de edad, oscilando entre el 39 y 45% los sujetos que expresan estar de acuerdo o totalmente de acuerdo con el hecho de sentirse culpable.

636

Conocimientos, representaciones y actitudes de estudiantes de titulaciones educativas sobre el VIH/SIDA

Tabla 227. Contingencia Sexo y Culpable.

		Si estuviese infectado por el VIH me sentiría culpable por haberlo adquirido.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	0	0	1	3	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	,0%	,0%	16,7%	50,0%	100,0%
Mujer	Recuento	14	83	67	112	92	128	496
	% dentro de Sexo	2,8%	16,7%	13,5%	22,6%	18,5%	25,8%	100,0%
Hombre	Recuento	4	10	24	27	19	27	111
	% dentro de Sexo	3,6%	9,0%	21,6%	24,3%	17,1%	24,3%	100,0%
Total	Recuento	20	93	91	139	112	158	613
	% dentro de Sexo	3,3%	15,2%	14,8%	22,7%	18,3%	25,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 228. Contingencia Edad y Culpable.

		Si estuviese infectado por el VIH me sentiría culpable por haberlo adquirido.						Total	
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo		
Edad_test	21 años o menos	Recuento	5	28	24	43	37	32	169
		% dentro de Edad_test	3,0%	16,6%	14,2%	25,4%	21,9%	18,9%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	5	21	24	41	30	42	163
		% dentro de Edad_test	3,1%	12,9%	14,7%	25,2%	18,4%	25,8%	100,0%
Entre 23 hasta 25	Recuento	2	22	23	28	27	36	138	
	% dentro de Edad_test	1,4%	15,9%	16,7%	20,3%	19,6%	26,1%	100,0%	
Mayor de 25 años	Recuento	5	18	18	26	14	38	119	
	% dentro de Edad_test	4,2%	15,1%	15,1%	21,8%	11,8%	31,9%	100,0%	
Total	Recuento	17	89	89	138	108	148	589	
	% dentro de Edad_test	2,9%	15,1%	15,1%	23,4%	18,3%	25,1%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

5.3. Actitud del alumnado ante el VIH/SIDA.



En este último apartado de la interpretación y el análisis de los resultados obtenidos, abordaremos la actitud del alumnado de titulaciones educativas ante el VIH/SIDA. Si recordamos, las primeras preguntas de nuestro cuestionario estaban orientadas a conocer la información que tenían los sujetos de nuestras muestras a través de un tipo test.

En una segunda y tercera parte de las cuestiones planteadas, el sistema es diferente planteando los ítems a través de escalas que abordarán la temática de las representaciones y las actitudes de los encuestados ante el VIH/SIDA. Se decidió utilizar para registrar estas dos dimensiones (representaciones y actitudes) preguntas categorizadas o de escala ordinal, siendo en el cuestionario elaborado en esta investigación la repuesta 1, la valoración mínima (totalmente en desacuerdo) y la repuesta 5 la máxima (totalmente de acuerdo).

En el apartado que pretendemos abordar en las siguientes páginas, se analizarán todos aquellos resultados de la escala «Actitudes ante el VIH/SIDA». A lo largo del segundo capítulo, se habló ampliamente de las actitudes ante el VIH/SIDA y en para la elaboración de las preguntas del cuestionario que abordan esta cuestión, nos apoyamos en la Escala para la evaluación de estigma sentido elaborada por Miric (2004), la investigación de Martín (2004) en el que utiliza el cuestionario Escala de Actitud para Enfermería y la información obtenida de las entrevistas en profundidad llevadas a

cabo por González et al., dentro del Proyecto de I+D+i, *La exclusión social y educativa* de menores con SIDA (ref. EDU2009-08923).

Se decidió abordar este constructo a través de tres dimensiones, explicadas en el punto cuarto de este trabajo, que dieron lugar a 16 ítems (del ítem número 39 al 52).

Tabla 229. Dimensiones del constructo «Actitud ante el VIH/SIDA».

Constructo	Dimensiones	Ítems de cada dimensión
Actitud ante el VIH/SIDA	Actitud discriminatoria	39-46
	Encubrimiento	47-51
	Auto-discriminación	52

Fuente: *Elaboración propia.*

Procederemos al análisis del este punto, tal como ya se hizo en el anterior, en el cual fuimos explicando los resultados obtenidos en cada uno de los ítems y complementado con la información lograda a través de la técnica grupo de discusión y los documentos elaborados por los estudiantes.

Cambio de habitación hospital.

A continuación, se analizarán los resultados obtenidos en la cuestión número 39 del cuestionario: «Pediría que me cambiaran a otra habitación de hospital si el paciente con el cual comparto habitación tuviese el VIH/SIDA». Esta cuestión está relacionada con la pregunta número 17 en la que preguntábamos sobre si las personas encuestadas pensaban que compartir con una persona con VIH/SIDA habitación de hospital conlleva probabilidades de contagio.

En ese ítem número 17, el 45% de la muestra expresó que está totalmente en desacuerdo con el hecho de que compartir habitación de hospital con una persona con VIH conlleva probabilidades de contagio. En el ítem que estamos abordando en este punto, el 46,2% elige la opción «Totalmente en desacuerdo» con el hecho de que solicitaría un cambio de habitación

de hospital si se compartiese con una persona VIH+. Ver tabla 230 y gráfico 59.

Como hicimos en el apartado 17, relacionaremos estos datos con los datos aportados por el estudio realizado por Sábado y Aradilla (2003) de la Escola Universitària d'Infermeria Gimbernat, Sant Cugat del Vallès (Barcelona), y cuya muestra estaba compuesta por los alumnos que estudiaban enfermería (primer, segundo y tercer curso). En la cuestión planteada sobre si pensaban que en el hospital, un portador del virus del SIDA no debería compartir habitación con una persona no infectada, el 52,1% de los sujetos contestaron que están totalmente en desacuerdo.

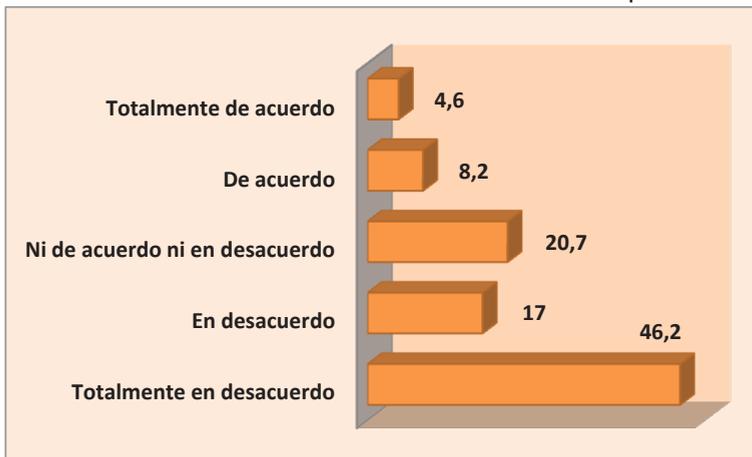
639

Tabla 230. Cambio habitación hospital.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Perdidos	21	3,4	3,4	3,4
Totalmente en desacuerdo	283	46,2	46,2	49,6
En desacuerdo	104	17,0	17,0	66,6
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	127	20,7	20,7	87,3
De acuerdo	50	8,2	8,2	95,4
Totalmente de acuerdo	28	4,6	4,6	100,0
Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 59. Cambio habitación hospital.



Fuente: *Elaboración propia.*

También se observa como dato importante que el porcentaje de mujeres que están totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con el hecho de que solicitarían ese cambio de habitación de hospital si compartiesen con una persona seropositiva, suma el 65,5% frente al 54% de hombres que han elegido estas dos mismas opciones. Por lo tanto, se observa una cierta tendencia a tener una actitud menos discriminatoria en el grupo de mujeres de nuestra muestra.

Tabla 231. Contingencia entre el Sexo y el Cambio habitación hospital.

		Pediría que me cambiaran a otra habitación de hospital si el paciente con el cual comparto habitación tuviese el VIH/SIDA.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	2	0	1	0	1	6
	% dentro de Sexo	33,3%	33,3%	,0%	16,7%	,0%	16,7%	100,0%
Mujer	Recuento	15	237	88	99	36	21	496
	% dentro de Sexo	3,0%	47,8%	17,7%	20,0%	7,3%	4,2%	100,0%
Hombre	Recuento	4	44	16	27	14	6	111
	% dentro de Sexo	3,6%	39,6%	14,4%	24,3%	12,6%	5,4%	100,0%
Total	Recuento	21	283	104	127	50	28	613
	% dentro de Sexo	3,4%	46,2%	17,0%	20,7%	8,2%	4,6%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 232. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Cambio habitación hospital.

	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,827 ^a	10	,004
Razón de verosimilitudes	16,087	10	,097
Asociación lineal por lineal	4,216	1	,040
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,21.

Fuente: *Elaboración propia.*

El porcentaje mayor de personas que están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo en solicitar un cambio de habitación de hospital si la compartiesen con una persona VIH+, son los estudiantes pertenecientes a las titulaciones de los dos Máster a los que se les ha preguntado y la Diplomatura de Educación Social, oscilando entre 92 y 100%. Contrario a estos datos, nos encontramos que en las titulaciones educativas de Grado Educación Infantil, Diplomatura de Educación Primaria y la Diplomatura de Educación Física, tienen los porcentajes más bajos en estas dos opciones, oscilando entre el 40 y 58% (tabla 233 y 234).

Tabla 233. Contingencia entre la Titulación y el Cambio habitación hospital.

			Pediría que me cambiasen a otra habitación de hospital si el paciente con el cual comparto habitación tuviese el VIH/SIDA.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	4 2,4%	90 53,3%	34 20,1%	25 14,8%	14 8,3%	2 1,2%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 33,3%	2 66,7%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	7 6,7%	38 36,5%	11 10,6%	33 31,7%	8 7,7%	7 6,7%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	5 5,5%	25 27,5%	12 13,2% 40	26 28,6%	13 14,3%	10 11,0%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	4 40,0%	3 30,0% 70	1 10,0%	1 10,0%	1 10,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	2 7,4%	11 40,7%	5 18,5%	3 11,1%	5 18,5%	1 3,7%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	15 57,7%	4 15,4% 72	3 11,5%	2 7,7%	1 3,8%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	2 1,6%	56 43,4%	26 20,2%	32 24,8%	7 5,4%	6 4,7%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	11 78,6%	2 14,3%	1 7,1%	0 ,0%	0 ,0%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	7 77,8%	2 22,2%	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 50,0%	0 ,0%	1 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	24 82,8%	3 10,3% 92	2 6,9%	0 ,0%	0 ,0%	29 100,0%
	Total	Recuento % dentro de Titulación	21 3,4%	283 46,2%	104 17,0%	127 20,7%	50 8,2%	28 4,6%	613 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 234. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Cambio habitación hospital.

	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	100,593 ^a	55	,000
Razón de verosimilitudes	107,680	55	,000
Asociación lineal por lineal	3,504	1	,061
N de casos válidos	613		

a. 46 casillas (63,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

Fuente: Elaboración propia.

Mientras que los estudiantes mayores de 25 años han elegido las opciones que están más en desacuerdo en que cambiarían de habitación de hospital si supiesen que la comparte con una persona seropositiva (72,3%), los estudiantes de 21 años o menos, el porcentaje que ha seleccionado alguna de esas dos opciones es inferior, resultando la suma de ambas en un 53,3% (tablas 235 y 236).

Todos estos datos eran esperables, ya que a medida que íbamos obteniendo resultados, se iba comprobando como los estudiantes que mejores resultados en la prueba tipo test y menos ideas estigmatizadas habían tenido en la escala de las representaciones, eran titulaciones como la del Máster de Educación Intercultural, el de Educación en Secundaria y la Diplomatura de Educación Social, así como los mayores de 25 años en los intervalos de edad. Por todo eso, entendíamos que ese sería el perfil de estudiantes que menos actitudes discriminatorias mostrasen ante las cuestiones planteadas.

Tabla 235. Contingencia entre la Edad y el Cambio habitación hospital.

			Pediría que me cambiasen a otra habitación de hospital si el paciente con el cual comparto habitación tuviese el VIH/SIDA.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	6	60	30	39	26	8	169
		% dentro de Edad_test	3,6%	35,5%	17,8%	23,1%	15,4%	4,7%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	5	80	33	26	10	9	163
		% dentro de Edad_test	3,1%	49,1%	20,2%	16,0%	6,1%	5,5%	100,0%
Entre 23 hasta 25	Recuento	3	64	18	42	7	4	138	
	% dentro de Edad_test	2,2%	46,4%	13,0%	30,4%	5,1%	2,9%	100,0%	
Mayor de 25 años	Recuento	4	64	22	19	5	5	119	
	% dentro de Edad_test	3,4%	53,8%	18,5%	16,0%	4,2%	4,2%	100,0%	
Total		Recuento	18	268	103	126	48	26	589
		% dentro de Edad_test	3,1%	45,5%	17,5%	21,4%	8,1%	4,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 236. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el Cambio habitación hospital.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	35,014 ^a	15	,002
Razón de verosimilitudes	33,734	15	,004
Asociación lineal por lineal	9,206	1	,002
N de casos válidos	589		

a. 3 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,64.

Fuente: Elaboración propia.

Compartir piso de estudiante.

En el ítem número 40 del cuestionario hemos preguntado si los encuestados compartirían piso de estudiantes con una persona que tuviese el VIH/

SIDA. El 28,4% de los alumnos encuestados expresa no estar de acuerdo ni en desacuerdo con la cuestión planteada. Es importante aclarar que este dato no corresponde a las personas que no quieren contestar, ya que el 3,8% los encuestados ha dejado esta pregunta en blanco, es decir, no ha querido contestar.

Por lo tanto, debemos puntualizar que las 174 personas que han elegido la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» es motivado a que no saben qué harían en esta situación o si necesitarían mayor información o tiempo para tomar una decisión. Entendemos que este 28,4% de nuestra muestra está dudoso con la actitud que tomarían si se les plantea la situación real.

La segunda opción más elegida es «Totalmente de acuerdo» (20,9%) que sumada a los datos obtenidos en la opción «De acuerdo» (17,8%), podríamos llegar a interpretar que el 38,7% de los encuestados estarían dispuestos a compartir piso de estudiantes con una persona VIH+. En la situación contraria se ubica el 29,2% que manifiestan estar totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con compartir el piso con este colectivo.

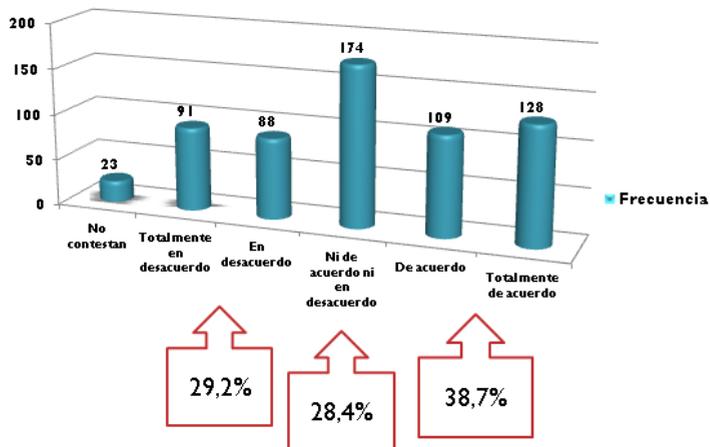
En resumidas cuentas, podemos decir que, el 57,6% de las personas preguntadas tienen dudas o manifiestan que no compartirían piso con un estudiante VIH+ (tabla 237 y gráfico 60).

Tabla 237. Compartir piso estudiante.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	23	3,8	3,8	3,8
	Totalmente en desacuerdo	91	14,8	14,8	18,6
	En desacuerdo	88	14,4	14,4	33,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	174	28,4	28,4	61,3
	De acuerdo	109	17,8	17,8	79,1
	Totalmente de acuerdo	128	20,9	20,9	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 60. Compartir piso estudiante.



Fuente: Elaboración propia.

Las distintas actitudes que expresan los sujetos en el cuestionario, también se observan en la diversidad de ideas de los miembros del grupo de discusión:

«A ver, yo sinceramente en un principio no tendría ningún problema pero en el fondo yo creo que sí». Sujeto 9.

«A mí no me importaría porque yo con esa persona no es que vaya a mantener relaciones sexuales sin protección o no es que vaya a tener una herida». Sujeto 7.

«Pero yo creo que con la falta de información que hay, yo creo que la gente no lo haría, que todo el mundo no...» Sujeto 5.

«Yo si tomaría medidas si viviese con una persona con VIH. Pues por ejemplo con el cepillo de dientes, si viviese con esa persona tomaría medidas pero los dos. Si tú vives conmigo y tenemos que vivir diariamente juntos. ¿Cuáles son las zonas comunes? La cocina, que hay cuchillos con los que te puedes cortar, en el cuarto de baño pues el cepillo de dientes, el cortaiñas...» Sujeto 4.

«¿Y a la hora de lavar la ropa? » Sujeto 2.

«Esas zonas que pasa, que son de uso común, que tenemos que limpiarla y desinfectarla con mayor regularidad. Me imagino que las personas colocamos los cepillos de dientes...» Sujeto 4.

«Yo tomaría medidas de convivencia porque al fin de al cabo es una convivencia». Sujeto 4.

«Pero tú a la hora de lavar la ropa y si esa persona acaba de lavar ahí...vamos es una pregunta que yo lanzo ¿Tú tendrías la cosa de... y si acabara de lavar ahí la ropa? » Sujeto 10.

«¡Yo es que pienso que la lavadora lo lava todo tan bien! ». Sujeto 7.

«Hay más riesgo del que yo había pensado». Sujeto 4.

«Los cuchillos y los cubiertos tú lavándolos con Fairy». Sujeto 3.

«Es referente a lo que ha dicho ella, la falta de información si voy a compartir piso con una persona, cuando ya compartes piso es cuando ya ves la realidad, cuando estás ahí es cuando dices voy a tomar estas medidas. Pero por ejemplo eso de lavar la ropa ¿Es verdad que tengo que saber que si lavo la ropa después de haberla lavado la otra persona? ¿Estoy seguro de que no ha pasado nada? Bien. O un vaso de agua, quiero saber realmente si a lo mejor bebo del vaso del que han bebido esa persona que no me vaya a pasar nada. Toda la información posible la recapitularía para tener claro las medidas que quiero tomar». Sujeto 6.

En la siguiente tabla podemos observar como el porcentaje de mujeres es superior al porcentaje de hombres que han elegido las opciones «Totalmente de acuerdo» o «De acuerdo». Un 31% de las mujeres han escogido alguna de estas dos opciones, mientras que el 21,6% de los hombres han escogido algunas de las opciones mencionadas. En la idea contraria se sitúa el 38,1% de las mujeres que están «Totalmente en desacuerdo» o «En desacuerdo» en compartir piso con una persona seropositiva y el 41,4% de los hombres (tabla 238 y 239). Estudios anteriores similares ofrecen datos que apuntan a esta misma cuestión tales como los obtenidos en

el Informe FIPSE Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH (2003), en el que se dice que «un tercio de los jóvenes señala que no trabajaría o estudiaría con una persona infectada por el VIH. En ambos sexos, la proporción de personas con esta actitud discriminatoria tiende a reducirse levemente con la edad. Si bien no se observan diferencias por sexo en los menores de 20 años, en las personas de 20 o más años las mujeres refieren una actitud más tolerante que los hombres hacia las personas afectadas por el VIH» (p.34).

Tabla 238. Contingencia Sexo y Compartir_piso_estudiante.

		Pediría que me cambiasen a otra habitación de hospital si el paciente con el cual comparto habitación tuviese el VIH/SIDA.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	1	1	1	1	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	16,7%	16,7%	16,7%	16,7%	100,0%
Mujer	Recuento	17	81	73	136	88	101	496
	% dentro de Sexo	3,4%	16,3%	14,7%	27,4%	17,7%	20,4%	100,0%
Hombre	Recuento	4	10	14	37	20	26	111
	% dentro de Sexo	3,6%	9,0%	12,6%	33,3%	18,0%	23,4%	100,0%
Total	Recuento	23	91	88	174	109	128	613
	% dentro de Sexo	3,8%	14,8%	14,4%	28,4%	17,8%	20,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 239. Pruebas de chi-cuadrado Sexo y Compartir_piso_estudiante.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,494 ^a	10	,025
Razón de verosimilitudes	12,981	10	,225
Asociación lineal por lineal	3,154	1	,076
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

Fuente: Elaboración propia.

El alumnado que menos problemas tendrían a la hora de compartir piso de estudiantes con una persona con VIH (han escogido la opción «Totalmente de acuerdo» o «De acuerdo») y tal como se observa en la tabla 240 de contingencia entre la variable titulación y compartir piso, serían los estudiantes del Máster de Educación Intercultural (64,3%), de Psicopedagogía (42,7%), y de la Diplomatura de Educación Social (58,6%). Los que mayores dificultades tienen a la hora de compartir piso porque están «Totalmente en desacuerdo» o «En desacuerdo» son los estudiantes de las titulaciones del primer curso de Grado de Educación Social (34,3%), Grado de Educación Infantil (32,7%) y la Diplomatura de Educación Primaria (31,9%).

Tabla 240. Contingencia entre la Titulación y Compartir piso estudiante.

			Compartiría piso de estudiante con una persona que tuviese el VIH/SIDA.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	6	31	27	38	29	38	169
		% dentro de Titulación	3,6%	18,3%	16,0%	22,5%	17,2%	22,5%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	0	2	1	0	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	66,7%	33,3%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	6	15	19	35	10	19	104
		% dentro de Titulación	5,8%	14,4%	18,3%	33,7%	9,6%	18,3%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	5	18	11	26	20	11	91
		% dentro de Titulación	5,5%	19,8%	12,1%	28,6%	22,0%	12,1%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	0	1	5	2	2	10
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	10,0%	50,0%	20,0%	20,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	2	2	6	7	5	5	27
		% dentro de Titulación	7,4%	7,4%	22,2%	25,9%	18,5%	18,5%	100,0%
Diplomatura en Educación Especial	Recuento	2	4	2	6	6	6	26	
	% dentro de Titulación	7,7%	15,4%	7,7%	23,1%	23,1%	23,1%	100,0%	
Psicopedagogía	Recuento	2	15	19	38	22	33	129	
	% dentro de Titulación	1,6%	11,6%	14,7%	29,5%	17,1%	25,6%	100,0%	
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	3	0	2	5	4	14	
	% dentro de Titulación	,0%	21,4%	,0%	14,3%	35,7%	28,6%	100,0%	
Máster en Secundaria	Recuento	0	1	0	6	0	2	9	
	% dentro de Titulación	,0%	11,1%	,0%	66,7%	,0%	22,2%	100,0%	
No contesta	Recuento	0	1	0	1	0	0	2	
	% dentro de Titulación	,0%	50,0%	,0%	50,0%	,0%	,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	1	3	8	9	8	29	
	% dentro de Titulación	,0%	3,4%	10,3%	27,6%	31,0%	27,6%	100,0%	
Total	Recuento	23	91	88	174	109	128	613	
	% dentro de Titulación	3,8%	14,8%	14,4%	28,4%	17,8%	20,9%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 241. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y Compartir piso estudiante.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	60,928 ^a	55	,271
Razón de verosimilitudes	70,825	55	,074
Asociación lineal por lineal	8,916	1	,003
N de casos válidos	613		

a. 44 casillas (61,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Fuente: Elaboración propia.

Tal como se observa en la tabla siguiente, los alumnos que mayor dificultad tienen a la hora de compartir piso con una persona con VIH son los menores de 21 años. A partir de esta edad, el porcentaje de las dos opciones más favorables («Totalmente de acuerdo» o «De acuerdo»), son parecidas, oscilando entre el 37 y el 42%. La relación entre variables es significativa (tabla 243) y los datos obtenidos corroboran la afirmación del documento FIPSE (2003) y que ya hemos mencionado en líneas anteriores: «en ambos sexos, la proporción de personas con esta actitud discriminatoria tiende a reducirse levemente con la edad».

Tabla 242. Contingencia entre la Edad y Compartir piso estudiante.

			Compartiría piso de estudiante con una persona que tuviese el VIH/SIDA.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento % dentro de Edad_test	6 3,6%	24 14,2%	38 22,5%	43 25,4%	31 18,3%	27 16,0%	169 100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento % dentro de Edad_test	5 3,1%	23 14,1%	26 16,0%	39 23,9%	25 15,3%	45 27,6%	163 100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento % dentro de Edad_test	3 2,2%	15 10,9%	14 10,1%	50 36,2%	36 26,1%	20 14,5%	138 100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento % dentro de Edad_test	6 5,0%	25 21,0%	8 6,7%	35 29,4%	15 12,6%	30 25,2%	119 100,0%
Total		Recuento % dentro de Edad_test	20 3,4%	87 14,8%	86 14,6%	167 28,4%	107 18,2%	122 20,7%	589 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 243. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Compartir piso estudiante.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	42,118 ^a	15	,000
Razón de verosimilitudes	41,917	15	,000
Asociación lineal por lineal	,581	1	,446
N de casos válidos	589		

a. 2 casillas (8,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,04.

Fuente: Elaboración propia.

☑ Cambio de guardería.

En la cuestión número 41 la opción más elegida por los estudiantes es «Totalmente en desacuerdo» y corresponde con la idea de cambiar a un hijo o hija de guardería si supiesen que hay niños con VIH/SIDA (30,8%). Si al anterior dato sumamos el porcentaje obtenido en la opción «En desacuerdo» (14,8%), el resultado es que el 45,6% de los estudiantes, no cambiarían a sus hijos de guardería, mientras que el 25,6% sí lo haría («Totalmente de acuerdo» o «En desacuerdo»).

No se debe ignorar que la segunda opción más elegida ha sido «Ni de acuerdo ni en desacuerdo», hecho que nos dice que el 25,6% de la muestra tiene dudas o no sabe qué haría en esta situación.

Por todo lo anterior, se puede decir que el 51,2% de los estudiantes de nuestra muestra están de acuerdo en cambiar a un hijo suyo de guardería si supiesen que hay niños seropositivos o tienen dudas en que harían al respecto. Si observamos los datos obtenidos en el ítem 20 (tabla 150), podemos ver que el 36,7% de los encuestados están «Totalmente de acuerdo» o «De acuerdo» en el hecho de que compartir chupete dos bebés conlleva alto riesgo de contagio cuando uno de ellos tiene VIH. Si a este dato le sumamos el 22,3% que contesta «Ni de acuerdo ni en desacuerdo», hacen un total del 59% de la población que piensan que este hecho es afirmativo o no sabe qué responder.

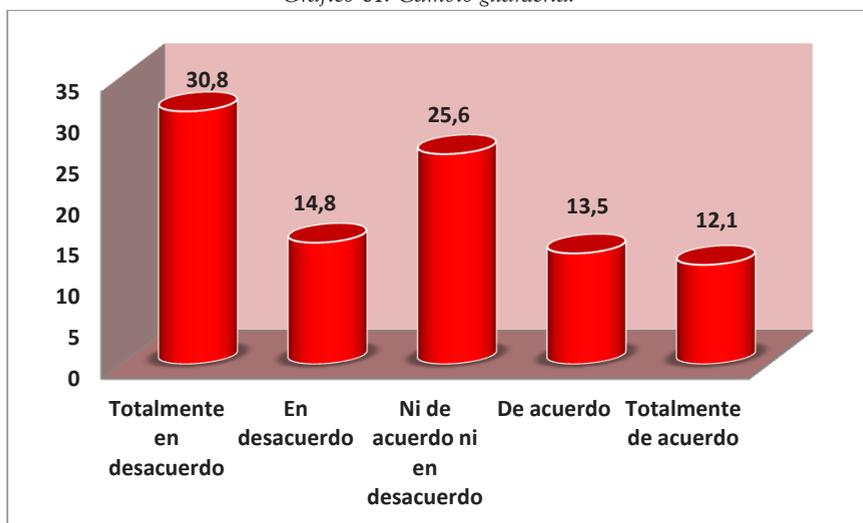
Es entonces esperable, que si el 59% tiene dudas o está de acuerdo en que compartir chupetes entre dos bebés cuando uno de ellos es VIH+, el 51,2% cambiaría a su hijo de guardería por el temor a la infección. Se vuelve a corroborar en nuestra muestra, que la desinformación o la información errónea -sobre todo en cuanto a la transmisión del virus- provoca que la mitad la mitad de los encuestados pudiera tener una actitud discriminatoria en este hecho concreto.

Tabla 244. Cambio guardería.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	19	3,1	3,1	3,1
	Totalmente en desacuerdo	189	30,8	30,8	33,9
	En desacuerdo	91	14,8	14,8	48,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	157	25,6	25,6	74,4
	De acuerdo	83	13,5	13,5	87,9
	Totalmente de acuerdo	74	12,1	12,1	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 61. Cambio guardería.



Fuente: *Elaboración propia.*

No se han encontrado relaciones significativas con respecto a la edad y el sexo de los sujetos por lo que a continuación, se discutirá sobre los datos obtenidos cuando se ha relacionado con la variable titulación. Podemos observar en la tabla 245 las titulaciones que tienen una actitud más tolerante con respecto al hecho planteado. Como viene siendo habitual en este documento, las titulaciones que han elegido en mayor porcentaje las opciones «Totalmente en desacuerdo» o «En desacuerdo» en cambiar a un hijo de guardería si supiesen que hay niños con VIH/SIDA, son el Máster

de Educación Intercultural (78,5%), Máster de Educación Secundaria (77,7%) y la Diplomatura de Educación Social. Contrario a estos datos, podemos observar en esta misma tabla como la titulación que más de acuerdo o totalmente de acuerdo tienen con la idea de cambiar a un hijo de guardería si ocurriese estas circunstancias es la Diplomatura de Educación Física (37%) con bastante diferencia con respecto a las demás titulaciones.

Tabla 245. Contingencia entre la Titulación y Cambio guardería.

			Si tengo o tuviese un hijo/a, lo cambiaría de guardería si supiese que hay niños/niñas con VIH/SIDA.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	4 2,4%	55 32,5%	26 15,4%	40 23,7%	26 15,4%	18 10,7%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 33,3%	1 33,3%	0 ,0%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	6 5,8%	29 27,9%	13 12,5%	29 27,9%	15 14,4%	12 11,5%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	5 5,5%	17 18,7%	14 15,4%	29 31,9%	16 17,6%	10 11,0%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	3 30,0%	2 20,0%	3 30,0%	1 10,0%	1 10,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	1 3,7%	6 22,2%	3 11,1%	7 25,9%	6 22,2%	4 14,8%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	13 50,0%	2 7,7%	3 11,5%	2 7,7%	5 19,2%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	2 1,6%	41 31,8%	18 14,0%	35 27,1%	12 9,3%	21 16,3%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	8 57,1%	3 21,4%	2 14,3%	1 7,1%	0 ,0%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	3 33,3%	4 44,4%	1 11,1%	1 11,1%	0 ,0%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	13 44,8%	5 17,2%	6 20,7%	2 6,9%	3 10,3%	29 100,0%
Total	Recuento % dentro de Titulación	19 3,1%	189 30,8%	91 14,8%	157 25,6%	83 13,5%	74 12,1%	613 100,0%	

Fuente: *Elaboración propia.*

En este punto creemos que se debe hacer especial mención a los datos obtenidos en el Grado de Educación Infantil, ya que su labor docente probablemente se desarrolle en esta etapa educativa. Podemos decir que el 40,5% de los alumnos de esa titulación expresan su total disconformidad con esta afirmación, pero el 27,9% no contesta o no sabe.

657

El 59,5 de los estudiantes de Grado de Educación Infantil cambiaría a su hijo/a de guardería si hubiese algún niño/a VIH+ o no sabe que responder al respecto. Por lo que volvemos a decir, como ya se hizo en el los datos obtenidos en el ítem 20, la necesidad imperiosa de formar en este ámbito a los futuros docentes.

Medidas higiénicas.

En la pregunta número 42 hemos realizado el siguiente planteamiento: «Tomaría medidas higiénicas estrictas si fuera docente de una clase de adultos en la que hay personas infectadas por el VIH/SIDA». El 39,8% está totalmente de acuerdo con esta cuestión y el 25,8% («Ni de acuerdo ni en desacuerdo») no sabe contestar o tienen dudas al respecto. La suma de ambos datos asciende a 65.6% (tabla 246 y gráfico 62)

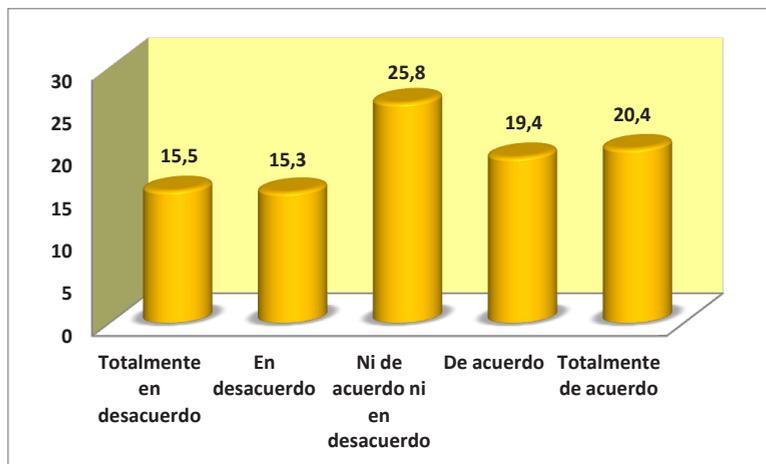
En el estudio de J. T. Sábado y Aradilla A. (2003) en el que se utilizó la Escala de Actitud ante el SIDA para Enfermería (EASE) en el cual se pregunta en uno de los ítems si «Siempre que toquemos a un enfermo de SIDA debemos utilizar guantes», el 26,6% del alumnado de Enfermería al que preguntaron contestó estar «Totalmente de acuerdo» o «Moderado Acuerdo». Dato inferior al 39,8% del alumnado de Ciencias de la Educación que aún teniendo en un futuro un ejercicio laboral mucho menos expuesto a cualquier incidente, tomaría medidas higiénicas estrictas.

Tabla 246. Medidas higiénicas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	22	3,6	3,6	3,6
	Totalmente en desacuerdo	95	15,5	15,5	19,1
	En desacuerdo	94	15,3	15,3	34,4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	158	25,8	25,8	60,2
	De acuerdo	119	19,4	19,4	79,6
	Totalmente de acuerdo	125	20,4	20,4	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 62. Medidas higiénicas.



Fuente: *Elaboración propia.*

Volvemos a citar algunas narraciones del estudio cualitativo realizado por García, et al. (2005) titulado *A pelo gritao*, en el que se hace evidente las medidas higiénicas que llevan a cabo el entorno de dos de las entrevistadas:

«O por exemplo, cuando fui a mi casa, cuando se enteraron mis padres... me hacían apartarlo todo. Apartar los cubiertos, apartar la servilleta, la toalla... si había una ensalada en medio de la mesa no me dejaban picar. Tenía que apartar mi parte».

«¿Y por qué crees que reaccionaron así? ».

«Por miedo» (Dalia, No asociación).

«Poco, hay mucho rechazo por parte de mi familia... por esto de los anticuerpos... no lo han aceptado. No lo aceptan... no puedo ir a casa de mis hermanas... Las pocas veces que las he visto me han hecho sentir fatal... dicen... "no cojas esto.... No hagas esto" Entrar en el lavabo y al salir ellas lo repasaban con guantes... ¿sabes? Te hace sentir mal. Mi madre en realidad no me quiere ver...» (Tulipán, No asociación)(p. 70).

Sospechamos por lo tanto, que algunas de estas medidas higiénicas estrictas llevadas a cabo en una clase de adultos podrían llegar a ser discriminatorias y fomentar el estigma, desarrollando ese malestar al que se refiere la entrevista anterior del estudio *A pelo gritao*. Ya comprobamos este hecho en las cuestiones que se preguntaban algunos de los sujetos que participaban en el grupo de discusión, como lavar la ropa, o dudas sobre lavar la vajilla, limpiar el baño, etc. En las siguientes líneas recogemos los que los sujetos de nuestro grupo de discusión pensaban si deberían tomar medidas especiales si hay un niño/a VIH positivo entre un grupo de niños/as VIH negativos:

«Que no intercalen en ese caso por ejemplo chupetes, que no se lleven cosas a la boca, estar pendientes de que si cae, sea esa persona quien vaya con la protección adecuada a por ese niño» Sujeto 5.

«¿Con qué protección?» Moderador

«Por ejemplo guantes» Sujeto 5.

«...pero tú puedes tener algún padraastro o lo que sea o algún pinchacito de nada que por ahí...» Sujeto 3

«Eso sería tener un trato especial y hay que tratar por igual a todos los niños». Sujeto 8.

«De todas maneras en los hospitales con estas personas no es que se usen guantes es que se usa doble guante». Sujeto 2.

«Tratarlos normalmente. El que ya tenga la enfermedad y tenga SIDA creo que ya es consciente y que el mismo sabe qué medidas tomar, no hace falta que...» Sujeto 6.

«Que si tienen un padrastro pues que no se puedan tocar». Sujeto 9.

«Yo creo la formación, formarte para evitar sobre todo el perjuicio porque...» Sujeto 5.

«Esto no lo sé pero tomar medidas cómo las mascarillas, en el sentido de que a lo mejor pueda toser». Sujeto 6.

«Yo creo que también una cosa muy importante es tampoco cuidarnos en exceso, tampoco hace falta que nos pongamos muchos guantes, mascarillas, porque la otra persona...es que entonces sienten rechazo. Yo por ejemplo tampoco cuando estaba en urgencias en el hospital tampoco era exagerado con los pacientes porque es que sino si ni siquiera te acercas a ellos, si ni siquiera les tocas, ¿para tocarlo también te tienes que proteger? No, tampoco hacen falta guantes». Sujeto 2.

«No puede ser que haya centros que no toman esas medidas, que digan metemos esta norma pero no tienen que hacer este tipo de cosas. En otros centros pues no pasa nada, son como uno más que sepan lo que hay y ya está». Sujeto 7.

«Hay que tomar las medidas necesarias, ni pasarse, ni no llegar». Sujeto 5.

Tabla 247. Contingencia entre la Titulación y las Medidas higiénicas.

			Tomaría medidas higiénicas estrictas si fuera docente de una clase de adultos en la que hay personas infectadas por el VIH/SIDA.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	6 3,6%	29 17,2%	27 16,0%	45 26,6%	29 17,2%	33 19,5%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	2 66,7%	0 ,0%	1 33,3%	0 ,0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	8 7,7%	13 12,5%	16 15,4%	30 28,8%	16 15,4%	21 20,2%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	5 5,5%	8 8,8%	10 11,0%	25 27,5%	20 22,0%	23 25,3%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 10,0%	0 ,0%	2 20,0%	4 40,0%	3 30,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	3 11,1%	3 11,1%	6 22,2%	8 29,6%	7 25,9%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	4 15,4%	2 7,7%	11 42,3%	2 7,7%	6 23,1%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	2 1,6%	25 19,4%	23 17,8%	26 20,2%	25 19,4%	28 21,7%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	4 28,6%	2 14,3%	2 14,3%	4 28,6%	2 14,3%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 11,1%	1 11,1%	1 11,1%	5 55,6%	1 11,1%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	1 50,0%	1 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	7 24,1%	7 24,1%	9 31,0%	5 17,2%	1 3,4%	29 100,0%
	Total	Recuento % dentro de Titulación	22 3,6%	95 15,5%	94 15,3%	158 25,8%	119 19,4%	125 20,4%	613 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 248. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y las Medidas higiénicas.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	63,238 ^a	55	,208
Razón de verosimilitudes	67,115	55	,127
Asociación lineal por lineal	,190	1	,663
N de casos válidos	613		

a. 42 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

Fuente: Elaboración propia.

Los alumnos y alumnas que están más en desacuerdo (cómputo de la suma de los porcentajes obtenidos en las opciones «Totalmente en desacuerdo» o «En desacuerdo») de que deba el profesor tomar medidas higiénicas estrictas en una clase de adultos en la que se conozca personas con VIH, son los alumnos de la Diplomatura de Educación Social (48,2%), el Máster de Educación Intercultural (41,1%) y la Licenciatura en Psicopedagogía (37,2%). Contraria a esta opinión, está el 66,7% de los alumnos del Máster de Educación Secundaria, la Diplomatura de Educación Física (55,5%), la Diplomatura de Educación Infantil (70%) y la Diplomatura de Educación Primaria (47,3%) que estarían «Totalmente de acuerdo» o «De acuerdo» en tomar estas medidas higiénicas estrictas.

No se aprecian diferencias significativas en los porcentajes obtenidos en cada uno de los resultados cuando se ha relacionado con las variables sexo y edad de los estudiantes.

Empresas.

Este apartado corresponde a la pregunta de si contrataría en mi empresa a una persona con VIH/SIDA. Estudios similares, ofrecen datos que apuntan a esta misma cuestión, tales como los obtenidos en el ya nombrado Informe FIPSE (2003), en el que se dice que «un tercio de los jóvenes señala que no trabajaría o estudiaría con una persona infectada por el VIH». Un aspecto significativo y es el hecho de que en ambos sexos, el porcentaje

de personas con esta actitud discriminatoria se va reduciendo a medida que avanza la edad y por otro lado, «aunque no se observan diferencias por sexo en los menores de 20 años, en las personas de 20 o más años las mujeres refieren una actitud más tolerante que los hombres hacia las personas afectadas por el VIH» (p.34).

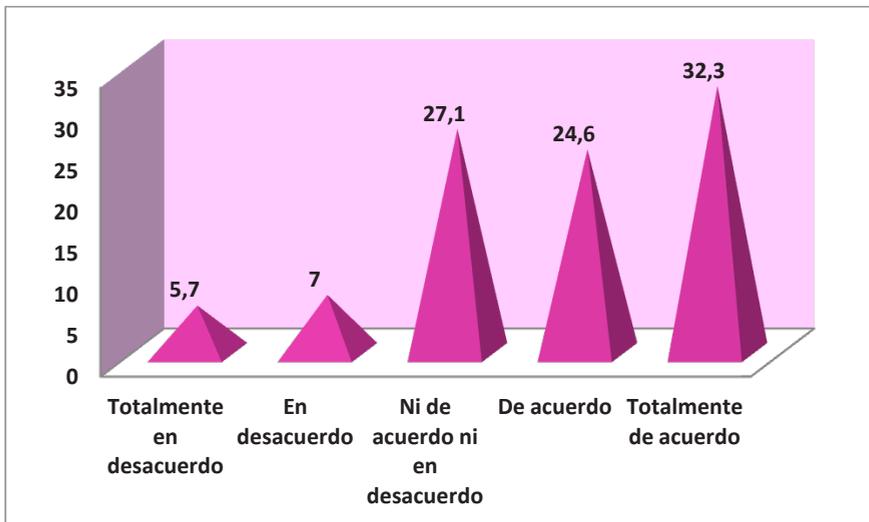
El 56,9% están totalmente de acuerdo o de acuerdo, sin embargo, el resto duda en qué contestar o no contrataría a una persona con VIH (43,1%).

Tabla 249. Empresa.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	20	3,3	3,3	3,3
	Totalmente en desacuerdo	35	5,7	5,7	9,0
	En desacuerdo	43	7,0	7,0	16,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	166	27,1	27,1	43,1
	De acuerdo	151	24,6	24,6	67,7
	Totalmente de acuerdo	198	32,3	32,3	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 63. Empresa.



Fuente: *Elaboración propia.*

En el informe FIPSE titulado *Integración laboral de las personas con VIH. Estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial* (A. Aguirrezabal, M. J. Fuster, J. Valencia, 2005) podemos observar la percepción de la otra parte en cuestión, la persona con VIH que está en un proceso activo de búsqueda de empleo o está trabajando.

Los autores expresan que se hace patente a lo largo de las narraciones de los entrevistados este miedo al rechazo:

«Básicamente el miedo es a que la gente se entere que eres con VIH porque la gente no está preparada para nada, lo del sida suena a enfermedad típica de Zimbabue... o que solo les ocurre a los drogadictos y a los maricones. Y luego se creen que porque les digas hola les va a llegar el virus y se van a infectar. La gente no tiene información de absolutamente nada [...]» (hombre con VIH)(p.56).

En dicho estudio, para el 77% de las personas entrevistadas ésta es su mayor preocupación a la hora de incorporarse a la vida laboral, el rechazo o discriminación que puedan sufrir si se descubre su condición de VIH+. Respecto a la discriminación que han padecido las personas entrevistadas se observa cómo un 70% expresa que no ha sido víctima de ningún tipo de discriminación (puesto que en el trabajo no sabían su condición de VIH+). Un 7,5% tampoco ha sufrido discriminación (aunque en este caso en el trabajo conocían su estado serológico y esto no ha supuesto ningún problema). Sin embargo, un 22,5% de personas sí que han sufrido alguna acción discriminatoria, consistiendo éstas fundamentalmente en algún tipo de rechazo (55,6%) o incluso haber sido despedidos/as de su puesto de trabajo (44%).

«...me echaron del trabajo porque me puse enfermo. Tuve varias neumonías. Bueno, que vieron que era una lata, cada vez estaba más enfermo... y fueron a saco hasta que me echaron. Y me echaron estando de baja. Y luego yo les denuncié y toda la movida, gané yo. Pues sí, me echaron por estar enfermo» (hombre con VIH).

«Si, yo tuve un negocio en... y lo tuve que cerrar porque se enteraron que era con VIH y me escribían en los cristales que era una sidosa, el señor del bar de al lado gritaba »no entres ahí que tiene sida, no entres ahí que tiene sida». Hasta que cerré la tienda y me marché» (mujer con VIH) (p.57).

De estas personas que habían sido víctimas de algún tipo de rechazo o acción discriminatoria, únicamente dos señalan que intentaron afrontar la situación con alguna actuación dirigida a solucionar el problema. Estas actuaciones consistieron en una confrontación verbal y/o en denunciar ante los tribunales.

«Primero intenté hablar con él, explicarle que era una enfermedad como otra cualquiera, que bastante mala suerte tenía de habérmelo cogido [...]. Pero sentía el rechazo y tuve que abandonar la ciudad» (mujer con VIH) (p.57).

Cuando en el grupo de discusión organizado para esta investigación, se pregunta por cuestiones laborales y el VIH/SIDA, se producen las siguientes respuestas:

«A lo mejor yo lo paso peor de lo que lo pasas tú, incluso a lo mejor que faltes al trabajo porque te pongas malo, te pueden despedir porque te pongas malo, es que te pueden despedir». Sujeto 6.

«Tampoco le voy a poner un cartel, señor cliente, esta persona tiene VIH .Bueno una cosa que a lo mejor no hemos pensado que puede también diga bueno, una persona con VIH puede estar de baja mañana». Sujeto 2.

«Yo aún así asumiría los riesgos». Sujeto 5.

«Yo creo que los que más se exponen a eso son los camareros, cocineros y demás porque todas las personas que trabajen ahí reciben cursos de manipulador de alimentos y sabe ya de más qué medidas tomar para que no pase». Sujeto 6.

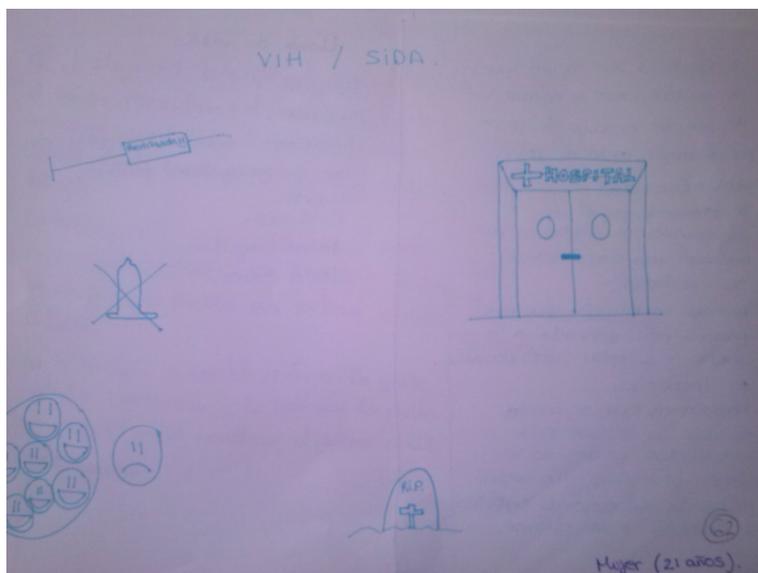
En estas expresiones de los estudiantes, podemos observar algunos de los aspectos a los que se refería las personas VIH+ del Informe FIPSE (2005) sobre discriminación laboral al que hemos hecho referencia. El alumnado

habla sobre las preocupaciones si fuesen empresarios y contratasen a una persona seropositiva, como las bajas laborales o las medidas especiales que tendrían que tomar, según ellos, en determinados puestos de trabajos.

666

En el dibujo de esta alumna de 21 años se argumenta que el hecho de dibujar un hospital es para denunciar la idea falsa de creer que por ser VIH+, continuamente se estará de baja por enfermedad.

Ilustración 116. Dib. 62-M21.



Si se analizan los resultados obtenidos en el cuestionario sobre el tema que estamos presentando y si existe una relación significativa con respecto a la edad de los sujetos, se observa que los mayores porcentajes a la hora de expresar su conformidad en contratar a una persona con VIH son los estudiantes de los Máster de Educación Intercultural y Secundaria, así como los de la Diplomatura de Educación Social, oscilando entre el 77 y 82% (resultado de las opciones totalmente de acuerdo y de acuerdo). Los que menor porcentaje tienen en estas dos opciones son los estudiantes de la Diplomatura de Educación Física y el Grado de Educación Infantil (44 y 43% respectivamente).

Tabla 250. Contingencia entre la Titulación y la Empresa.

			Contrataría en mi empresa a una persona con VIH/SIDA.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	6	7	12	44	40	60	169
		% dentro de Titulación	3,6%	4,1%	7,1%	26,0%	23,7%	35,5%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	0	0	3	0	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	7	5	10	36	14	32	104
		% dentro de Titulación	6,7%	4,8%	9,6%	34,6%	13,5%	30,8%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	4	6	11	23	29	18	91
		% dentro de Titulación	4,4%	6,6%	12,1%	25,3%	31,9%	19,8%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	1	0	3	3	3	10
		% dentro de Titulación	,0%	10,0%	,0%	30,0%	30,0%	30,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	3	1	10	4	9	27
		% dentro de Titulación	,0%	11,1%	3,7%	37,0%	14,8%	33,3%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	1	0	1	7	5	12	26
		% dentro de Titulación	3,8%	,0%	3,8%	26,9%	19,2%	46,2%	100,0%
Psicopedagogía	Recuento	2	12	6	34	38	37	129	
	% dentro de Titulación	1,6%	9,3%	4,7%	26,4%	29,5%	28,7%	100,0%	
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	0	1	2	4	7	14	
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	7,1%	14,3%	28,6%	50,0%	100,0%	
Máster en Secundaria	Recuento	0	1	0	1	3	4	9	
	% dentro de Titulación	,0%	11,1%	,0%	11,1%	33,3%	44,4%	100,0%	
No contesta	Recuento	0	0	0	2	0	0	2	
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	100,0%	,0%	,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	0	1	4	8	16	29	
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	3,4%	13,8%	27,6%	55,2%	100,0%	
Total	Recuento	20	35	43	166	151	198	613	
	% dentro de Titulación	3,3%	5,7%	7,0%	27,1%	24,6%	32,3%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 251. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y la Empresa.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	71,940 ^a	55	,062
Razón de verosimilitudes	78,388	55	,021
Asociación lineal por lineal	5,278	1	,022
N de casos válidos	613		

a. 42 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

Fuente: *Elaboración propia.*

Miedo al contagio.

El ítem 44 habla sobre si trabajase con una persona con VIH/SIDA, sentiría miedo a contagiarse. El 32,1% está de acuerdo y totalmente de acuerdo; por el contrario, el 26,1% no sabe qué contestar al respecto en ese momento o necesitaría más información. Por ello podemos decir que el 58,2%, está de acuerdo en que sentiría miedo en contagiarse si trabajara con una persona seropositiva o no sabe contestar al respecto. Únicamente el 38,3% de los sujetos, está totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con el caso planteado en esta cuestión (tabla 252 y gráfico 64).

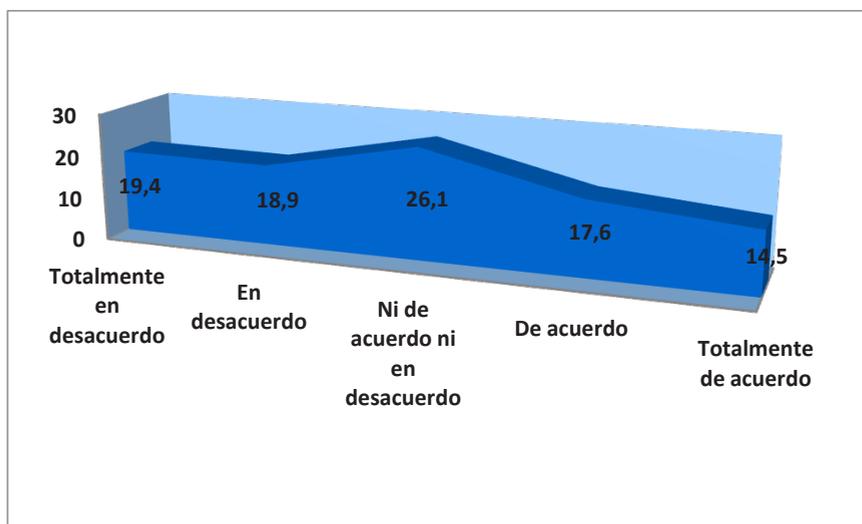
Es entendible entonces, y tal como hemos expuesto en el ítem anterior en el que se recogía verbalizaciones de personas VIH+ que habían participado en el informe FIPSE *Integración laboral de las personas con VIH*, que las personas que viven bajo el estigma de esta epidemia, no se atreven a decir su estado serológico positivo, ya que, y como se ha obtenido en nuestra muestra, sólo el 38% de los sujetos no sentiría miedo a contagiarse en el entorno laboral.

Tabla 252. Miedo al contagio.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	21	3,4	3,4	3,4
	Totalmente en desacuerdo	119	19,4	19,4	22,8
	En desacuerdo	116	18,9	18,9	41,8
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	160	26,1	26,1	67,9
	De acuerdo	108	17,6	17,6	85,5
	Totalmente de acuerdo	89	14,5	14,5	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 64 .Miedo al contagio.



Fuente: Elaboración propia.

Ha expresado en un mayor porcentaje estar en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con el hecho de sentir miedo de contagiarse si trabajasen con una persona VIH+, las titulaciones de la Diplomatura de Educación Social y los dos Másteres encuestados, oscilando entre el 56 y el 66%. El resto de titulaciones han obtenido en estas dos primeras opciones, resultados inferiores al 40%,

Tabla 253. Contingencia entre la Titulación y el Miedo al contagio.

			Si trabajase con una persona con VIH/SIDA me daría miedo contagiarme.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	7 4,1%	38 22,5%	31 18,3%	41 24,3%	29 17,2%	23 13,6%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	2 66,7%	1 33,3%	0 ,0%	0 ,0%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	7 6,7%	18 17,3%	17 16,3%	23 22,1%	17 16,3%	22 21,2%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	4 4,4%	10 11,0%	15 16,5%	29 31,9%	19 20,9%	14 15,4%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	2 20,0%	1 10,0%	4 40,0%	1 10,0%	2 20,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	3 11,1%	8 29,6%	7 25,9%	8 29,6%	1 3,7%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	1 3,8%	8 30,8%	2 7,7%	10 38,5%	3 11,5%	2 7,7%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	2 1,6%	27 20,9%	20 15,5%	35 27,1%	22 17,1%	23 17,8%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	4 28,6%	4 28,6%	3 21,4%	3 21,4%	0 ,0%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	1 11,1%	5 55,6%	2 22,2%	0 ,0%	1 11,1%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	0 ,0%	1 50,0%	1 50,0%	0 ,0%	0 ,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 ,0%	8 27,6%	10 34,5%	4 13,8%	6 20,7%	1 3,4%	29 100,0%
Total	Recuento % dentro de Titulación	21 3,4%	119 19,4%	116 18,9%	160 26,1%	108 17,6%	89 14,5%	613 100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 254. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Miedo al contagio.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	65,133 ^a	55	,165
Razón de verosimilitudes	71,499	55	,067
Asociación lineal por lineal	,470	1	,493
N de casos válidos	613		

a. 42 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

Fuente: *Elaboración propia.*

En relación a si se observa diferencias entre los distintos intervalos que hemos establecido, el hecho más relevante es que aproximadamente, en cada uno de ellos, se aprecia el mismo porcentaje de personas que están en desacuerdo o totalmente en desacuerdo (entre el 36 y 40% de los encuestados).

Tabla 255. Contingencia entre la Edad y el Miedo al contagio.

		Miedo_contagio.						Total	
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo		
Edad_test	21 años o menos	Recuento	4	32	29	41	38	25	169
	% dentro de Edad_test		2,4%	18,9%	17,2%	24,3%	22,5%	14,8%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	6	30	37	42	20	28	163
	% dentro de Edad_test		3,7%	18,4%	22,7%	25,8%	12,3%	17,2%	100,0%
Entre 23 hasta 25	Recuento	2	21	29	47	27	12	138	
	% dentro de Edad_test		1,4%	15,2%	21,0%	34,1%	19,6%	8,7%	100,0%
Mayor de 25 años	Recuento	6	29	19	27	18	20	119	
	% dentro de Edad_test		5,0%	24,4%	16,0%	22,7%	15,1%	16,8%	100,0%
Total	Recuento	18	112	114	157	103	85	589	
	% dentro de Edad_test		3,1%	19,0%	19,4%	26,7%	17,5%	14,4%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 256. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el Miedo al contagio.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,412 ^a	15	,097
Razón de verosimilitudes	22,763	15	,089
Asociación lineal por lineal	1,228	1	,268
N de casos válidos	589		

a. 3 casillas (12,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,64.

Fuente: *Elaboración propia.*

Fin de relación.

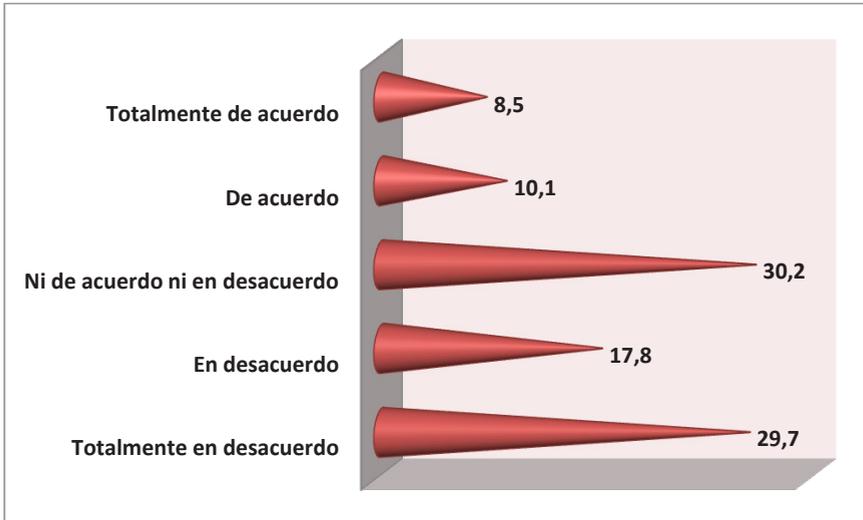
El ítem 45 se corresponde con la pregunta «si me enterase que mi pareja tiene el VIH/SIDA terminaría la relación». La opción más elegida es «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» (30,2%). Con muy poca diferencia de puntuación, se encuentra la opción «Totalmente en desacuerdo» (29,7%) que sumado al porcentaje obtenido en la opción «En desacuerdo», podemos afirmar que 47,5% de las personas no terminarían la relación sentimental si se enterasen que su pareja tiene VIH/SIDA. Un 18,6% expresa con claridad que terminaría la relación. Ver tabla 257 y gráfico 65.

Tabla 257. Fin relación.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Perdidos	23	3,8	3,8	3,8
Totalmente en desacuerdo	182	29,7	29,7	33,4
En desacuerdo	109	17,8	17,8	51,2
Ni de acuerdo ni en desacuerdo	185	30,2	30,2	81,4
De acuerdo	62	10,1	10,1	91,5
Totalmente de acuerdo	52	8,5	8,5	100,0
Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 65. Fin de relación.



Fuente: *Elaboración propia.*

Algunos de los aspectos que se debatieron cuando se pregunta en el grupo de discusión si mantendrían una relación sentimental con una persona VIH+, revelan que sigue existiendo miedo a continuar con esa relación y que como hemos comentado en los datos obtenidos del cuestionario, hay muchas personas que tienen dudas en qué ocurriría si les ocurriese el hecho planteado:

«Y os voy a decir una cosa que aún estando protegidos siempre está la opción de que se te parta el preservativo». Sujeto 4.

«Pues te pones dos». Sujeto 6.

«Pero por ejemplo es mucho más fácil convivir con una persona que mantener una relación sentimental. Yo lo de la relación sentimental lo veo mucho más difícil». Sujeto 7.

«Ella te dice a ti, mira, cuando ya habéis bebido y todo, te tengo que decir una cosa que soy portadora o tengo la enfermedad ¿y tú qué haces? ¿Sinceramente tú qué haces?». Sujeto 7.

«Te piras». Sujeto 4.

«Yo claro que me voy». Sujeto 7.

674

El porcentaje de mujeres que están totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con este hecho (49%), es levemente superior al porcentaje de hombres que piensan lo mismo (43,2%). El porcentaje de hombres que seleccionan la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo», es superior al de mujeres (34,2% de hombres y 29,4% de mujeres).

Tabla 258. Contingencia entre el Sexo y el Fin de relación.

		Si me enterase que mi pareja tiene el VIH/SIDA terminaría la relación.					Total	
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo		Totalmente de acuerdo
Sexo 0	Recuento	3	0	0	1	2	0	6
	% dentro de Sexo	50,0%	,0%	,0%	16,7%	33,3%	,0%	100,0%
Mujer	Recuento	17	148	95	146	47	43	496
	% dentro de Sexo	3,4%	29,8%	19,2%	29,4%	9,5%	8,7%	100,0%
Hombre	Recuento	3	34	14	38	13	9	111
	% dentro de Sexo	2,7%	30,6%	12,6%	34,2%	11,7%	8,1%	100,0%
Total	Recuento	23	182	109	185	62	52	613
	% dentro de Sexo	3,8%	29,7%	17,8%	30,2%	10,1%	8,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 259. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Fin de relación.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	45,031 ^a	10	,000
Razón de verosimilitudes	23,213	10	,010
Asociación lineal por lineal	,742	1	,389
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

Fuente: Elaboración propia.

Las titulaciones que han contestado aproximadamente en la mitad de los encuestados o en mayor número las dos primeras opciones- totalmente en desacuerdo o en desacuerdo- son el Grado y Diplomatura de Educación Social, Diplomatura de Educación Infantil, Psicopedagogía, Máster de Educación Intercultural y el Máster de Educación Secundaria. El resto de titulaciones tiene porcentajes en más bajos estas dos opciones, como el Grado de Educación Infantil, las Diplomatura de Educación Primaria, de Educación Física y de Educación Especial.

Tabla 260. Contingencia entre la Titulación y el Fin de relación.

			Si me enterase que mi pareja tiene el VIH/SIDA terminaría la relación.						
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	Total
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	6	51	32	49	22	9	169
		% dentro de Titulación	3,6%	30,2%	18,9%	29,0%	13,0%	5,3%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	1	0	1	1	0	3
		% dentro de Titulación	,0%	33,3%	,0	33,3%	33,3%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	8	33	13	33	5	12	104
		% dentro de Titulación	7,7%	31,7%	12,5%	31,7%	4,8%	11,5%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	6	22	12	25	13	13	91
		% dentro de Titulación	6,6%	24,2%	13,2%	27,5%	14,3%	14,3%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	2	5	2	0	1	10
		% dentro de Titulación	,0%	20,0%	50,0%	20,0%	,0%	10,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	0	9	2	11	5	0	27
		% dentro de Titulación	,0%	33,3%	7,4%	40,7%	18,5%	,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	1	7	4	11	1	2	26
	% dentro de Titulación	3,8%	26,9%	15,4%	42,3%	3,8%	7,7%	100,0%	
Psicopedagogía	Recuento	2	36	32	37	11	11	129	
	% dentro de Titulación	1,6%	27,9%	24,8%	28,7%	8,5%	8,5%	100,0%	
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	5	2	5	1	1	14	
	% dentro de Titulación	,0%	35,7%	14,3%	35,7%	7,1%	7,1%	100,0%	
Máster en Secundaria	Recuento	0	4	1	2	1	1	9	
	% dentro de Titulación	,0%	44,4%	11,1%	22,2%	11,1%	11,1%	100,0%	
No contesta	Recuento	0	1	0	0	0	1	2	
	% dentro de Titulación	,0%	50,0%	,0%	,0%	,0%	50,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	11	6	9	2	1	29	
	% dentro de Titulación	,0%	37,9%	20,7%	31,0%	6,9%	3,4%	100,0%	
Total	Recuento	23	182	109	185	62	52	613	
	% dentro de Titulación	3,8%	29,7%	17,8%	30,2%	10,1%	8,5%	100,0%	

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 261. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Fin de relación.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	61,049 ^a	55	,268
Razón de verosimilitudes	64,564	55	,177
Asociación lineal por lineal	,005	1	,945
N de casos válidos	613		

a. 44 casillas (61,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Fuente: *Elaboración propia.*

Enamorados.

En esta cuestión hemos preguntado sobre si se mantendría relaciones sexuales con protección con una persona con VIH/SIDA si se estuviese enamorado/a. El porcentaje más elevado es la opción «Totalmente de acuerdo» (27,2%) muy seguido de la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» (26,1%).

El 44,8% de los alumnos encuestados están de acuerdo o totalmente de acuerdo en mantener relaciones sexuales con protección con una persona con VIH/SIDA si estuviese enamorado/a. El 25,1% expresan que estarían totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con este hecho.

Si al 25,1% anterior, le sumamos 26,1% de los alumnos que eligen la opción «ni de acuerdo, ni en desacuerdo», podemos decir que, el 51,2% de los alumnos encuestados no mantendrían relaciones sexuales con protección con una persona con VIH/SIDA o tienen dudas a la hora de contestar a dicha cuestión (tabla 262 y gráfico 66).

Existe una gran variedad de opiniones al respecto, mientras que casi la mitad de los encuestados expresan mantener relaciones sexuales con una persona VIH+ si estuviesen enamorados, el resto sin embargo, duda, no contesta o no lo haría.

La misma variedad de respuesta nos podemos encontrar en la actitud que escogen las personas seropositivas al revelar o no su estado serológico a sus allegados, y que posiblemente se deba a la variedad de actitudes que se tomen, como las ya comentadas en nuestra muestra. Gil de Montes et. al (2009), hablan sobre este hecho:

«La gestión de la información en contactos con los demás puede considerarse excepcionalmente compleja. Cómo se maneja la información varía entre las personas, para cada persona varía en diferentes situaciones, y también varía en el transcurso de los años vividos con la infección. Es muy difícil hablar de personas con VIH visibles y no visibles. Tampoco es fácil hablar de un continuo entre ocultar y revelar la serología. Revelar o no la serología a otros depende de muchos factores. A veces se revela a una persona porque pertenece al círculo familiar, pero otras veces se le oculta por esta misma razón. A veces se oculta a alguien con quien desea tenerse una relación íntima, mientras que otras veces se revela por esta misma razón. Podría seguirse así indefinidamente»(p.281).

En el grupo de discusión también se discutió este asunto, observándose cómo se plantea diferencias entre relaciones esporádicas y una relación sentimental:

«Yo creo que para mantener una relación sentimental es una de las primeras cosas que le tienes que decir». Sujeto 7.

«Es que es diferente porque para una persona que es una noche que tú sabes que no vas a transmitirle nada porque llevas las cosas para no transmitir pero es diferente si tu eres portador a si tú quieres a una persona para bastante tiempo». Sujeto 9.

«Pues yo no lo sé porque es que depende de los sentimientos que tenga hacia esa persona, si lo quieres mucho pues a lo mejor dices pues mira para adelante» Sujeto 9.

«Lo que sí es cierto es que la persona que tenga eso y lo diga, yo me lo tomaría como un acto de seriedad, yo no creo que sea fácil decir oye soy tal, si llega una persona con la cual tú llevas X tiempo conociéndote es cierto que sería no sé, bajo mi punto de vista me lo tomaría como algo bastante importante» Sujeto 4.

«Quizás sea el prejuicio pero que si me dice eso, independientemente de si esa persona me importa, compartiría las cosas con ella, y si una persona se ha abierto porque no va a estar abierta a cualquier ayuda tanto médica como...» Sujeto 4.

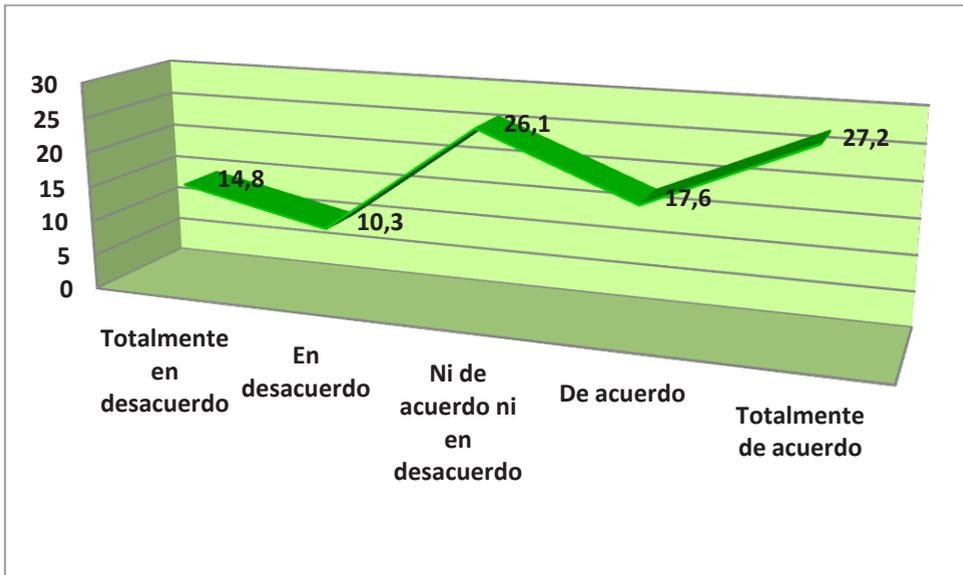
En las tablas siguientes, se puede consultar los datos obtenidos en el cuestionario y comentados anteriormente:

679

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	24	3,9	3,9	3,9
	Totalmente en desacuerdo	91	14,8	14,8	18,8
	En desacuerdo	63	10,3	10,3	29,0
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	160	26,1	26,1	55,1
	De acuerdo	108	17,6	17,6	72,8
	Totalmente de acuerdo	167	27,2	27,2	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 66. Enamorados.



Fuente: Elaboración propia.

Como a continuación se observa en la tabla siguiente, el grupo de mujeres que está de acuerdo o totalmente de acuerdo en mantener relaciones sexuales con protección con una persona con VIH/SIDA del cual estuviesen enamoradas (46,7%), es superior al de los hombres que opinan lo mismo (37,8%), mientras que ellos expresan tener más dudas (31,5% frente al 24,6% de mujeres que han elegido «Ni de acuerdo ni en desacuerdo») o estar más en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con mantener relaciones sexuales con protección (28,8% frente al 24,6% de mujeres).

Tabla 263. Contingencia entre el Sexo y Enamorados.

		Mantendría relaciones sexuales con protección con una persona con VIH/SIDA si estuviese enamorado/a.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	0	3	1	0	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	,0%	50,0%	16,7%	,0%	100,0%
Mujer	Recuento	20	74	48	122	84	148	496
	% dentro de Sexo	4,0%	14,9%	9,7%	24,6%	16,9%	29,8%	100,0%
Hombre	Recuento	2	17	15	35	23	19	111
	% dentro de Sexo	1,8%	15,3%	13,5%	31,5%	20,7%	17,1%	100,0%
Total	Recuento	24	91	63	160	108	167	613
	% dentro de Sexo	3,9%	14,8%	10,3%	26,1%	17,6%	27,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 264. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Enamorados.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	28,154 ^a	10	,002
Razón de verosimilitudes	23,514	10	,009
Asociación lineal por lineal	,481	1	,488
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

Fuente: Elaboración propia.

En esta cuestión nos hemos encontrado un hecho curioso y que debemos comentar cuando se ha relacionado con la edad de los sujetos. Aunque los porcentajes son parecidos oscilando entre el 41 y el 47%, los estudiantes que menor dificultades tienen a la hora de mantener relaciones sexuales con una persona VIH+ de la que se está enamorada, son los estudiantes de 21 años o menos, mientras que el porcentaje menor se encuentra en el intervalo de mayores de 25 años.

Tabla 265. Contingencia entre la Edad y Enamorados.

			Mantendría relaciones sexuales con protección con una persona con VIH/SIDA si estuviese enamorado/a.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	7	20	19	42	31	50	169
		% dentro de Edad_test	4,1%	11,8%	11,2%	24,9%	18,3%	29,6%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	6	29	15	41	25	47	163
		% dentro de Edad_test	3,7%	17,8%	9,2%	25,2%	15,3%	28,8%	100,0%
Edad_test	Entre 23 hasta 25	Recuento	2	17	13	42	28	36	138
		% dentro de Edad_test	1,4%	12,3%	9,4%	30,4%	20,3%	26,1%	100,0%
Edad_test	Mayor de 25 años	Recuento	6	23	13	28	21	28	119
		% dentro de Edad_test	5,0%	19,3%	10,9%	23,5%	17,6%	23,5%	100,0%
Total		Recuento	21	89	60	153	105	161	589
		% dentro de Edad_test	3,6%	15,1%	10,2%	26,0%	17,8%	27,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 266. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Enamorados.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,871 ^a	15	,762
Razón de verosimilitudes	11,260	15	,734
Asociación lineal por lineal	1,454	1	,228
N de casos válidos	589		

a. 2 casillas (8,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,24.

Fuente: Elaboración propia.

Decirlo a la madre.

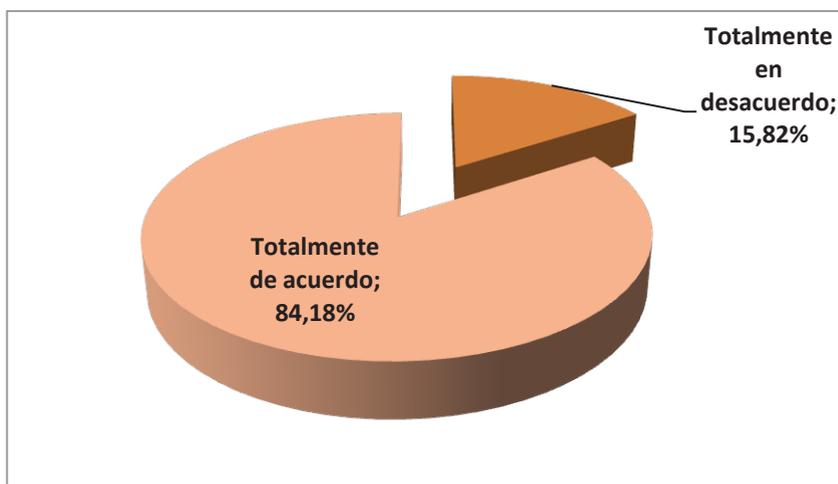
En la pregunta 47 hemos preguntado que suponiendo que se tuviese el VIH/SIDA, a qué persona se lo dirían los sujetos encuestados. En esta cuestión hemos presentado únicamente dos repuestas, totalmente de acuerdo o totalmente en desacuerdo para conocer si lo contarían o no a las distintas personas que se les ha planteado.

El 84,2% de los encuestados se lo contarían a su madre suponiendo que estuviese contagiado/a por VIH, (ver tabla 267 y gráfico 67), siendo superior levemente el número de mujeres que se lo dirían a su madre (85,3%) que el de hombres que harían lo mismo (81,1%), tal como se puede apreciar en la tabla 268.

		Tabla 267. Madre.			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	97	15,8	15,8	15,8
	Totalmente de acuerdo	516	84,2	84,2	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 67. Madre.



Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 268. Contingencia entre el Sexo y la Madre.

		Madre.		Total	
		Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo		
Sexo	0	Recuento	3	3	6
		% dentro de Sexo	50,0%	50,0%	100,0%
Mujer		Recuento	73	423	496
		% dentro de Sexo	14,7%	85,3%	100,0%
Hombre		Recuento	21	90	111
		% dentro de Sexo	18,9%	81,1%	100,0%
Total		Recuento	97	516	613
		% dentro de Sexo	15,8%	84,2%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 269. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y la Madre.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,515 ^a	2	,038
Razón de verosimilitudes	5,002	2	,082
Asociación lineal por lineal	,145	1	,703
N de casos válidos	613		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,95.

Fuente: *Elaboración propia.*

Los menores de 21 años tienen el porcentaje más elevado en la opción «Totalmente de acuerdo» (92,3%), mientras que el porcentaje menor es el de los mayores de 25 años (71,4%).

Tabla 270. Contingencia entre la Edad y la Madre.

			Madre.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	13	156	169
		% dentro de Edad_test	7,7%	92,3%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	25	138	163
		% dentro de Edad_test	15,3%	84,7%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	15	123	138
		% dentro de Edad_test	10,9%	89,1%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	34	85	119
		% dentro de Edad_test	28,6%	71,4%	100,0%
Total		Recuento	87	502	589
		% dentro de Edad_test	14,8%	85,2%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Decirlo al padre.

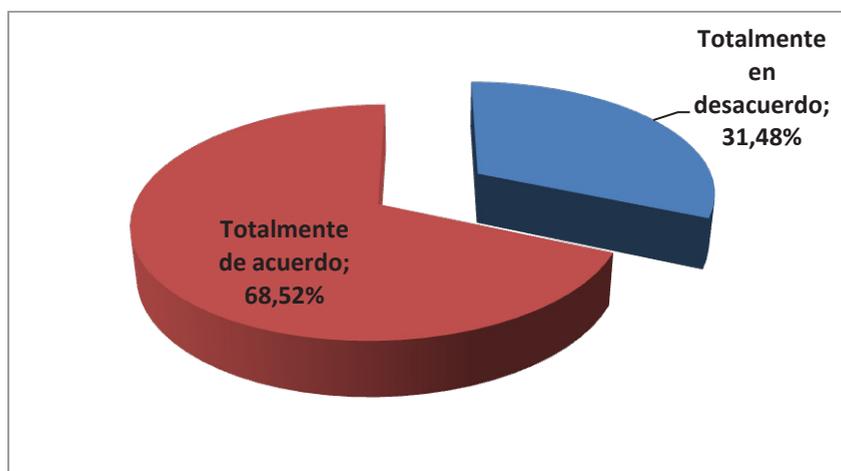
El 68,5% de los alumnos a las que le hemos preguntado sí se lo diría a su padre. Existe una diferencia significativa con respecto a la cuestión anterior, ya que el porcentaje de personas que se lo dirían a su madre es bastante superior (84,2%). El número de alumnos que se lo diría a su madre es 15 puntos superior a los que se lo dirían a su padre, por lo que podemos concluir, que hay mayor número de estudiantes en la muestra del cuestionario de este estudio, que le confiarían a sus madres su situación de seropositividad, que a sus padres.

Tabla 271. Padre.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	193	31,5	31,5	31,5
	Totalmente de acuerdo	420	68,5	68,5	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 68. Padre.



Fuente: Elaboración propia.

En la siguiente tabla se puede observar como el porcentaje de hombres que se le comentaría a su padre en caso de tener VIH+ (73%) es superior al de mujeres (67,9%).

Tabla 272. Contingencia entre el Sexo y el Padre.

			Padre.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento		4	2	6
		% dentro de Sexo	66,7%	33,3%	100,0%
Mujer	Recuento		159	337	496
		% dentro de Sexo	32,1%	67,9%	100,0%
Hombre	Recuento		30	81	111
		% dentro de Sexo	27,0%	73,0%	100,0%
Total	Recuento		193	420	613
		% dentro de Sexo	31,5%	68,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 273. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Padre.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,540 ^a	2	,103
Razón de verosimilitudes	4,246	2	,120
Asociación lineal por lineal	2,329	1	,127
N de casos válidos	613		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,89.

Fuente: *Elaboración propia.*

Si se compara estos datos con los de la cuestión anterior, podemos ver una relación curiosa tal como se observa en el siguiente cuadro. Aunque el porcentaje de alumnos hombres como de alumnas mujeres, es superior a la hora de confiar en sus respectivas madres si tuviesen VIH, con respecto a los padres, el porcentaje de mujeres en este caso es mayor. No ocurre lo mismo cuando preguntamos por si se lo dirían a sus padres, ya que el porcentaje de hombres que lo harían, es superior al de mujeres.

Tabla 274. Si estuviese contagiado/a por VIH/SIDA se lo contaría:

Sexo	Madre (Totalmente de acuerdo)	Padre (Totalmente de acuerdo)
Mujer	85,3%	67,9%
Hombre	81,1%	73,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Como ya sucedía en la anterior cuestión que planteábamos, el número mayor de estudiantes que se lo diría a su padre, se encuentra en la franja de edad de menores de 21 años (75,7%), y el porcentaje más bajo lo encontraríamos en los mayores de 25 años (56,3%).

Tabla 275. Contingencia entre la Edad y el Padre.

			Padre.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	41	128	169
		% dentro de Edad_test	24,3%	75,7%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	47	116	163
		% dentro de Edad_test	28,8%	71,2%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	41	97	138
		% dentro de Edad_test	29,7%	70,3%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	52	67	119
		% dentro de Edad_test	43,7%	56,3%	100,0%
Total	Recuento	181	408	589	
	% dentro de Edad_test	30,7%	69,3%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 276. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y el Padre.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,066 ^a	3	,004
Razón de verosimilitudes	12,659	3	,005
Asociación lineal por lineal	10,771	1	,001
N de casos válidos	589		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 36,57.

Fuente: Elaboración propia.

Decirlo a algún hermano/a.

El porcentaje de personas que también confiarían en algún hermano si tuviesen VIH es también elevado, más de la mitad de los encuestados han contestado afirmativamente a esta cuestión (61,8%), mientras que en el 38,2% restante se puede entender que no lo harían o no lo pueden hacer por no tener hermanos/as. Ver tabla 277 y gráfico 69.

En la tabla 278 podemos apreciar, que el número de mujeres que se lo comentarían a un hermano/a es levemente superior al de hombres (63,1%

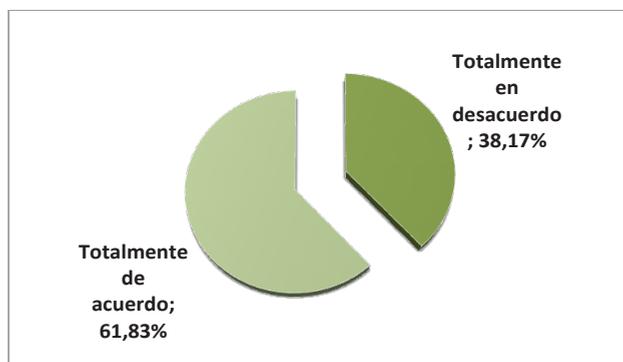
frente al 57,7%) y en la 280 comprobaremos como el porcentaje mayor que se lo revelaría a un/una hermano/a sería los estudiantes de 21 años o menos (67,5%).

Tabla 277. Algún hermano/a.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	234	38,2	38,2	38,2
	Totalmente de acuerdo	379	61,8	61,8	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 69. Algún hermano/a.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 278. Contingencia entre el Sexo y Algún Hermano/a.

		Algún_Hermano_a.		Total	
		Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo		
Sexo	0	Recuento	4	2	6
		% dentro de Sexo	66,7%	33,3%	100,0%
Mujer		Recuento	183	313	496
		% dentro de Sexo	36,9%	63,1%	100,0%
Hombre		Recuento	47	64	111
		% dentro de Sexo	42,3%	57,7%	100,0%
Total		Recuento	234	379	613
		% dentro de Sexo	38,2%	61,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 279. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Algún Hermano/a.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,225 ^a	2	,199
Razón de verosimilitudes	3,142	2	,208
Asociación lineal por lineal	,364	1	,546
N de casos válidos	613		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,29.

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 280. Contingencia entre la Edad y Algún Hermano/a.

			Algún_Hermano_a.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	55	114	169
		% dentro de Edad_test	32,5%	67,5%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	62	101	163
		% dentro de Edad_test	38,0%	62,0%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	60	78	138
		% dentro de Edad_test	43,5%	56,5%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	46	73	119
		% dentro de Edad_test	38,7%	61,3%	100,0%
Total	Recuento	223	366	589	
	% dentro de Edad_test	37,9%	62,1%	100,0%	

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 281. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Algún Hermano/a.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,915 ^a	3	,271
Razón de verosimilitudes	3,927	3	,269
Asociación lineal por lineal	2,073	1	,150
N de casos válidos	589		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 45,05.

Fuente: *Elaboración propia.*

Decirlo a algún abuelo.

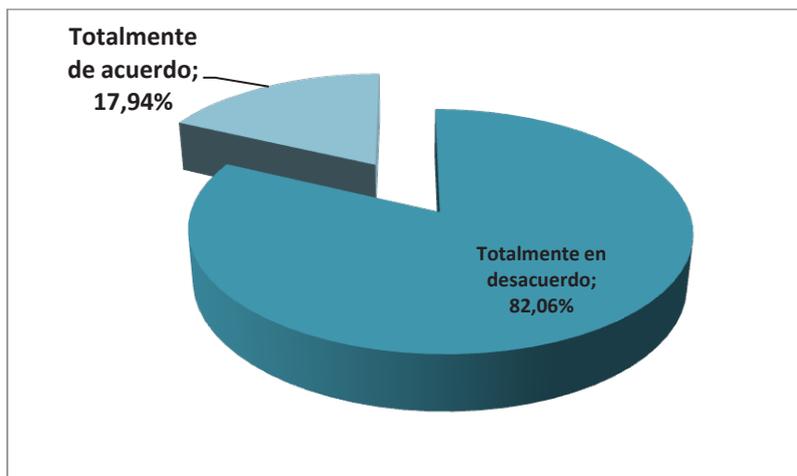
Un porcentaje de estudiantes muy reducido le revelaría a su abuelo/a su estado serológico positivo si se diese el caso (17,9%). Podemos interpretar con estos datos, que el resto no lo haría o no podría hacerlo como es el caso de que hayan fallecido. Ver tabla 282 y gráfico 70.

Con respecto al sexo de los encuestados, no se observan diferencias significativas tal como se puede consultar en la tabla 283.

		Tabla 282. Algún Abuelo/a.			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	503	82,1	82,1	82,1
	Totalmente de acuerdo	110	17,9	17,9	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 70. Algún abuelo/a.



Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 283. Contingencia Sexo * Algún Abuelo/a.					
			Algún Abuelo/a.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Sexo	0	Recuento	6	0	6
		% dentro de Sexo	100,0%	,0%	100,0%
	Mujer	Recuento	405	91	496
		% dentro de Sexo	81,7%	18,3%	100,0%
	Hombre	Recuento	92	19	111
		% dentro de Sexo	82,9%	17,1%	100,0%
Total	Recuento	503	110	613	
	% dentro de Sexo	82,1%	17,9%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

El número de menores de 21 es superior en 14 puntos con respecto al número de mayores de 25 años: el 29,6% confiaría en alguno de sus abuelos, mientras que sólo lo haría el 15,1% de los mayores de 25 años.

Tabla 284. Contingencia entre la Edad y Algún Abuelo/a.					
			Algún Abuelo/a.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente en desacuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	119	50	169
		% dentro de Edad_test	70,4%	29,6%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	141	22	163
		% dentro de Edad_test	86,5%	13,5%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	120	18	138
		% dentro de Edad_test	87,0%	13,0%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	101	18	119
		% dentro de Edad_test	84,9%	15,1%	100,0%
Total	Recuento	481	108	589	
	% dentro de Edad_test	81,7%	18,3%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 285. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Algún Abuelo/a.

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,233 ^a	3	,000
Razón de verosimilitudes	18,989	3	,000
Asociación lineal por lineal	10,823	1	,001
N de casos válidos	589		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 21,82.

Fuente: Elaboración propia.

Decirlo a las amistades más íntimas.

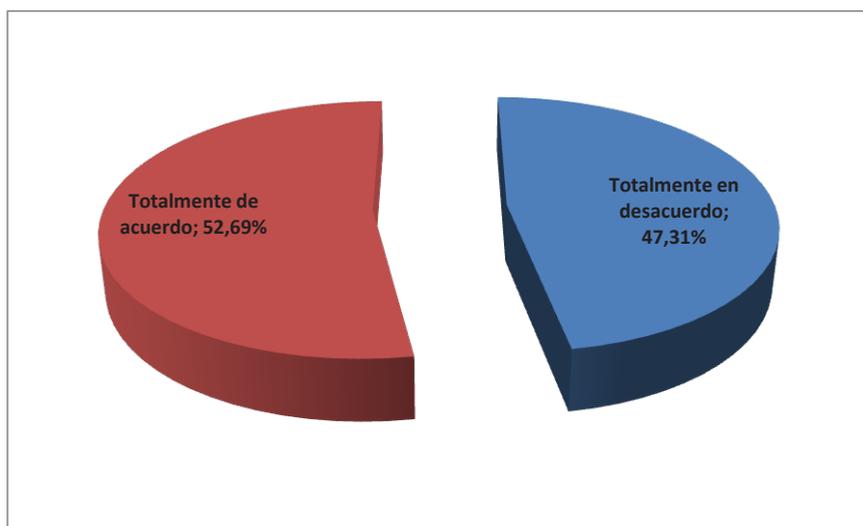
El 52,7% de los encuestados se lo dirían a sus amistades más íntimas, no existiendo diferencia significativa con respecto a la edad o el sexo de los encuestados.

Tabla 286. A mis amistades más íntimas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	290	47,3	47,3	47,3
	Totalmente de acuerdo	323	52,7	52,7	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 71. A mis amistades más íntimas.



Fuente: *Elaboración propia.*

Decirlo a los compañeros/as de piso.

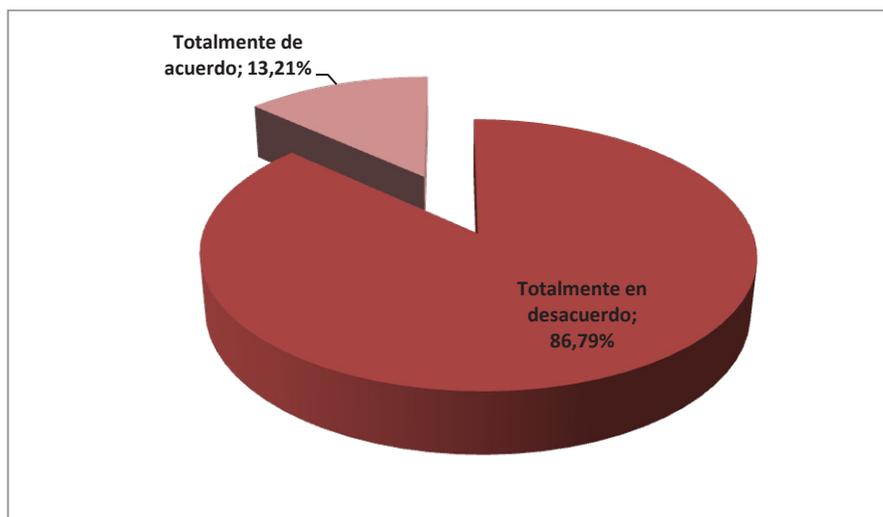
En la pregunta 40 indagábamos si los encuestados compartirían piso con una persona VIH+, concluyendo que el 38,7% de los encuestados estarían dispuestos a compartir piso. En este caso concreto, hemos preguntado que suponiendo que fuesen VIH+, se lo contarían o no, a sus compañeros de piso. Se puede observar en la tabla 287, como sólo el 13,2% lo harían.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	532	86,8	86,8	86,8
	Totalmente de acuerdo	81	13,2	13,2	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

693

Gráfico 72. A mis compañeros/as de piso.



Fuente: Elaboración propia.

No existen diferencias significativas con respecto al sexo de los sujetos, pero sí con respecto a la titulación que estudian, encontrándonos que en titulaciones como el Grado y Diplomatura de Educación Social y los Másteres de Educación Intercultural y de Educación Secundaria superan el 20% de los/las alumnos/as que confiarían en sus compañeros de pisos. Sin embargo, titulaciones como Grado en Educación Infantil, Diplomatura en Educación Infantil, Diplomatura en Educación Especial, Psicopedagogía, no superan el 10% de los/las alumnos/as que lo revelarían a sus compañeros/as de piso.

Tabla 288. Contingencia entre la Titulación y A mis compañeros/as de piso.

			A mis compañeros/as de piso.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	131	38	169
		% dentro de Titulación	77,5%	22,5%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	2	1	3
		% dentro de Titulación	66,7%	33,3%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	100	4	104
		% dentro de Titulación	96,2%	3,8%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	81	10	91
		% dentro de Titulación	89,0%	11,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	9	1	10
		% dentro de Titulación	90,0%	10,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	22	5	27
		% dentro de Titulación	81,5%	18,5%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	24	2	26
		% dentro de Titulación	92,3%	7,7%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	121	8	129
		% dentro de Titulación	93,8%	6,2%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	11	3	14
		% dentro de Titulación	78,6%	21,4%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	7	2	9
		% dentro de Titulación	77,8%	22,2%	100,0%
	No contesta	Recuento	1	1	2
		% dentro de Titulación	50,0%	50,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	23	6	29
		% dentro de Titulación	79,3%	20,7%	100,0%
Total		Recuento	532	81	613
		% dentro de Titulación	86,8%	13,2%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 289. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y A mis compañeros/as de piso.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,287 ^a	11	,000
Razón de verosimilitudes	34,884	11	,000
Asociación lineal por lineal	1,807	1	,179
N de casos válidos	613		

a. 10 casillas (41,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,26.

Fuente: *Elaboración propia.*

☑ **Decirlo a todas mis amistades.**

Revelar información de uno mismo a otras personas es parte importante de las relaciones con los demás, de hecho las relaciones interpersonales tienden a estrecharse como consecuencia de la relevación de hechos íntimos y personales. Tal como se expresa en la comunicación presentada en el II Encuentro FIPSE y titulada *Las implicaciones de la ocultación y su posible papel como estrategia de afrontamiento del estigma asociado al VIH* (Gil de Montes et al., 2009), «muchas veces la relación se estrecha en mayor medida precisamente cuando la información transmitida se percibe como una vulnerabilidad para el otro, cuando es un aspecto públicamente desconocido del otro. Además, a esto hay que añadir que la revelación de información en las relaciones interpersonales tiende a ser recíproca entre las personas que comparten su información».

En cambio, las personas con algún estigma tienen mayores problemas en este proceso de desarrollo de relaciones interpersonales encontrándose en una situación más desfavorecida porque se pueden ver obligados a ocultar una información importante de su vida. Es el caso de muchos niños y niñas VIH+, que desde que eran pequeños, les han enseñado a tomar la medicación a escondidas.

Como los autores con anterioridad mencionados explican, en el momento de la revelación, estas personas muestran su lado más vulnerable, de forma que simultáneamente exige confidencialidad por parte del otro. Además, en casos muy comprometidos, el otro difícilmente puede ofrecer la reciprocidad en relación a la importancia de la información revelada. En la investigación de Gil de Montes et al. (2009) se expone la hipótesis de que las personas con VIH perciben beneficios personales y en su relación con los demás al tomar la decisión de revelar su identidad a los demás y que tomar la decisión de ocultar deliberadamente la infección es algo que se

realiza por imposición y tiene un alto coste cognitivo y emocional para uno mismo.

Las personas VIH+ entrevistadas en la investigación de Gil de Montes y otros (2009), utilizan palabras gráficas como mentir, esconderse, tener sensación de ahogo, vivir una doble vida, sentirse como un delincuente, vivir con mentiras perpetuas, por lo que concluyen diciendo que el hecho de ocultar obliga a utilizar continuamente estrategias para disimular, como la discreción (evitar revelar información abiertamente), la ocultación (omitir información de forma expresa) o la invención (crear información falsa de forma deliberada).

En el cuestionario que se ha elaborado para esta tesis doctoral, se ha preguntado si se confiaría a todas las amistades ser VIH+ en el caso que se fuese. Hemos pretendido conocer si las personas a las que hemos preguntado, revelarían esta información o no y tal como se aprecia en la tabla 290, sólo el 6% de los sujetos informarían abiertamente a todas sus amistades.

El número de hombres que lo revelaría a todas sus amistades es levemente superior al de mujeres, datos mostrados en la tabla 291. Con respecto a la edad de los sujetos o a las titulaciones, no se observan diferencias significativas.

Tabla 290. A todas mis amistades.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	576	94,0	94,0	94,0
	Totalmente de acuerdo	37	6,0	6,0	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 73. A todas mis amistades.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 291. Contingencia entre el Sexo y A todas mis amistades.

			A todas mis amistades.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo	0	Recuento	6	0	6
		% dentro de Sexo	100,0%	,0%	100,0%
Mujer		Recuento	468	28	496
		% dentro de Sexo	94,4%	5,6%	100,0%
Hombre		Recuento	102	9	111
		% dentro de Sexo	91,9%	8,1%	100,0%
Total		Recuento	576	37	613
		% dentro de Sexo	94,0%	6,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 292. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y A todas mis amistades.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,359 ^a	2	,507
Razón de verosimilitudes	1,647	2	,439
Asociación lineal por lineal	1,260	1	,262
N de casos válidos	613		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,36.

Fuente: Elaboración propia.

Decirlo a la pareja actual.

El 76% de los encuestados confiarían en su pareja a la hora de comunicarle que son seropositivos. Es llamativo que mientras que el 84,2% de los encuestados se lo contarían a la figura materna -porcentaje mayor obtenidos en personas a las que se confiaría este hecho-, el número de personas que le revelarían esta situación a sus parejas, es inferior (tabla 293 y gráfico 74). Posiblemente esto ocurra, por el miedo a la pérdida de esa relación, a ser rechazados o abandonados por sus parejas.

Sin embargo, el dato obtenido es bastante elevado, situándose en la tercera posición de todas las personas por la que se ha preguntado en este ítem número 47 del cuestionario, después de «a otras personas con VIH/SIDA» que comentaremos a continuación de este apartado.

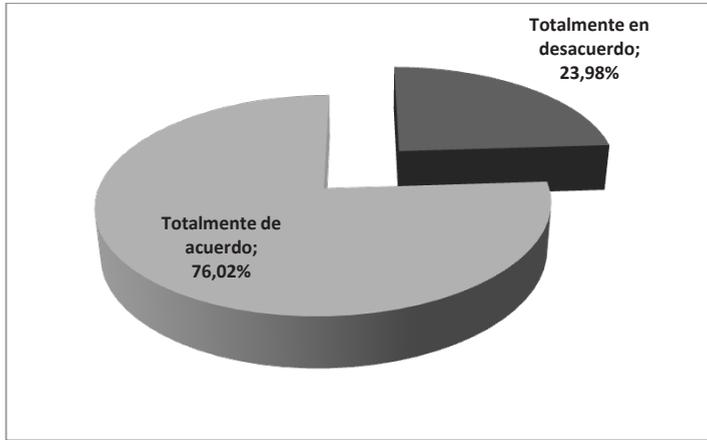
En la tabla 294, se puede consultar cómo el número de mujeres que se lo dirían a su pareja es superior al de los hombres que sí lo harían (77,8% de mujeres frente al 70,3% de los hombres), no existiendo diferencia significativa con respecto a la edad o a la titulación de los encuestados.

Tabla 293. A mi pareja actual.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	147	24,0	24,0	24,0
	Totalmente de acuerdo	466	76,0	76,0	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfica 74. A mi pareja actual.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 294. Contingencia entre el Sexo y A mi pareja actual.

Sexo	0	Recuento	A mi pareja actual.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
		% dentro de Sexo	66,7%	33,3%	100,0%
Mujer		Recuento	110	386	496
		% dentro de Sexo	22,2%	77,8%	100,0%
Hombre		Recuento	33	78	111
		% dentro de Sexo	29,7%	70,3%	100,0%
Total		Recuento	147	466	613
		% dentro de Sexo	24,0%	76,0%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 295. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y A mi pareja actual.

	Valor	Gf	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	8,894 ^a	2	,012
Razón de verosimilitudes	7,698	2	,021
Asociación lineal por lineal	,807	1	,369
N de casos válidos	613		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,44.

Fuente: Elaboración propia.

☑ Decirlo a otras personas con VIH/SIDA.

700

En el Capítulo 2 se habló con mayor extensión de la identidad seropositiva grupal como alternativa a la exclusión impuesta y el debate permanente de las ventajas y desventajas de que los infectados por VIH posean una identidad grupal, para ser capaz de tomar conciencia de la inmensa repercusión positiva que tendría el reducir o erradicar la invisibilidad de la enfermedad.

Las personas seropositivas pertenecen a un grupo estigmatizados y es habitual que no quieran identificarse con dichos grupos, pese a los beneficios que, de forma clara, esa identificación acarrea. Si bien, en algunos casos, auto incluirse en un grupo de individuos que tienen relación con el VIH/SIDA supone una estrategia por parte del estigmatizado para no sentirse tan «diferente» y poder sobrellevar con mayor entereza y fortaleza el proceso de la enfermedad, e incluso la posibilidad de involucrarse en acciones colectivas que promuevan un cambio en la realidad de los que conviven con el virus y sus allegados, asumir una identidad social de este tipo puede ser visto como algo negativo por quienes llegan a sentirse todavía más estigmatizados y señalados al ser relacionados con otros enfermos o personas de riesgo.

Recordamos las palabras de Molero y Fuster (2009), en la que se expresa que la investigación demuestra que la identificación con otras personas que viven una situación similar es una de las estrategias más usadas entre los miembros del colectivo devaluado para afrontar los efectos del estigma. Según estos autores, el formar parte de un grupo proporciona, por un lado, «la posibilidad de emprender algún tipo de acción conjunta para mejorar la situación del grupo» (p.95) y, por otro, apoyo social del resto de miembros del grupo. Por consiguiente, las consecuencias negativas que puedan producirse por asumir «una identidad social negativa» (p.95), son desplazadas por los beneficios que aporta la pertenencia grupal.

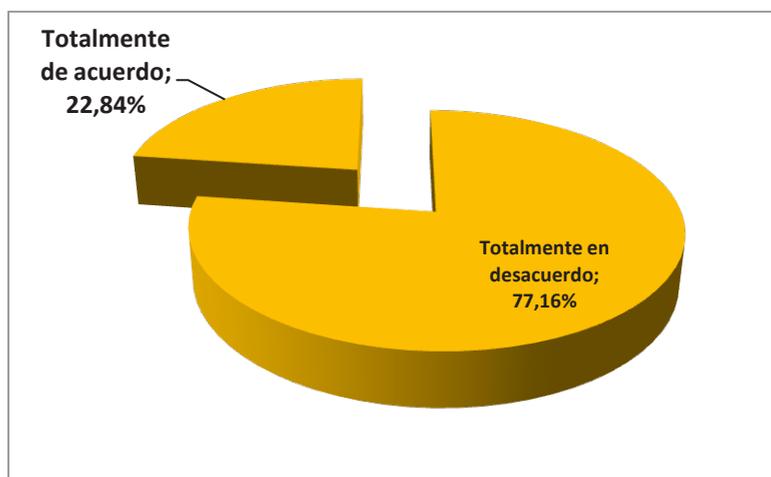
No obstante, puede que los beneficios de la identidad grupal no sean claros o no convengan del todo a los sujetos seropositivos, ni a los sujetos de nuestro cuestionario al que le hemos planteado sobre esta cuestión si ellos fuesen VIH+. Si se consulta la tabla 296, percibiremos como un porcentaje no muy elevado (22%), se lo contaría a otras personas que se encontrasen en la misma situación y si se consulta la tabla 297, el número de mujeres que sí lo hablarían con otra persona con VIH es mayor que el número de hombres (23% y 18% respectivamente).

Tabla 296. A otras personas enfermas.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	473	77,2	77,2	77,2
	Totalmente de acuerdo	140	22,8	22,8	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 75. A otras personas con VIH/SIDA.



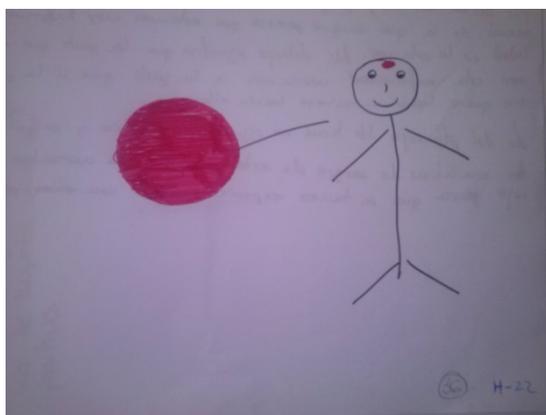
Fuente: *Elaboración propia.*

Uno de los alumnos que ha participado en el Taller sobre VIH, ha realizado un dibujo que el que se marca a las personas con VIH con un círculo rojo, de esta manera pretende reflejar como socialmente están marcados

haciendo una similitud al uso que se hacía antiguamente en las muestras de sangre de un círculo rojo para identificar que eran de personas seropositivas. Un ejemplo de esto es lo expresado por unas de las mujeres del estudio A pelo gritao (2005) y que dice así:

«Mi hijo cuando nació tenía escrito SIDA en grande... VIH en la cuna y detrás igual en rojo. O sea, que... Y estamos hablando del 1988, que tampoco... » (Carmelia, No asociación)(p.70).

Ilustración 117.Dib.36-M22.



Es por este motivo que tanto las personas con VIH así como a los estudiantes que les hemos propuesto que pienses que lo son, tiene grandes dudas en apoyarse en otras personas en la misma situación, para evitar estar «marcado por un punto rojo» teniendo una identidad social negativa, con las consecuencias perjudiciales que puede tener el no tener apoyo social.

Tabla 297. Contingencia entre el Sexo y A otras personas enfermas.

		A otras personas enfermas.		Total	
		Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo		
Sexo	0	Recuento	5	1	6
		% dentro de Sexo	83,3%	16,7%	100,0%
Mujer		Recuento	378	118	496
		% dentro de Sexo	76,2%	23,8%	100,0%
Hombre		Recuento	90	21	111
		% dentro de Sexo	81,1%	18,9%	100,0%
Total		Recuento	473	140	613
		% dentro de Sexo	77,2%	22,8%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 298. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y A otras personas enfermas.

	Valor	Gf	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,352 ^a	2	,509
Razón de verosimilitudes	1,403	2	,496
Asociación lineal por lineal	,907	1	,341
N de casos válidos	613		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 1,37.

Fuente: *Elaboración propia.*

En la siguiente tabla se observa claramente como las titulaciones de Grado y Diplomatura de Educación Social, así como los Máster de Educación Intercultural y Educación Secundaria superan el 27% de los encuestados que revelaría su condición seropositiva a otra persona que se encontrase en la misma situación.

Tabla 299. Contingencia entre la Titulación y A otras personas enfermas.

			A otras personas enfermas.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	118	51	169
		% dentro de Titulación	69,8%	30,2%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	1	2	3
		% dentro de Titulación	33,3%	66,7%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	92	12	104
		% dentro de Titulación	88,5%	11,5%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	75	16	91
		% dentro de Titulación	82,4%	17,6%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	7	3	10
		% dentro de Titulación	70,0%	30,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	23	4	27
		% dentro de Titulación	85,2%	14,8%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	19	7	26
		% dentro de Titulación	73,1%	26,9%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	101	28	129
		% dentro de Titulación	78,3%	21,7%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	9	5	14
		% dentro de Titulación	64,3%	35,7%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	6	3	9
		% dentro de Titulación	66,7%	33,3%	100,0%
	No contesta	Recuento	1	1	2
		% dentro de Titulación	50,0%	50,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	21	8	29
		% dentro de Titulación	72,4%	27,6%	100,0%
Total		Recuento	473	140	613
		% dentro de Titulación	77,2%	22,8%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 300. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y A otras personas enfermas.

	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,103 ^a	11	,024
Razón de verosimilitudes	22,163	11	,023
Asociación lineal por lineal	,000	1	,996
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (29,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,46.

Fuente: Elaboración propia.

No decirlo a ninguna persona.

El 2,9% de los sujetos está totalmente de acuerdo en que no confiaría en decir que se es VIH+ a ninguna persona. Si se compara este hecho con el resto de los datos obtenidos en esta pregunta número 47, era esperable que fuese muy reducido el número de estudiantes que no revelasen a ninguna persona su estado serológico, porque aunque solo se suele revelar a algunas personas y de máxima confianza, no es habitual que no se confíe a nadie ese aspecto tan importante. Ver tabla 301 y gráfico 76.

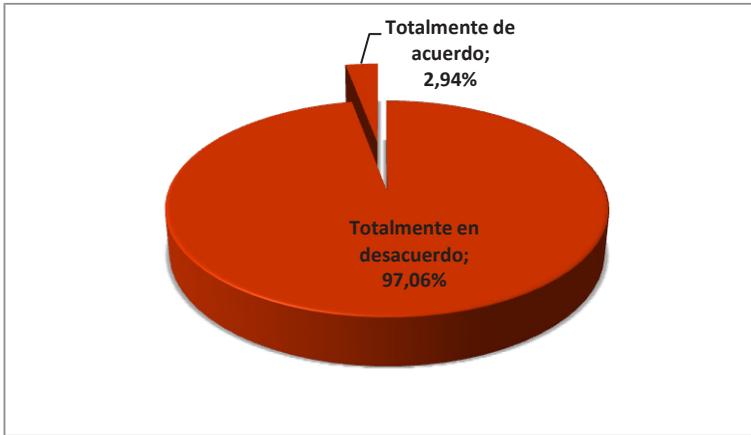
El porcentaje de hombres y mujeres de nuestra muestra que no le dirían a nadie que son VIH+ es similar, siendo las mujeres un 2,8% y los hombres un 3,6% y por lo tanto no es significativa la relación entre ambas variables (tabla 302 y 303). Este mismo hecho ocurre con respecto a la titulación de los sujetos, siendo similar y parecida en todas ellas.

Con respecto a los datos obtenidos en esta cuestión y su relación con la edad de los encuestados, se puede consultar en las tablas 304 y 305, que aunque las diferencias no son significativas, el número de mayores de 25 años que no confiaría a nadie este hecho, es levemente superior al de los menores de 21.

		Tabla 301. A ninguna persona.			
		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	595	97,1	97,1	97,1
	Totalmente de acuerdo	18	2,9	2,9	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfica 76. A ninguna persona.



Fuente: Elaboración propia.

Una referencia de ese anonimato buscado es el realizado por este alumno hombre de 22 años, que en su dibujo representa una persona con una mascarilla como metáfora de silencio, ocultación y un símbolo de interrogación que simboliza el no conocer quién puede ser VIH+, la invisibilidad de la persona seropositiva de la cual se habló en el segundo capítulo de este trabajo.

Ilustración 118. Dib.39-H22.

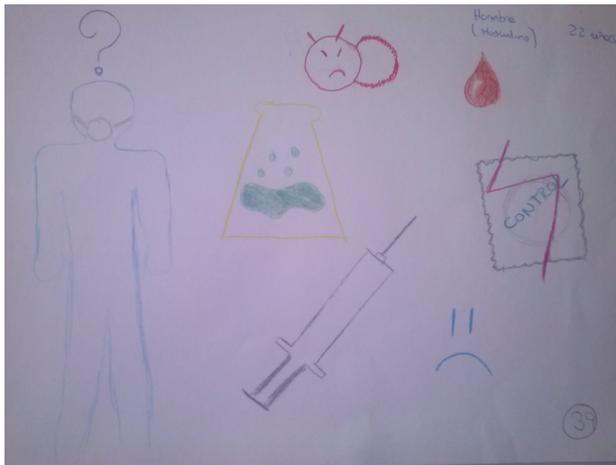


Tabla 302. Contingencia entre el Sexo y A ninguna persona.

			A_ninguna_persona.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo	0	Recuento	6	0	6
		% dentro de Sexo	100,0%	,0%	100,0%
Mujer		Recuento	482	14	496
		% dentro de Sexo	97,2%	2,8%	100,0%
Hombre		Recuento	107	4	111
		% dentro de Sexo	96,4%	3,6%	100,0%
Total		Recuento	595	18	613
		% dentro de Sexo	97,1%	2,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 303. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y A ninguna persona.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,377 ^a	2	,828
Razón de verosimilitudes	,542	2	,762
Asociación lineal por lineal	,297	1	,586
N de casos válidos	613		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,18.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 304. Contingencia entre la Edad y A ninguna persona.

			A_ninguna_persona.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	165	4	169
		% dentro de Edad_test	97,6%	2,4%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	158	5	163
		% dentro de Edad_test	96,9%	3,1%	100,0%
Entre 23 hasta 25	Recuento	134	4	138	
	% dentro de Edad_test	97,1%	2,9%	100,0%	
Mayor de 25 años	Recuento	114	5	119	
	% dentro de Edad_test	95,8%	4,2%	100,0%	
Total		Recuento	571	18	589
		% dentro de Edad_test	96,9%	3,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 305. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y A ninguna persona.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,810 ^a	3	,847
Razón de verosimilitudes	,778	3	,855
Asociación lineal por lineal	,640	1	,424
N de casos válidos	589		

a. 3 casillas (37,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,64.

Fuente: *Elaboración propia.*

A modo conclusión en esta pregunta número 47, que consistiría en si fuésemos VIH+ a qué personas se lo revelaríamos o no, presentamos la siguiente gráfica que ayude a clarificar los resultados anteriormente expuestos:



Contarlo al profesorado.

En la pregunta número 48 continuamos preguntado por aquellas personas en las que confiaríamos o revelaríamos algo tan importante, sin embargo en esta pregunta, le hemos propuesto a los sujetos que imaginasen que tuviesen un hijo VIH+ y que nos digan, si se lo confiarían al profesorado de este.

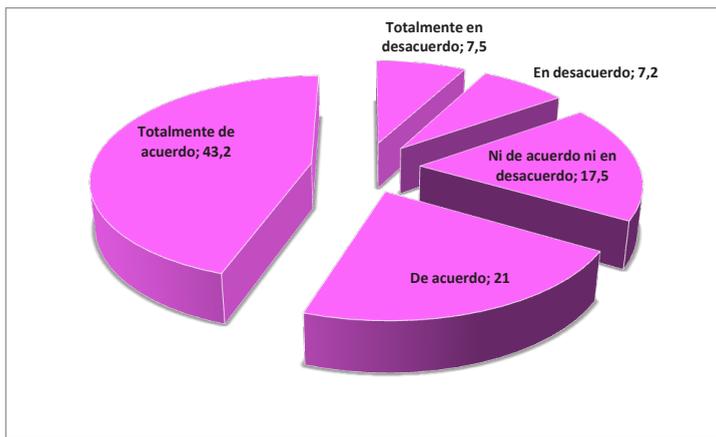
El 64,2% de los encuestados se lo dirían al profesorado de sus hijos mientras que el 35,8% restante, no ha contestado, tienen dudas, o está en desacuerdo con respecto a lo planteado. Ver tabla 306 y gráfico 77.

Tabla 306. Contar profesorado.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	22	3,6	3,6	3,6
	Totalmente en desacuerdo	46	7,5	7,5	11,1
	En desacuerdo	44	7,2	7,2	18,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	107	17,5	17,5	35,7
	De acuerdo	129	21,0	21,0	56,8
	Totalmente de acuerdo	265	43,2	43,2	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Grafica 78. Contar profesorado.



Fuente: Elaboración propia.

La mayoría de las titulaciones eligen algunas de las dos últimas opciones (de acuerdo o totalmente de acuerdo) en porcentajes alto (entre un 60% y 70%) aunque existen titulaciones como el Máster de Educación Intercultural que sobrepasa con creces esta cifra (92,9%). Ver tabla 307 y 308.

En la tabla 309 y 310 se puede apreciar cómo los datos obtenidos cuando relacionamos con la variable edad son significativos, así mientras el 57,4%

de las personas con 21 años o menos lo revelarían al profesorado (suma de las dos últimas opciones), el resto de los intervalos de edad -es decir, lo mayores de 21 años- oscilan entre el 65% y el 69%.

Tabla 307. Contingencia entre la Titulación y Contar profesorado.

			Si tuviese un hijo/a con VIH/SIDA se lo diría a los/las profesores/as.					Total	
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo		Totalmente de acuerdo
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	6 3,6%	17 10,1%	10 5,9%	32 18,9%	42 24,9%	62 36,7%	169 100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	0 .0%	0 .0%	1 33,3%	0 .0%	1 33,3%	1 33,3%	3 100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	7 6,7%	5 4,8%	12 11,5%	17 16,3%	18 17,3%	45 43,3%	104 100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento % dentro de Titulación	5 5,5%	8 8,8%	5 5,5%	20 22,0%	16 17,6%	37 40,7%	91 100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento % dentro de Titulación	0 .0%	0 .0%	0 .0%	2 20,0%	1 10,0%	7 70,0%	10 100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento % dentro de Titulación	0 .0%	1 3,7%	5 18,5%	4 14,8%	3 11,1%	14 51,9%	27 100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento % dentro de Titulación	2 7,7%	1 3,8%	3 11,5%	0 .0%	8 30,8%	12 46,2%	26 100,0%
	Psicopedagogía	Recuento % dentro de Titulación	2 1,6%	11 8,5%	6 4,7%	25 19,4%	31 24,0%	54 41,9%	129 100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento % dentro de Titulación	0 .0%	1 7,1%	0 .0%	0 .0%	4 28,6%	9 64,3%	14 100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento % dentro de Titulación	0 .0%	1 11,1%	0 .0%	1 11,1%	1 11,1%	6 66,7%	9 100,0%
	No contesta	Recuento % dentro de Titulación	0 .0%	0 .0%	0 .0%	1 50,0%	0 .0%	1 50,0%	2 100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento % dentro de Titulación	0 .0%	1 3,4%	2 6,9%	5 17,2%	4 13,8%	17 58,6%	29 100,0%
	Total	Recuento % dentro de Titulación	22 3,6%	46 7,5%	44 7,2%	107 17,5%	129 21,0%	265 43,2%	613 100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 308. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y Contar profesorado.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	58,259 ^a	55	,356
Razón de verosimilitudes	68,956	55	,098
Asociación lineal por lineal	7,673	1	,006
N de casos válidos	613		

a. 43 casillas (59,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,07.

Fuente: Elaboración propia.

711

Tabla 309. Contingencia entre la Edad y Contar profesorado.

		Si tuviese un hijo/a con VIH/SIDA se lo diría a los/las profesores/as.						Total	
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo		
Edad_test	21 años o menos	Recuento	4	17	15	36	39	58	169
	% dentro de Edad_test		2,4%	10,1%	8,9%	21,3%	23,1%	34,3%	
	Entre 21 hasta 23	Recuento	8	7	9	29	37	73	163
	% dentro de Edad_test		4,9%	4,3%	5,5%	17,8%	22,7%	44,8%	
	Entre 23 hasta 25	Recuento	2	6	13	21	34	62	138
	% dentro de Edad_test		1,4%	4,3%	9,4%	15,2%	24,6%	44,9%	
	Mayor de 25 años	Recuento	5	10	6	20	17	61	119
	% dentro de Edad_test		4,2%	8,4%	5,0%	16,8%	14,3%	51,3%	
Total	Recuento		19	40	43	106	127	254	589
	% dentro de Edad_test		3,2%	6,8%	7,3%	18,0%	21,6%	43,1%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 310. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Contar profesorado.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,896 ^a	15	,086
Razón de verosimilitudes	23,611	15	,072
Asociación lineal por lineal	3,391	1	,066
N de casos válidos	589		

a. 2 casillas (8,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,84.

Fuente: Elaboración propia.

Entender a la pareja.

En la pregunta número 49 del cuestionario hemos realizado la siguiente pregunta: Entendería que mi pareja (si la tuviese), NO me dijera que tiene el VIH/SIDA nada más comenzar la relación conmigo.

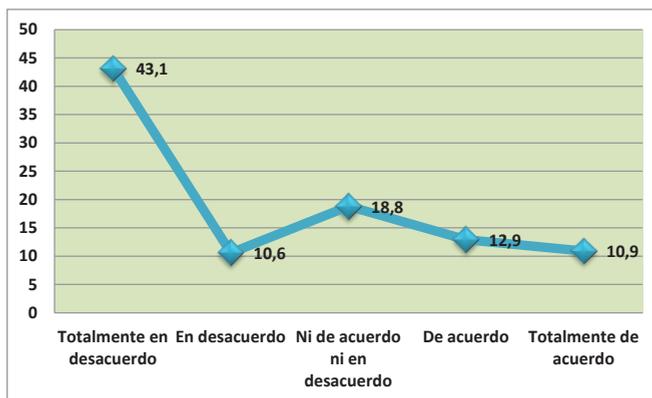
El 53,7% de los encuestados no entenderían que no se lo dijese (suma de las dos opciones que están en desacuerdo), mientras que el 23,8% entenderían que la persona seropositiva no se lo confiase nada más empezar la relación (tabla 311 y gráfico 78), un 18,8% no está ni de acuerdo ni en desacuerdo entendiéndose este hecho como que tiene dudas en el caso que se produjera.

Tabla 311. Entender pareja.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	23	3,8	3,8	3,8
	Totalmente en desacuerdo	264	43,1	43,1	46,8
	En desacuerdo	65	10,6	10,6	57,4
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	115	18,8	18,8	76,2
	De acuerdo	79	12,9	12,9	89,1
	Totalmente de acuerdo	67	10,9	10,9	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 79. Entender pareja.



Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de discusión cuando los intervinientes hablaron sobre este hecho, se puede apreciar también la diversidad de respuestas que se reflejan en los datos obtenidos en el cuestionario, algunos tienen la idea clara de que sí lo dirían, otros taxativamente no lo harían mientras que otros participantes nos mostraron sus dudas. Algunas de las verbalizaciones son las siguientes:

«Te has encontrado a una persona una noche y quieres mantener una relación sexual ¿Pensáis que se lo deberíais de decir? » Moderador

«Debería». Sujeto 6.

«Si vais a utilizar protección, te callas porque supuestamente no afecta» .Sujeto 7.

«Si se puede transmitir ¿eh? » .Sujeto 4.

«Hombre, depende de lo que vayas a hacer con la boca que también puede...» .Sujeto 2.

«Pero a ver, si es portador o algo que no se meta donde no se tiene que meter (Todos rien) Te has referido a que yo lo tengo ¿vale? Y ahora yo me encuentro con ella...» .Sujeto 7.

«Y ¿si practicas sexo oral que te lo ha puesto ella de ejemplo? ». Moderador

«Pues entonces se lo tendré que decir». Sujeto 7.

«No lo sé». Sujeto 5.

«Yo lo diría». Sujeto 6.

«Yo no lo diría porque entonces nunca mojaría». Sujeto 7.

«Ella te dice a ti mira, cuando ya habéis bebido y todo, te tengo que decir una cosa que soy portadora o tengo la enfermedad ¿y tú qué haces?, ¿sinceramente tú qué haces? ».Sujeto 7.

«Te piras». Sujeto 4.

«Yo claro que me voy». Sujeto 7.

«Mientras que se tomen las precauciones adecuadas». Sujeto 5.

«Yo pienso que si es una noche loca o típica noche de discoteca, esa persona tiene un 50% de posibilidades de que se vaya o de que no cuando conoce eso y si te pasa dos veces, si te pasa 3 y si te pasa 15, tú ya no lo dirás porque ya estás cansado de esa situación. Yo imagínate que conozco a él (Sujeto 7) y quiero liarme con él y él me dice a mí que tiene la enfermedad, ahora que pasa, ¿me tengo que liar con él porque me da pena? » .Sujeto 4.

«Yo creo que una persona que es portadora ya se plantea otro tipo de cosas, no se plantea conocer a una persona una noche y acostarse, se plantea el hecho de conocer a una persona que la acepte como es y que así puedan mantener relaciones sexuales». Sujeto 6.

En las tablas 312 y 313 se puede examinar como existe una diferencia significativa con respecto al sexo de los sujetos, de esta forma el 55,7% de las mujeres está totalmente en desacuerdo o en desacuerdo en que su pareja no le dijese que es VIH+ nada más empezar la relación, mientras que cuando miramos los resultados obtenidos en el grupo de hombres, el porcentaje es inferior en la suma de esta dos mismas opciones (46,8%). Por lo tanto el número de hombres que entiende que no se lo dijese, es superior al de mujeres (27% y 22,8% respectivamente).

Este hecho se puede relacionar con los datos obtenidos en el ítem 47, en el que se preguntaba a los sujetos que si fuesen VIH+, se lo confiarían a su pareja o no. En este apartado obtuvimos diferencias con respecto al sexo de los sujetos, así el número de hombres que sí lo haría era 7 puntos inferior al de las mujeres (70,3% 77,8% y respectivamente), por lo que era esperable que si existe mayor número de hombres que no lo dijese a sus parejas ser VIH+, era coherente que también existiera mayor número de hombres que entendiesen que no se lo dijese a ellos.

Con respecto a la edad de los sujetos y como podemos analizar en las tablas 314 y 315, la diferencias no son muy significativas. Alrededor del 50% de los sujetos están totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con el hecho de que su pareja no les dijese ser VIH+ nada más comenzar la relación, siendo la suma de los porcentos de estas dos opciones levemente mayor en las personas que tienen más de 25 años (56%).

Tabla 312. Contingencia entre el Sexo y Entender pareja.

		Entendería que mi pareja (si la tuviese), NO me dijera que tiene el VIH/SIDA nada más comenzar la relación conmigo.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	1	0	0	1	2	6
	% dentro de Sexo	33,3%	16,7%	,0%	,0%	16,7%	33,3%	100,0%
Mujer	Recuento	17	224	52	90	61	52	496
	% dentro de Sexo	3,4%	45,2%	10,5%	18,1%	12,3%	10,5%	100,0%
Hombre	Recuento	4	39	13	25	17	13	111
	% dentro de Sexo	3,6%	35,1%	11,7%	22,5%	15,3%	11,7%	100,0%
Total	Recuento	23	264	65	115	79	67	613
	% dentro de Sexo	3,8%	43,1%	10,6%	18,8%	12,9%	10,9%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 313. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Entender pareja.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	23,687 ^a	10	,008
Razón de verosimilitudes	15,977	10	,100
Asociación lineal por lineal	1,820	1	,177
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 314. Contingencia entre la Edad y Entender pareja.

			Entendería que mi pareja (si la tuviese), NO me dijera que tiene el VIH/SIDA nada más comenzar la relación conmigo.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	4	69	20	32	22	22	169
		% dentro de Edad_test	2,4%	40,8%	11,8%	18,9%	13,0%	13,0%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	7	76	13	35	16	16	163
		% dentro de Edad_test	4,3%	46,6%	8,0%	21,5%	9,8%	9,8%	100,0%
Edad_test	Entre 23 hasta 25	Recuento	4	50	20	28	23	13	138
		% dentro de Edad_test	2,9%	36,2%	14,5%	20,3%	16,7%	9,4%	100,0%
Edad_test	Mayor de 25 años	Recuento	5	58	10	18	16	12	119
		% dentro de Edad_test	4,2%	48,7%	8,4%	15,1%	13,4%	10,1%	100,0%
Total		Recuento	20	253	63	113	77	63	589
		% dentro de Edad_test	3,4%	43,0%	10,7%	19,2%	13,1%	10,7%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 315. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Entender pareja.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	13,568 ^a	15	,558
Razón de verosimilitudes	13,621	15	,554
Asociación lineal por lineal	,635	1	,425
N de casos válidos	589		

a. 2 casillas (8,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 4,04.

Fuente: Elaboración propia.

Derecho a saber.

En la pregunta número 50 se planteó a los encuestados si piensan que tienen derecho a saber si hay niños o adolescentes con un VIH/SIDA compartiendo la clase con sus hijos. El 3,8% de los encuestados no han

querido responder a esta pregunta mientras que el 27,2% han elegido la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo», lo que se intuye que no saben qué responder a dicha cuestión, que necesitarían más tiempo o más información al respecto.

El 42,4% de los/as alumnos/as a los que le hemos preguntado opinan que si fueran padres, tendría el derecho a saber si hay niños/as o adolescentes infectados en la clase de su hijo/hija. Sólo el 26,6% está en desacuerdo o totalmente en desacuerdo con este hecho. Ver tabla 316 y gráfico 79.

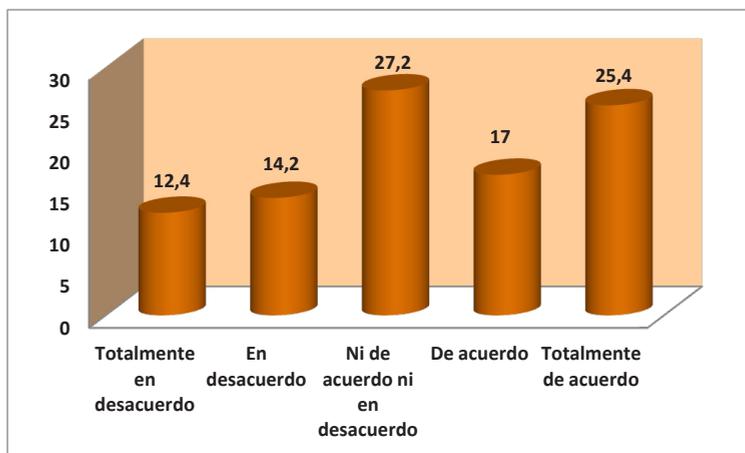
Estos resultados nos sugieren la siguiente pregunta: ¿Si las probabilidades de transmitir la infección compartiendo aula con algún compañero de clase son nulas, para qué se necesita dicha información? Lo único que conllevaría es a fomentar actitudes discriminatorias que afectarían a la normal integración de los menores por parte de otros estudiantes o padres no debidamente informados.

Tabla 316. Derecho a saber.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	23	3,8	3,8	3,8
	Totalmente en desacuerdo	76	12,4	12,4	16,2
	En desacuerdo	87	14,2	14,2	30,3
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	167	27,2	27,2	57,6
	De acuerdo	104	17,0	17,0	74,6
	Totalmente de acuerdo	156	25,4	25,4	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 80. Derecho a saber.



Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de discusión también se debate al respecto y como se puede observar, existe diversidad de opiniones sobre este hecho:

«Yo la verdad es que pienso que si yo fuera el padre de una criatura y hay un compañero que tiene VIH a mí sí que me gustaría saberlo». Sujeto 8.

«¿Y si fuera tu hijo?» Sujeto 2

«También» Sujeto 8.

«¿Te gustaría que los demás padres lo supieran?» Sujeto 2.

«Yo sí, porque los demás padres estarán informados de lo que ahí ocurre. O sea, yo no me asustaría, yo confío en que bueno, está la monitora, las profesoras o lo que sea, que están cuidando pero por lo menos tener información de que mi niño está con un compañero que puede ser, que porta el virus o viceversa, o al revés». Sujeto 8.

«Pues si le sienta mal a un padre que se le diga que su hijo es el que está contagiando piojos a los demás niños imagínate...» Sujeto 2.

«¿Y si tu hijo lo coge, coge la enfermedad y tú cómo padre no has sido consciente de eso?» Sujeto 8.

«Para eso están los profesionales que están en ese centro educativo». Sujeto 5.

«Pero eso no, porque que sean profesionales no significa que se puedan descuidar un momento y pueda pasar». Sujeto 8

«Pero tú como padre no vas a estar en ese aula todos los días quiénes están ahí son los profesores». Sujeto 5.

«Pero por lo menos tengo el conocimiento» Sujeto 8.

«Pero, ¿tú cómo lo sabes si no vas a estar ahí? ». Sujeto 9.

«Pero tú lo llevarías también sabiendo que tu hijo está con un niño». Sujeto 5.

«Pero por lo menos lo sé, y decido que el niño siga en la guardería. Pero si no lo sé y ocurre la que yo lío es gorda». Sujeto 8.

«Pero es muy difícil porque si lo tuvieran los demás, claro que lo querríamos saber pero no si fuesen nuestros hijos. Esa persona se merece un poco de intimidación. Hay algunos niños en el colegio que tienen piojos...pues yo que se te lo han pegado pues te los quitas y punto». Sujeto 9

«Que más que nada hombre también dependiendo de la edad que pueda tener ese niño pero yo pienso que es muy importante e imprescindible la concienciación de ese niño. El trabajo de los educadores que tienen que hablar directamente con él para decirle mira tienes, o explicárselo». Sujeto 3.

Si tenemos en cuenta que no es probable que existan un contagio entre niños/as en una aula, ¿qué significado tiene que sean conocedores los otros padres y madres con las consecuencias que ello podría acarrear? Otro interrogante que lanzaríamos es con respecto a la «concienciación» del niño/a VIH+, ¿cuáles son los aspectos en los que concienciar a un niño seropositivo si no existe riesgos de contagio en clase? Mayor información evitaría las respuestas dadas.

Utilizaremos un fragmento del estudio cualitativo *A pelo gritao* (2005), que nos puede servir de claro modelo del por qué una madre o un padre evitan decir el estado serológico de sus hijos/as en la escuela:

«No, no recuerdo más porque, además, allí juré que... lo juré y lo juré... en esa época era la época de esa niña de 7 años, la echaron de un montón de colegios... y yo me dije: esto no me va a pasar a mí. Y no lo he dicho en ningún sitio, en ningún sitio, ni en el pediatra» (Camelia, No Asociación)(p.73).

720

Tal como se puede observa en la tabla 318, los datos extraídos cuando se relacionan los resultados en este ítem y el sexo de los sujetos, sí es significativo y aunque el porcentaje de mujeres y hombres que están totalmente de acuerdo o de acuerdo con esta pregunta sean parecidos (41,9% y 44,1% respectivamente), en el resto de opciones si se advierte una diferencia mayor (tabla 317).

Así por ejemplo, el número de mujeres que ha seleccionado la opción ni de acuerdo, ni en desacuerdo, es mayor que el de los hombres que han elegido esta misma respuesta (29% y 19,8% de hombres) y el número de hombres que expresa estar totalmente desacuerdo o en desacuerdo con el hecho de tener derecho a saber si hay niños/as o adolescentes con VIH/SIDA que comparten clase con su hijo/a, es mayor que el de mujeres (32,4% de hombres y 25,6% de mujeres).

Tabla 317. Contingencia entre el Sexo y el Derecho a saber.

		Derecho_a_saber.						Total
		0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento	2	0	0	1	1	2	6
	% dentro de Sexo	33,3%	,0%	,0%	16,7%	16,7%	33,3%	100,0%
Mujer	Recuento	17	59	68	144	81	127	496
	% dentro de Sexo	3,4%	11,9%	13,7%	29,0%	16,3%	25,6%	100,0%
Hombre	Recuento	4	17	19	22	22	27	111
	% dentro de Sexo	3,6%	15,3%	17,1%	19,8%	19,8%	24,3%	100,0%
Total	Recuento	23	76	87	167	104	156	613
	% dentro de Sexo	3,8%	12,4%	14,2%	27,2%	17,0%	25,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 318. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y el Derecho a saber.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	21,280 ^a	10	,019
Razón de verosimilitudes	14,207	10	,164
Asociación lineal por lineal	,200	1	,655
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (38,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,23.

Fuente: Elaboración propia.

Mientras que en algunas titulaciones como en el Máster de Educación Intercultural, el Máster de Educación Secundaria, el Grado y la Diplomatura de Educación Social y la Diplomatura de Educación Especial tienen un número mayor del 30% de encuestados que expresan estar totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con tener derecho a saber si hay niños/as o

adolescentes con VIH/SIDA que comparten clase con su hijo/a, el resto de titulaciones tienen porcentajes inferiores, siendo las Diplomaturas de Educación Primaria, Infantil y Física, las que han obtenido resultados más bajos en estas dos opciones, oscilando entre el 10% y el 18%.

722

Conocimientos, representaciones y actitudes de estudiantes de titulaciones educativas sobre el VIH/SIDA

Tabla 319. Contingencia entre la Titulación y el Derecho a saber.

			Pienso que tengo derecho a saber si hay niños/as o adolescentes con VIH/SIDA que comparten clase con mi hijo/a.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	5	24	36	44	23	37	169
		% dentro de Titulación	3,0%	14,2%	21,3%	26,0%	13,6%	21,9%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	0	0	1	0	1	1	3
		% dentro de Titulación	,0%	,0%	33,3%	,0%	33,3%	33,3%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	7	13	9	35	16	24	104
		% dentro de Titulación	6,7%	12,5%	8,7%	33,7%	15,4%	23,1%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	5	6	10	24	19	27	91
		% dentro de Titulación	5,5%	6,6%	11,0%	26,4%	20,9%	29,7%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	0	1	1	3	2	3	10
		% dentro de Titulación	,0%	10,0%	10,0%	30,0%	20,0%	30,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	1	2	3	4	4	13	27
		% dentro de Titulación	3,7%	7,4%	11,1%	14,8%	14,8%	48,1%	100,0%
Diplomatura en Educación Especial	Recuento	3	5	3	5	4	6	26	
	% dentro de Titulación	11,5%	19,2%	11,5%	19,2%	15,4%	23,1%	100,0%	
Psicopedagogía	Recuento	2	13	18	37	27	32	129	
	% dentro de Titulación	1,6%	10,1%	14,0%	28,7%	20,9%	24,8%	100,0%	
Máster en Educación Intercultural	Recuento	0	4	1	3	3	3	14	
	% dentro de Titulación	,0%	28,6%	7,1%	21,4%	21,4%	21,4%	100,0%	
Máster en Secundaria	Recuento	0	2	2	2	2	1	9	
	% dentro de Titulación	,0%	22,2%	22,2%	22,2%	22,2%	11,1%	100,0%	
No contesta	Recuento	0	0	0	1	0	1	2	
	% dentro de Titulación	,0%	,0%	,0%	50,0%	,0%	50,0%	100,0%	
Diplomatura en Educación Social	Recuento	0	6	3	9	3	8	29	
	% dentro de Titulación	,0%	20,7%	10,3%	31,0%	10,3%	27,6%	100,0%	
Total	Recuento	23	76	87	167	104	156	613	
	% dentro de Titulación	3,8%	12,4%	14,2%	27,2%	17,0%	25,4%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 320. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y el Derecho a saber.

	Valor	Gf	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	54,053 ^a	55	,511
Razón de verosimilitudes	54,945	55	,477
Asociación lineal por lineal	1,308	1	,253
N de casos válidos	613		

a. 45 casillas (62,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,08.

Fuente: Elaboración propia.

723

Docente.

Cuando le hemos preguntado a los alumnos que si en el caso de que ejercieran como docentes pensarían que los/las padres/madres de los menores de sus clases deberían saber si hay menores con VIH/SIDA, nos hemos encontrado con los siguientes datos: El 2,9% no ha querido contestar y el grupo más numeroso, como ya pasara en la cuestión anterior, es el de aquellos que han escogido la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo» (28,9%). El 41,4% están totalmente de acuerdo o de acuerdo en la cuestión que hemos abordado como se refleja en la tabla 321 y el gráfico 80.

Los datos obtenidos en esta pregunta número 51 en el que le hemos propuesto a los encuestados que imaginen que son docentes y que tienen en su clase personas con VIH y la cuestión anterior en el que proponíamos que imaginasen ser padres o madres y que sus hijos/as compartiesen clase con una persona VIH+ , son prácticamente similares.

Cuando se pregunta en el grupo de discusión si como docentes, pensarían que los padres y madres de los estudiantes deberían de estar informados, se realizó algunas de las siguientes afirmaciones:

«Hay mucho estigma». Sujeto 2.

«Si no lo trasmite, yo creo que eso es crear alarma social hacia los niños o sea...»
Sujeto 5.

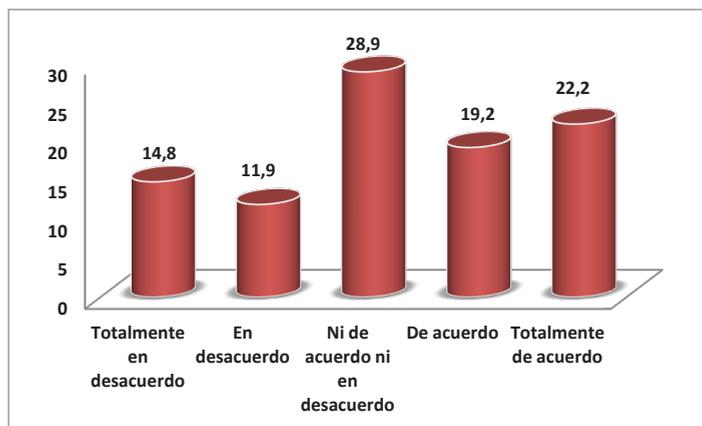
Queremos volver a incidir en que si las probabilidades de transmitir la infección compartiendo aula con algún compañero de clase son nulas, no es necesario dar esa información -además de que violaríamos la confidencialidad de los datos del alumno/a en cuestión-, pudiendo provocar actitudes discriminatorias por parte de otros estudiantes o padres/madres no debidamente informados que afectarían a la normal integración de estos estudiantes VIH+.

Tabla 321. Docente.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Perdidos	18	2,9	2,9	2,9
	Totalmente en desacuerdo	91	14,8	14,8	17,8
	En desacuerdo	73	11,9	11,9	29,7
	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	177	28,9	28,9	58,6
	De acuerdo	118	19,2	19,2	77,8
	Totalmente de acuerdo	136	22,2	22,2	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfico 81. Docente.



Fuente: *Elaboración propia.*

En relación a la edad de los sujetos, si se produce una relación significativa cuando se pregunta que si ejercieran como docentes, pensarían que los/las padres/madres de los menores de su clase deberían saber si hay menores

con VIH/SIDA. Los menores de 21 años son los que tiene un porcentaje más bajo en las dos primeras opciones (totalmente desacuerdo o en desacuerdo), específicamente el 21,9%, mientras que los mayores de 25 años tienen un porcentaje mayor en estas opciones, siendo la suma de ambas un 31,1%. Si existía un número más elevado de mayores de 25 años que tienen una idea más ajustada a la realidad sobre la enfermedad y el contagio, es esperable que se obtenga también, mayor número de personas con 25 años o más que entiendan que al no existir probabilidad de contagio en un aula, no estén de acuerdo en decirle a los otros padres/madres este hecho que lo único que podría propiciar son actitudes discriminatorias.

Tabla 322. Contingencia entre la Edad y Docente.

			Si ejerciera como docente, pienso que los/las padres/madres de los menores de mi clase deben saber si hay menores con VIH/SIDA.						Total
			0	Totalmente en desacuerdo	En desacuerdo	Ni de acuerdo ni en desacuerdo	De acuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	3	17	20	51	41	37	169
		% dentro de Edad_test	1,8%	10,1%	11,8%	30,2%	24,3%	21,9%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	5	25	23	47	24	39	163
		% dentro de Edad_test	3,1%	15,3%	14,1%	28,8%	14,7%	23,9%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	3	15	20	43	34	23	138
		% dentro de Edad_test	2,2%	10,9%	14,5%	31,2%	24,6%	16,7%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	4	28	9	28	18	32	119
		% dentro de Edad_test	3,4%	23,5%	7,6%	23,5%	15,1%	26,9%	100,0%
Total		Recuento	15	85	72	169	117	131	589
		% dentro de Edad_test	2,5%	14,4%	12,2%	28,7%	19,9%	22,2%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Evitaría mantener una relación sentimental.

En la pregunta número 52 se le ha propuesto a los sujetos que imaginasen si tuviesen VIH, si les afectaría a determinadas actividades de la vida cotidiana como puede ser salir de casa, viajar o tener una relación, para de esta forma comprender aquello que se habló en el Capítulo 2 sobre el hecho de que muchas personas VIH+ tienden a aislarse y a auto discriminarse antes de que este hecho ocurra.

Un ejemplo de ello, se recoge en el Informe FIPSE (2005) sobre discriminación en el entorno laboral, en el que algunas personas VIH+ expresaban no intentar trabajar entre otras actividades, por miedo a que se les notase, se diesen cuenta o se enterasen, sus compañeros de trabajo.

La primera cuestión que se ha preguntado en este ítem es si se evitaría mantener una relación sentimental si se fuese VIH+ y el 28,06% está totalmente de acuerdo en este hecho (tabla 323 y gráfico 81). Estas personas que han elegido esta opción, son una demostración del estigma sentido, que como ya se habló, es el que perciben en anticipación a tener que comunicar su estatus VIH+ en sus círculos sociales y por ello, si lo tuviesen evitarían encontrarse ante una situación de rechazo.

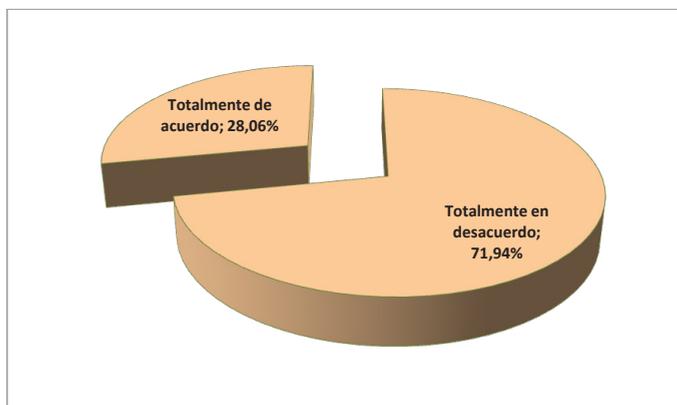
En la tabla 324 y 325, se puede estudiar cómo no existen diferencias en los resultados obtenidos en relación al sexo de los sujetos.

Tabla 323. Evitaría mantener una relación sentimental.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	441	71,94	71,94	71,94
	Totalmente de acuerdo	172	28,06	28,06	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 82. Evitaría mantener una relación sentimental.



Fuente: Elaboración propia.

En el siguiente dibujo elaborado por una alumna de 21 años, se refleja muchos aspectos importantes como el económico que debido a la falta de recursos afecta a muchos países así como la falta de curación, según la alumna, debido también a intereses financieros. La falta de formación que conlleva a la marginación de las personas que padecen ese estigma y expresa algunas formas de transmisión como el no uso de preservativos y compartir jeringuillas, sin embargo, expresa que el hecho de ser VIH+ no significa que las personas no puedan tener ni relaciones personales ni emocionales o que por lo menos, no debería ser así.

Ilustración 119. Dib. 37-M31.



Tabla 324. Contingencia entre el Sexo y Evitaría mantener una relación sentimental.

			Evitaría mantener una relación sentimental.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo	0	Recuento	4	2	6
		% dentro de Sexo	66,7%	33,3%	100,0%
Mujer		Recuento	358	138	496
		% dentro de Sexo	72,0%	28%	100,0%
Hombre		Recuento	79	32	111
		% dentro de Sexo	71,2%	28,8%	100,0%
Total		Recuento	441	172	613
		% dentro de Sexo	71,8%	28,2%	100,0%

Fuente: *Elaboración propia.*

Tabla 325. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Evitaría mantener una relación sentimental.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,359 ^a	4	,986
Razón de verosimilitudes	,544	4	,969
Asociación lineal por lineal	,008	1	,927
N de casos válidos	613		

a. 5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,01.

Fuente: *Elaboración propia.*

Como era esperable, debido al transcurso de los resultados obtenidos en muchas de las cuestiones anteriores, las titulaciones que mayor en desacuerdo están con el hecho de si se fuese VIH+ se evitaría mantener una relación sentimental, son el alumnado del Máster de Educación Intercultural, Máster de Educación Secundaria, así como la Diplomatura de Educación Social, teniendo porcentajes superiores al 85%.

Tabla 326. Contingencia entre la Titulación y Evitaría mantener una relación sentimental.

			Evitaría mantener una relación sentimental.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	116	53	169
		% dentro de Titulación	68,6%	31,4%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	2	1	3
		% dentro de Titulación	66,7%	33,3%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	75	29	104
		% dentro de Titulación	72,1%	27,9%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	58	33	91
		% dentro de Titulación	62,7%	36,3%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	8	2	10
		% dentro de Titulación	80,0%	20,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	21	6	27
		% dentro de Titulación	77,8%	22,2%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	19	7	26
		% dentro de Titulación	73,1%	26,9%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	95	34	129
		% dentro de Titulación	73,6%	26,4%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	12	2	14
		% dentro de Titulación	85,7%	14,3%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	8	1	9
		% dentro de Titulación	88,9%	11,1%	100,0%
	No contesta	Recuento	2	0	2
		% dentro de Titulación	100,0%	,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	25	4	29
		% dentro de Titulación	86,2%	13,8%	100,0%
Total		Recuento	441	172	613
		% dentro de Titulación	71,9%	28,1%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Los mayores de 25 años son los que menor porcentaje tienen en la opción totalmente de acuerdo con el hecho de que evitarían mantener una relación sentimental si fuesen VIH+ (24,4%) mientras que los menores de 23 años eligen esta opción en un 30% aproximadamente (tabla 327).

Se vuelve a manifestar como a mayor edad de los sujetos, existe un porcentaje mayor de personas con menos ideas prejuiciosas y por lo tanto,

Tabla 327. Contingencia Edad_test y Evitaría mantener una relación sentimental.

			Evitaría mantener una relación sentimental.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	119	50	169
		% dentro de Edad_test	70,4%	29,6%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	113	50	163
		% dentro de Edad_test	68,9%	30,1%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	102	36	138
		% dentro de Edad_test	73,9%	26,1%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	90	29	119
		% dentro de Edad_test	75,6%	24,4%	100,0%
Total	Recuento	424	165	589	
	% dentro de Edad_test	71,9%	28,1%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Evitaría mantener una relación sexual.

En esta cuestión hemos querido saber la actitud que tendrían si se les dijese a los sujetos encuestados que tienen VIH, si evitarían mantener relaciones sexuales.

Las recomendaciones sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por el VIH elaborado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, GESIDA y otras instituciones (2008) aclaran que las alteraciones en jóvenes VIH+ en la esfera de la sexualidad pueden estar producidas, entre otros motivos, por el impacto emocional del diagnóstico, que puede hacer que se sientan confusas en cuanto al modo en que van a afrontar la sexualidad y cómo van a relacionarse íntimamente con otras personas, el miedo al rechazo y al abandono, el sentimiento de culpa o el temor a transmitir el virus o reinfectarse, los efectos secundarios de los tratamientos, los inconvenientes de la prevención, la angustia frente a la revelación del seroestatus a la pareja afectiva-sexual, etc., pudiendo llevar todo ello a la abstinencia sexual.

Casi la mitad de los encuestados evitaría mantener una relación sexual si estuviesen infectados (47,3%). Si comparamos estos datos con los obtenidos en la cuestión 46, en la cual se preguntaba si se mantendría relaciones sexuales con protección con una persona con VIH/SIDA si se estuviera enamorado/a, el 25,1% expresan que estarían totalmente en desacuerdo o en desacuerdo con este hecho.

Por lo tanto, mientras el 25,1% (aunque el 26,1% eligieron la opción «Ni de acuerdo ni en desacuerdo», es decir tenían dudas al respecto), cuando se plantea en el caso contrario (que estuviese infectado/a el encuestado/a), el porcentaje es mayor y hay menos dudas al respecto, y todo ello se puede deber a las conductas de aislamiento y al autorechazo que hemos descrito en líneas anteriores. Ver tabla 328 y gráfico 82.

En el grupo de discusión surgieron las siguientes respuestas cuando preguntamos sobre si se fuese seropositivo, se evitaría mantener relaciones sexuales:

«Entonces yo me sentiría...sobre todo a la hora de mantener relaciones sexuales porque las relaciones sexuales aunque la gente diga que no, es una de las bases importantes de todo». Sujeto 7.

«¿Te limitarías tú mismo? » Moderador.

«Te limitarían muchas cosas, no porque tú quieras sino porque la sociedad está encasillada» Sujeto 7.

«El carácter te puede cambiar con el rechazo de la gente» Sujeto 5.

«Tanto tu propio rechazo como el de la gente entonces al principio te caes pero te tienes que ir levantando poco a poco. Que sí que puedes hacer tu vida y todo, pero al principio te cae una bola encima que te hunde bajo tierra». Sujeto 7.

«¿Evitaríamos entonces las relaciones sexuales? » Moderador.

«Yo sí porque me sentiría responsable, entonces esa responsabilidad, imagino que

tú también tendrás cierto grado de madurez pero yo si me sentiría responsable. Yo no sería capaz de estar con esa persona media hora o 45 minutos sin pensar que estoy marcando a esa persona por el resto de su vida». Sujeto 4.

«Yo tendría que volver a empezar a vivir, a saber vivir con eso. Tú tienes una vida y ahora tienes que aprender a vivir de otra manera» Sujeto 7.

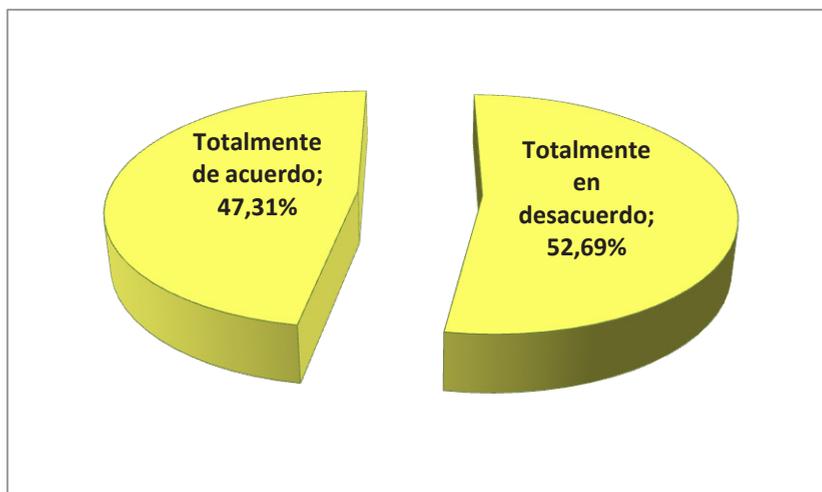
Observamos cómo algunos participantes del grupo, sí plantean cómo les cambiaría la vida si les dieran un diagnóstico de positividad, no afectándole solo en sus relaciones sociales, sino en otros aspectos de su vida diaria.

Tabla 328. Evitaría mantener una relación sexual.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	323	52,7	52,7	52,7
	Totalmente de acuerdo	290	47,3	47,3	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 83. Evitaría mantener una relación sexual.



Fuente: Elaboración propia.

Si volvemos a los datos obtenidos en el cuestionario, el alumnado que en menor grado ha expresado que evitarían mantener relaciones sexuales si

tuviesen VIH/SIDA, es el que cursa la Diplomatura de Educación Social y el Máster de Educación Intercultural y de Educación Secundaria. Se vuelve a producir la relación de que aquellas titulaciones que han demostrado en el tipo test mejores calificaciones, menos actitudes discriminatorias tienen, en este caso autodiscriminatorias.

733

Tabla 329. Contingencia entre la Titulación y Evitaría mantener una relación sexual.

			Evitaría mantener una relación sexual.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	79	90	169
		% dentro de Titulación	46,7%	53,3%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	2	1	3
		% dentro de Titulación	66,7%	33,3%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	45	59	104
		% dentro de Titulación	43,3%	56,7%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	43	48	91
		% dentro de Titulación	47,3%	52,7%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	3	7	10
		% dentro de Titulación	30,0%	70,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	17	10	27
		% dentro de Titulación	63,0%	37,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	15	11	26
		% dentro de Titulación	57,7%	42,3%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	79	50	129
		% dentro de Titulación	61,2%	38,8%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	10	4	14
		% dentro de Titulación	71,4%	28,6%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	7	2	9
		% dentro de Titulación	77,8%	22,2%	100,0%
	No contesta	Recuento	1	1	2
		% dentro de Titulación	50,0%	50,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	22	7	29
		% dentro de Titulación	75,9%	24,1%	100,0%
Total		Recuento	323	290	613
		% dentro de Titulación	52,7%	47,3%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 330. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y Evitaría mantener una relación sexual.

	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	25,162 ^a	11	,009
Razón de verosimilitudes	25,865	11	,007
Asociación lineal por lineal	18,623	1	,000
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (29,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,95.

Fuente: *Elaboración propia.*

Saldría poco de mi casa.

El 92,7% de las personas a las que les hemos preguntado tienen claro que saldrían de casa si tuviesen VIH/SIDA, sin embargo muchas de las personas que son seropositivos verbalizan que durante un tiempo determinado se aislaron (tabla 331 y gráfico 83)

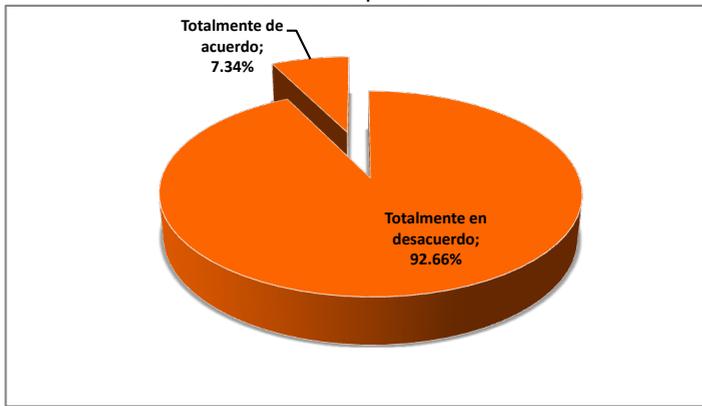
En las recomendaciones sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por el VIH elaborado por la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, GESIDA y otras instituciones (2008), que hemos mencionado con anterioridad, se habla sobre el autoaislamiento que muchas personas deciden cuando conocen su estado serológico y cómo en la primera etapa en la que aún no se ha aceptado esta situación, afecta a todas las esferas social del sujeto en cuestión.

Tabla 331. Saldría poco de mi casa.

	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos				
Totalmente en desacuerdo	568	92,7	92,7	92,7
Totalmente de acuerdo	45	7,3	7,3	100,0
Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

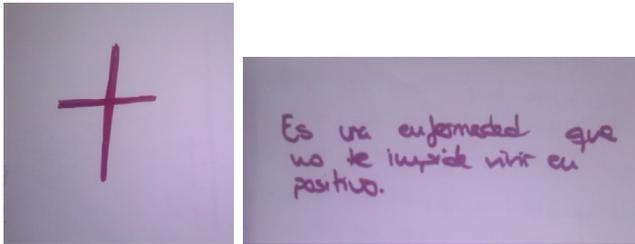
Gráfica 84. Saldría poco de mi casa.



Fuente: Elaboración propia.

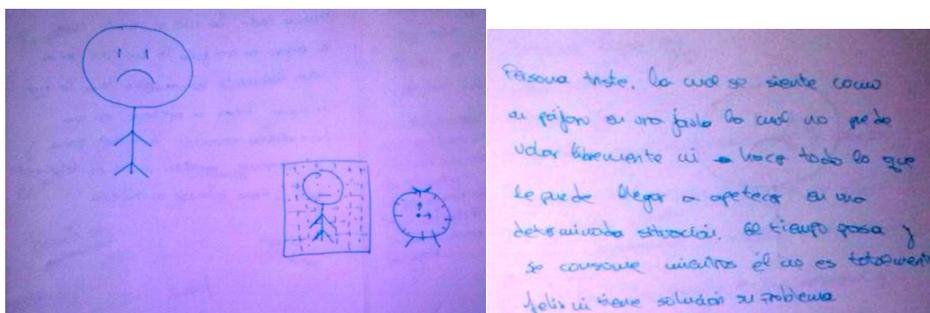
El dibujo siguiente pretende expresar, según su autora, que aunque se tenga el VIH se puede vivir «en positivo», entendiendo este hecho, como el poder hacer una vida normalizada gracias al tratamiento farmacológico.

Ilustración 120. Dib.35-M22.



Contraria a la idea expresada en el dibujo anterior, es la que tiene la alumna de 20 años que ha dibujado la ilustración 121, y en la que intenta expresar, como las personas con VIH deben sentirse tristes ya que se siente como «un pájaro encerrado en una jaula, la cual no pueden volar libremente ni hacer todo aquello que le pueda llegar a apetecer». Además, utiliza un reloj para simbolizar como «el tiempo pasa y se consume mientras él no es totalmente feliz ni tiene solución su problema». La desgracia, la tristeza, una vida truncada evocada a la muerte y a la soledad, sigue ancladas en la representación de muchas personas cuando se hace referencia al VIH.

Ilustración 121.Dib.52-M20.



736

Referente a las respuestas recogidas en el cuestionario, se puede también decir que, en todos los intervalos de edad, en las diferentes titulaciones o en el sexo de los sujetos, los porcentajes que están totalmente en desacuerdo con dejar de salir de casa son muy elevados, estando los resultados próximos al 90%.

Afectaría a las relaciones sociales.

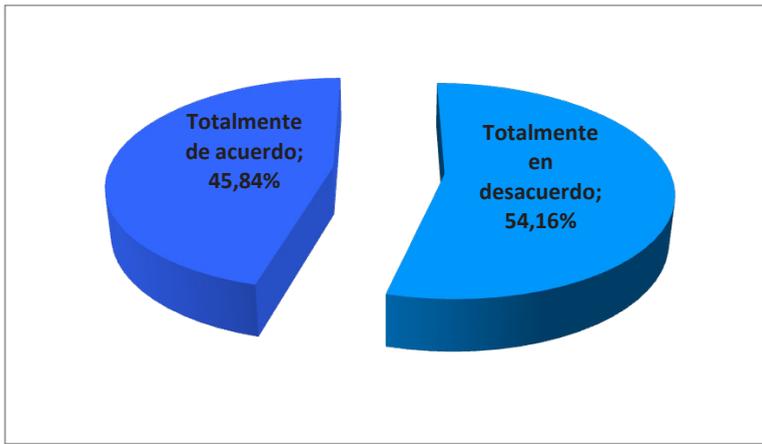
El 45,8% de los/las alumnos/as piensan que el estar infectados por el VIH les afectaría en su relaciones sociales. Dato muy parecido al que se obtuvo en la pregunta en la cual cuestionábamos si se evitaría mantener una relación sexual si se tuviese VIH (47,3%) como se puede comprobar en la tabla 332 y en el gráfico 84.

Frente al 7,3% de personas que han elegido en la cuestión anterior que no saldrían de casa si fuesen seropositivos, en este punto observamos que son muchos más los sujetos que expresan que sí les afectaría (45,8%). Por lo que se puede decir que aunque quizás el hecho de no salir de casa entiendan la mayoría de los sujetos que es una actitud extrema y desproporcionada, a casi la mitad de la muestra sí les afectaría en sus respectivas esferas sociales.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	332	54,2	54,2	54,2
	Totalmente de acuerdo	281	45,8	45,8	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 85. Afectar relaciones sociales.



Fuente: Elaboración propia.

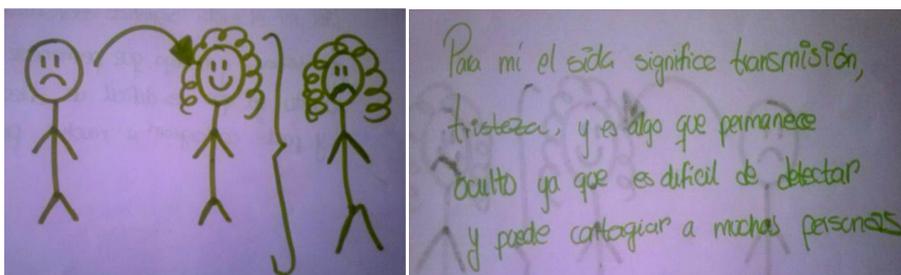
Estos resultados pueden llegar a interpretarse, cómo la representación negativa que se tiene de la enfermedad y comentada en muchas ocasiones de este trabajo de investigación, propicia que el sujeto solo de pensar en el hecho de que tuviese el VIH, empezara a tener actitudes de autoaislamiento y autorechazo. En el grupo de discusión también se observa algunas verbalizaciones de lo comentado:

«Si nos dijeran que somos VIH positivo ¿Qué sentimiento nos generaría?»
 »Moderador.

«Rechazo. Rechazo de la gente porque ya estamos concienciados de que la gente rechaza» Sujeto 7.

En la ilustración 122 se expone el dibujo elaborado por una alumna de 24 años. La autora hace una relación de cómo un hombre que está triste porque es VIH+ se lo transmite a una mujer que era feliz, terminando esta situación con la infelicidad de esta última. En su reflexión la alumna habla de que para ella, además de significar el SIDA transmisión y tristeza, es algo que «permanece oculto» porque es «difícil de detectar y puede contagiar a muchas personas». La imagen que tiene la alumna sobre el ser portador del VIH, puede afectar a la forma de relacionarse con los demás si realmente le diesen un diagnóstico positivo o puede influir en las relaciones con personas que se sepa o sospeche que puedan ser VIH+, al ser visto como personas que «van contagiando a muchas personas».

Ilustración 122. Dib. 31-M24.



Según los datos obtenidos en el cuestionario, podemos decir que a medida que avanza la edad de los encuestados, el porcentaje de personas que expresan que sí les afectarían en sus relaciones sociales es inferior. El número de personas que está totalmente de acuerdo con este hecho de los mayores de 25 años es 9 puntos inferior en su porcentaje, que el de menores de 21 años. Por lo que se puede concluir diciendo que a medida que los sujetos son mayores, menos porcentajes de ellos expresan tener actitudes de autoaislamiento si fuesen VIH+.

Tabla 333. Contingencia Edad_test y Afectar_relaciones_sociales.

			Afectar_relaciones_sociales.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	83	86	169
		% dentro de Edad_test	49,1%	50,9%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	87	76	163
		% dentro de Edad_test	53,4%	46,6%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	77	61	138
		% dentro de Edad_test	55,8%	44,2%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	70	49	119
		% dentro de Edad_test	58,8%	41,2%	100,0%
Total	Recuento	317	272	589	
	% dentro de Edad_test	53,8%	46,2%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 334. Pruebas de chi-cuadrado Edad_test y Afectar_relaciones_sociales.

	Valor	Gl	Sig. Asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,936 ^a	3	,402
Razón de verosimilitudes	2,939	3	,401
Asociación lineal por lineal	2,887	1	,089
N de casos válidos	589		

a. 0 casillas (,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 54,95.

Fuente: Elaboración propia.

Evitar compartir piso con otros estudiantes.

Un dato positivo es que el 89,4% de los sujetos –a los que les hemos dicho que se imaginen ser seropositivos-, expresan estar en desacuerdo con evitar compartir piso con otros estudiantes, es decir, no tendrían dificultad en hacerlo. Sin embargo, cuando formulamos en la pregunta número 40 el caso contrario -si los encuestados compartirían piso de estudiante con una persona que tuviese el VIH/SIDA- únicamente el 38,7% de la muestra estarían dispuestos.

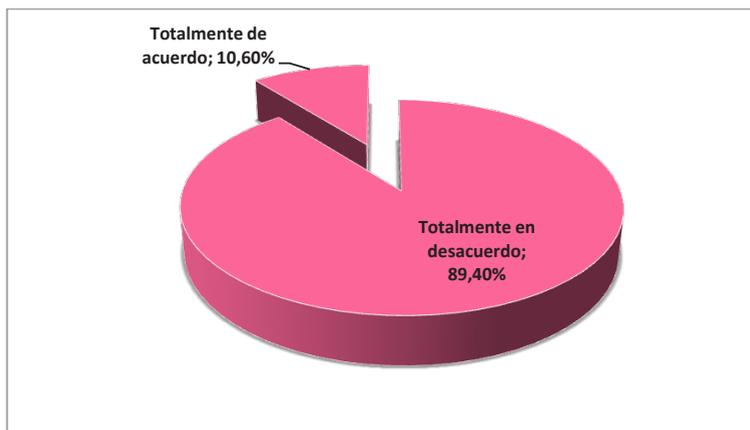
Por lo tanto, las personas que no se aislarían y compartirían piso imaginándose que son VIH+ son muchas más, que las personas que compartirían piso con una persona con VIH, en otras palabras, existe mayor porcentaje en nuestra muestra que discriminaría y rechazaría vivir con una persona seropositiva que personas que autorechazarían no convivir con nadie si fuesen seropositivas.

Tabla 335. Evitaría compartir piso con otros estudiantes.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	548	89,4	89,4	89,4
	Totalmente de acuerdo	65	10,6	10,6	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfico 86. Evitaría compartir piso con otros estudiantes.



Fuente: Elaboración propia.

En el instrumento grupo de discusión también se han recogido estas respuestas contrarias, desde los participantes que compartirían piso con otras personas si ellos/ellas fuesen VIH+, hasta los que no lo harían o tienen dudas al respecto:

«No, evitaría eso. Yo estaría inseguro de mí mismo, tan inseguro que me preocuparía por mí mismo. Si me preocupo por mí mismo, de sobra sé que voy a ser consciente porque puedo saber lo que tengo. Imagino que actuaría así, de hecho si me tuviese que comparar ahora mismo pues me daría igual ciertos aspectos, dejaría de hacer ciertas cosas e implicaría más miramientos». Sujeto 4.

«Yo por ejemplo si yo soy el que voy a vivir con otros compañeros conociéndome a lo mejor cojo y en vez de decir si utilizas la cocina, friegas, si vas al baño lo arreglas, la dejadez que tiene una persona que no lo tiene a la responsabilidad que tiene la persona que lo tiene. Pero no dejaría de vivir en ningún momento con personas porque somos personas, no tenemos que perderlo de vista». Sujeto 7.

«Seguramente me buscaría un piso para mí y ya está». Sujeto 7.

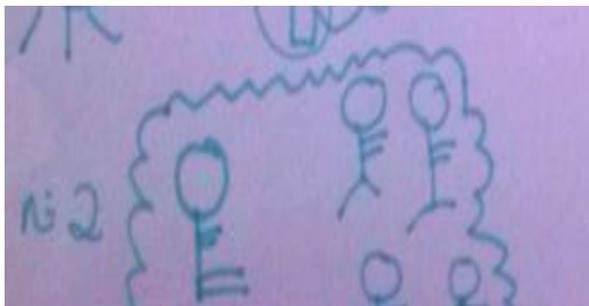
«Yo también haría eso pero si no tienes para pagar un piso, lo buscas compartido y te encuentras que has sido rechazado en dos casas y ahora llega una tercera ¿Cómo te lo tomarías?» Sujeto 6.

«Yo creo que requiere más intimidad para no decirlo, no como con una pareja. Tú puedes decirlo o no decirlo, siendo responsable no tienes por qué» Sujeto 7

«Yo creo que lo podemos enlazar con los niños de la guardería, a los padres de los niños les gustaría saber que lo tiene pero al padre del niño no le gustaría decirlo. Pues aquí en el piso lo mismo yo como compañero sí me gustaría saberlo. Pero yo como portador o de la persona que tiene la enfermedad quiero tener la intimidad y no contarle porque lo vuelvo a repetir si soy responsable de mis actos, no tiene por qué haber ningún problema». Sujeto 7.

En el dibujo elaborado por una mujer de 21 años en el Taller sobre VIH, cuando se le dice que representen el significado de VIH/SIDA, opta por dibujar -entre otras escenas-, un grupo de personas corriendo de una persona con VIH cuando se les revelan o conocen su estado serológico positivo. Es entendible que aunque se piense en no dejar de compartir piso si fuesen VIH+, tendrían muchas dudas en revelar esta situación, debido a la idea de que las otras personas no lo aceptarían.

Ilustración 123. Dib. 59-M21.



Con respecto a los resultados obtenidos en el cuestionario y relacionándolo con el sexo de los/las encuestados/as, existe una diferencia aunque no es llamativamente indicadora. El porcentaje de mujeres que evitaría compartir piso con otros estudiantes si ellas tuviesen VIH/SIDA (11,9%) es superior al de hombres que piensan esto mismo (5,4%). Por lo que se puede decir que existe un porcentaje mayor de mujeres que tendrían una actitud de aislamiento si fuesen VIH+.

Tabla 336. Contingencia entre el Sexo y Evitaría compartir piso con otros estudiantes.

			Evitaría compartir piso con otros estudiantes si yo tuviese VIH.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo	0	Recuento	6	0	6
		% dentro de Sexo	100,0%	,0%	100,0%
Mujer		Recuento	437	59	496
		% dentro de Sexo	88,1%	11,9%	100,0%
Hombre		Recuento	105	6	111
		% dentro de Sexo	94,6%	5,4%	100,0%
Total		Recuento	548	65	613
		% dentro de Sexo	89,4%	10,6%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 337. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y Evitaría compartir piso con otros estudiantes.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,749 ^a	2	,093
Razón de verosimilitudes	5,972	2	,050
Asociación lineal por lineal	2,803	1	,094
N de casos válidos	613		

a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,64.

Fuente: *Elaboración propia.*

El porcentaje más bajo con respecto a la edad en esta cuestión («Evitaría compartir piso con otros estudiantes si yo tuviese VIH/SIDA») es el de los mayores de 25 años (8,4%), y el más elevado corresponde a la franja de los menores de 21 años (14,8%).

En nuestra muestra, las personas de 21 años o menos, tendrían mayores dificultades en compartir piso con otros estudiantes si ellos mismos tuviesen VIH. Este mismo hecho se pudo observar en la cuestión número 40, siendo los alumnos menores de 21 años los que mayor dificultad tenían a la hora de compartir piso con una persona con VIH. Sin embargo, el número de alumnos que tendría dificultades a la hora de compartir piso con una persona con VIH es mayor (36,7%), que el número de alumnos/as que si tuviesen VIH, y no querrían compartir piso (14,8%).

Aunque los datos son más favorables con respecto a las franjas de edades superiores, sigue existiendo la misma relación, el número de personas que no convivirían con una persona con VIH/SIDA, es mayor que el número de personas que evitarían convivir con otros estudiantes si tuviesen VIH/SIDA.

Tabla 338. Contingencia entre la Edad y Evitaría compartir piso con otros estudiantes.

			Evitaría compartir piso con otros estudiantes si yo tuviese VIH.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Edad_test	21 años o menos	Recuento	144	25	169
		% dentro de Edad_test	85,2%	14,8%	100,0%
	Entre 21 hasta 23	Recuento	149	14	163
		% dentro de Edad_test	91,4%	8,6%	100,0%
	Entre 23 hasta 25	Recuento	124	14	138
		% dentro de Edad_test	89,9%	10,1%	100,0%
	Mayor de 25 años	Recuento	109	10	119
		% dentro de Edad_test	91,6%	8,4%	100,0%
Total	Recuento	526	63	589	
	% dentro de Edad_test	89,3%	10,7%	100,0%	

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 339. Pruebas de chi-cuadrado entre la Edad y Evitaría compartir piso con otros estudiantes.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,426 ^a	3	,219
Razón de verosimilitudes	4,241	3	,237
Asociación lineal por lineal	2,541	1	,111
N de casos válidos	589		

a. 0 casillas (.0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 12,73.

Fuente: Elaboración propia.

Evitar ir de viajes con amigos o amigas.

Cuando se ha preguntado por otras actividades que se pueden llevar a cabo con el grupo de iguales, como ir de viaje con el grupo de amigos/as, solo un 4,1% de los estudiantes encuestados si tuviesen VIH, no lo harían. Cuando hemos planteado las preguntas en sentido contrario, compartir espacios y actividades de la vida cotidiana tales como vestuario deportivo, baño, habitación de hospital, aula de adultos, etc., los porcentajes han sido más elevados que los que nos encontramos en estas últimas cuestiones, en el cual el sujeto encuestado debe posicionarse como si fuese una personas seropositiva o enferma de SIDA.

Se vuelve a ratificar lo dicho en el apartado anterior, que cuando a los sujetos se les dice que se imaginen que son seropositivos, en algunas de las cuestiones planteadas, el número de sujetos con actitudes de aislamiento o discriminación hacia ellos mismos es bastante inferior a los datos obtenidos cuando le preguntamos por esos mismos hechos pero con personas VIH+.

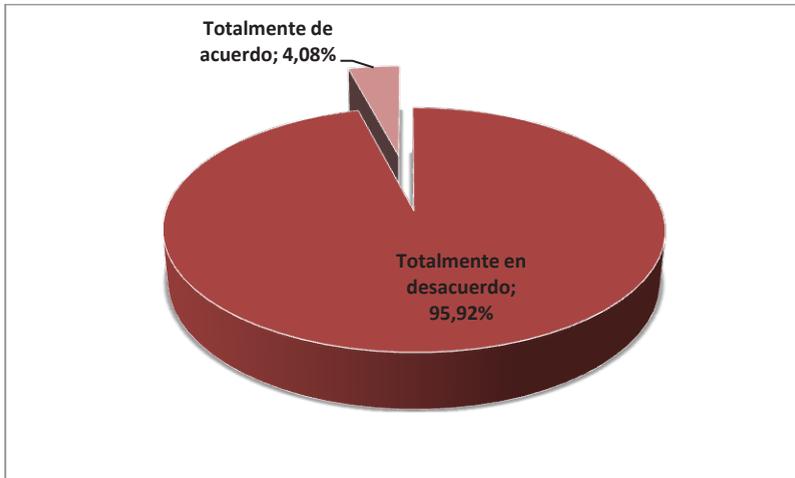
No se ha recogido en este documento los datos obtenidos cuando se ha relacionado con la edad, el sexo y las titulaciones de los sujetos porque los resultados son todos similares, siendo muy bajo en cada uno de ellos el porcentaje de personas que evitaría viajar con amigos/as en el caso de ser VIH+.

Tabla 340. Evitaría ir de viaje con amigos/as.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	588	95,9	95,9	95,9
	Totalmente de acuerdo	25	4,1	4,1	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfica 87. Evitaría ir de viaje con amigos/as.



Fuente: *Elaboración propia.*

Evitar viajar si se tiene el VIH denota, que se quiere evadir el rechazo antes de que se produzca o que se desvele ese «secreto» sin querer hacerlo, todos esos miedos propiciarían actitudes de aislamiento por lo que dificulta llevar una vida normalizada. Relacionado con esto último, una participante del grupo de discusión opina lo siguiente:

«Pero es que te limitaría, a lo mejor, por ejemplo a la hora de que si tienes un accidente y te quedas en silla de ruedas, ahí realmente sí estás limitado pero una persona con VIH puede llevar una vida totalmente...es como antes con las parejas lo estábamos hablando, si es que podemos hacer prácticamente lo mismo que cualquier otra pareja que no tenga...». Sujeto 3.

Esa vida normalizada de la que habla el sujeto anterior, también es recogida en algunos de los dibujos del taller como por ejemplo el siguiente, en el que una alumna de 20 años representa una escena de una persona VIH, haciendo una vida normal, donde tiene cabida «el amor, las oportunidades, el apoyo, el cariño, la familia, los amigos, el tratamiento, la diversión y viajar».

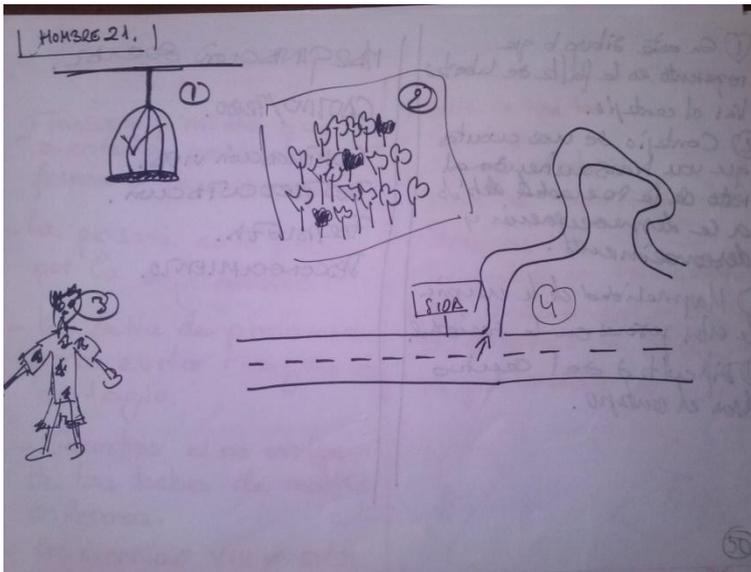
Ilustración 124 Dib.45-M20.



Contraria a la idea de vida normalizada expresada en el dibujo anterior, la siguiente ilustración realizada por un alumno de 21 años, representa a través de una jaula, «la falta de libertad tras el contagio» que hace que las

personas estén «cautivas o presas», mediante el dibujo de un bosque con algunos árboles pintados más oscuros, como forma de representar según el autor «el contagio de unos cuantos que van transmitiendo al resto de la sociedad debido a la despreocupación y desconocimiento». Una carretera con curvas que representa una vida más dura para las personas VIH+ y una persona sucia, vestida con harapos que quiere representar según el autor «la marginalidad de la mayoría de las personas en la sociedad». Se vuelve a observar la asociación de la cual Sontag en 1988 ya hablaba extensamente, la relación «sucio y enfermedad»: «Una atmósfera «infectada» (o «viciada»), y considerados como emanaciones generadas espontáneamente por algo sucio» (p.61).

Ilustración 125. Dib. 50-H21.



No adoptaría niños.

A continuación analizamos la siguiente cuestión: «No adoptaría niños/as si tuviese VIH/SIDA». Sólo el 6,4% de los encuestados está de acuerdo en

esta cuestión (tabla 341 y gráfico 87). Más desfavorable son los datos en el estudio realizado por J. T. Sábado y A. Aradilla (2003). Como ya se dijo anteriormente, se utilizó en esta investigación la Escala de actitud ante el SIDA para enfermería (EASE) en el cual se pregunta en uno de los ítems: «El ser portador del virus del SIDA no debería ser impedimento para poder adoptar un niño». El 29,3% estaba en desacuerdo con este hecho y datos similares se obtienen del estudio realizado por L. Fernández, P. Fernández y J. Tomás-Sábado (2006), en cual utiliza el mismo instrumento.

Sin embargo, debemos tener en cuenta que este ítem de la escala EASE, no se centra en qué haría el individuo en el caso de que se estuviese infectado teniéndose que poner en el lugar de una persona seropositiva, y como se ha observado en las cuestiones anteriores, los porcentajes bajan significativamente cuando se le pide al encuestado que se imagine su respuesta actitudinal como sujeto con VIH.

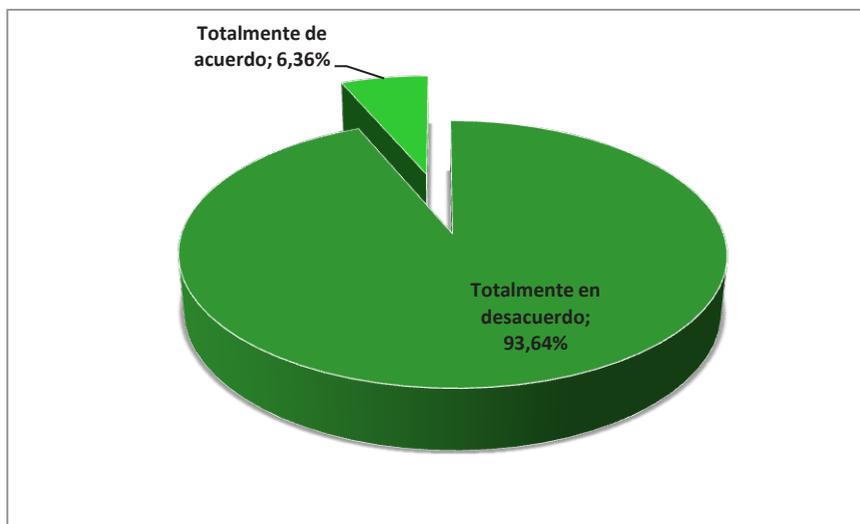
En la tabla 342 se puede examinar como el número de hombres que no adoptaría a un hijo/a si tuviese VIH, es levemente superior al de mujeres (9% y 5,8% respectivamente) y con respecto a otras variables que se han tenido en cuenta (titulaciones y edad) no hay diferencias significativas.

Tabla 341. No adoptaría niños/as.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	574	93,6	93,6	93,6
	Totalmente de acuerdo	39	6,4	6,4	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: *Elaboración propia.*

Gráfica 88. No adoptaría niños/as.



Fuente: Elaboración propia.

Tabla 342. Contingencia entre el Sexo y No adoptaría niños/as.

			No adoptaría niños/as si tuviese VIH.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Sexo 0	Recuento		6	0	6
	% dentro de Sexo		100,0%	,0%	100,0%
Mujer	Recuento		467	29	496
	% dentro de Sexo		94,2%	5,8%	100,0%
Hombre	Recuento		101	10	111
	% dentro de Sexo		91,0%	9,0%	100,0%
Total	Recuento		574	39	613
	% dentro de Sexo		93,6%	6,4%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 343. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y No adoptaría niños/as.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,934 ^a	2	,380
Razón de verosimilitudes	2,181	2	,336
Asociación lineal por lineal	1,865	1	,172
N de casos válidos	613		
a. 1 casillas (16,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,38.			

Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de discusión, cuando se ha preguntado sobre este hecho, han surgido algunas respuestas al respecto las cuales exponemos a continuación algunas de ellas:

«Yo pienso que sí, que por supuesto, mi abuela tiene más riesgo de muerte que...Al fin y al cabo hoy en día la manera de adoptar sea más fácil en las distintas parejas y en las distintas situaciones. Entonces a mí no me preocupa que una persona tenga SIDA para que adopte, es más, creo que el que va a adoptar es consciente de lo que va a hacer, implica una serie de entrenamientos antes ello, ya sea el médico, servicios sociales, sola o como quiera. Yo conozco un caso por ejemplo de un niño que por circunstancias se quedó sin padres y se quedó con su abuela, su abuela tenía 60 años y tiene un alto riesgo de mortalidad que una persona joven. Sujeto 4.

«La esperanza de vida de una persona con SIDA es mucho mayor con los tratamientos que hay ahora. Que a lo mejor yo puedo adoptar a un niño y a lo mejor me dicen que tengo SIDA...» Sujeto 7

No tendría hijos propios.

El 34,1% de las personas encuestadas están de acuerdo o totalmente de acuerdo que en nuestro país, los fetos cuyas madres estén infectadas por el VIH nacerán con el virus y el 37,4% tienen dudas a la hora de responder al respecto tal como describimos en el análisis del ítem 22. Por lo tanto, era esperable que el 46,5% esté de acuerdo con la idea de no tener un hijo biológico si se tuviese VIH. La falta de información con respecto a los avances en la medicina actual sobre este tema de los países con modelos

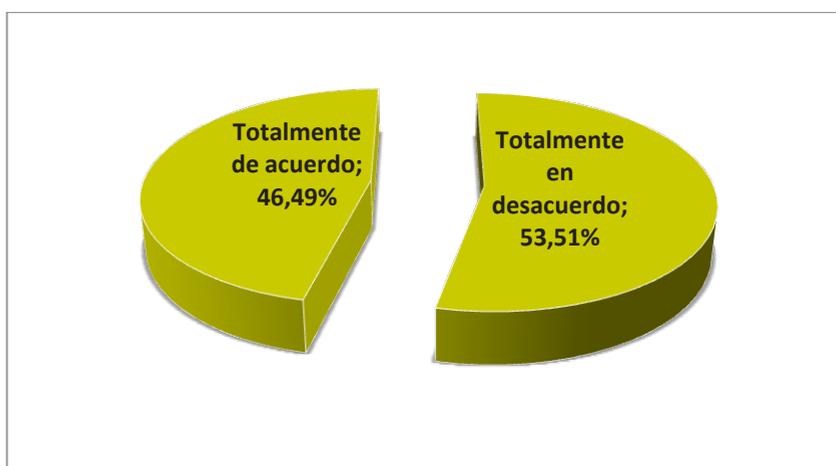
sanitarios avanzados, propicia que en nuestra muestra casi la mitad de los sujetos se privara de tener hijos/as por ser VIH+.

Tabla 344. No tendría hijos/as propios.

		Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje válido	Porcentaje acumulado
Válidos	Totalmente en desacuerdo	328	53,5	53,5	53,5
	Totalmente de acuerdo	285	46,5	46,5	100,0
	Total	613	100,0	100,0	

Fuente: Elaboración propia.

Gráfica 89. No tendría hijos/as propios.



Fuente: Elaboración propia.

En el grupo de discusión nos encontramos también con variedad de respuestas tal como se observa en las siguientes verbalizaciones:

«Para eso tendría que informarme con el médico bien». Sujeto 5.

«Yo ahí dudaría». Sujeto 6.

«Se pueden tener hijos sin VIH» Sujeto 2.

«Por eso tendría que ver bien las opciones con un equipo médico para ver realmente lo que puede ocurrir o no». Sujeto 5.

«Yo más con la variedad que hay hoy en día, a mí sí me gustaría tener hijos en un futuro y yo si vería las distintas maneras». Sujeto 4

752

Por otro lado, se puede extraer gracias a los datos obtenidos en el cuestionario, el porcentaje de mujeres que no tendrían hijos biológicos si tuviese VIH (48,4%), siendo superior en ocho puntos al de hombres que opinan esto mismo (40,5%). En este ítem también se observa como un porcentaje mayor de mujeres tienen una actitud de evitación o autorechazo que de hombres con la misma actitud.

Tabla 345. Contingencia entre el Sexo y No tendría hijos/as propios.

		No tendría hijos/as propios.		Total	
		Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo		
Sexo	0	Recuento	6	0	6
		% dentro de Sexo	100,0%	,0%	100,0%
Mujer		Recuento	256	240	496
		% dentro de Sexo	51,6%	48,4%	100,0%
Hombre		Recuento	66	45	111
		% dentro de Sexo	59,5%	40,5%	100,0%
Total		Recuento	328	285	613
		% dentro de Sexo	53,5%	46,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 346. Pruebas de chi-cuadrado entre el Sexo y No tendría hijos/as propios.

	Valor	Gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,510 ^a	2	,023
Razón de verosimilitudes	9,812	2	,007
Asociación lineal por lineal	,591	1	,442
N de casos válidos	613		

a. 2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,79.

Fuente: Elaboración propia.

No se observan diferencias significativas con respecto a la edad, sin embargo, cuando se ha procedido a comparar los resultados obtenidos en esta cuestión con las distintas titulaciones, existen algunas titulaciones con mayor porcentaje que otras, en la opción que opina estar totalmente de acuerdo con no tener hijos/as biológicos si se tuviese VIH, entre ellas, la Diplomatura de Educación Especial, Psicopedagogía o la Diplomatura de Educación Social.

Contraria a esta idea, es decir estar totalmente en desacuerdo con no tener hijos/as biológicos si se tuviese VIH, encontramos los porcentajes mayores en el Máster de Educación Secundaria, la Diplomatura de Educación física y el Grado de Educación Infantil.

Tabla 347. Contingencia entre la Titulación y No tendría hijos/as propios.

			No tendría hijos/as propios.		Total
			Totalmente en desacuerdo	Totalmente de acuerdo	
Titulación	Grado en Educación Social	Recuento	90	79	169
		% dentro de Titulación	53,3%	46,7%	100,0%
	Grado en Educación Primaria	Recuento	3	0	3
		% dentro de Titulación	100,0%	,0%	100,0%
	Grado en Educación Infantil	Recuento	64	40	104
		% dentro de Titulación	61,5%	38,5%	100,0%
	Diplomatura en Educación Primaria	Recuento	52	39	91
		% dentro de Titulación	57,1%	42,9%	100,0%
	Diplomatura en Educación Infantil	Recuento	6	4	10
		% dentro de Titulación	60,0%	40,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Física	Recuento	17	10	27
		% dentro de Titulación	63,0%	37,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Especial	Recuento	8	18	26
		% dentro de Titulación	30,8%	69,2%	100,0%
	Psicopedagogía	Recuento	60	69	129
		% dentro de Titulación	46,5%	53,5%	100,0%
	Máster en Educación Intercultural	Recuento	8	6	14
		% dentro de Titulación	57,1%	42,9%	100,0%
	Máster en Secundaria	Recuento	6	3	9
		% dentro de Titulación	66,7%	33,3%	100,0%
	No contesta	Recuento	2	0	2
		% dentro de Titulación	100,0%	,0%	100,0%
	Diplomatura en Educación Social	Recuento	12	17	29
		% dentro de Titulación	41,4%	58,6%	100,0%
Total		Recuento	328	285	613
		% dentro de Titulación	53,5%	46,5%	100,0%

Fuente: Elaboración propia.

Tabla 348. Pruebas de chi-cuadrado entre la Titulación y No tendría hijos/as propios.

	Valor	GI	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	19,026 ^a	11	,061
Razón de verosimilitudes	21,068	11	,033
Asociación lineal por lineal	2,825	1	,093
N de casos válidos	613		

a. 7 casillas (29,2%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es ,93.

Fuente: Elaboración propia.

Una vez finalizada la interpretación y el análisis de los resultados en la escala elaborada para registrar la actitud del alumnado ante el VIH/SIDA, es necesario realizar un apartado con aquellos aspectos y cuestiones más relevantes que han surgido a lo largo del análisis de los tres constructos planteados. En las páginas siguientes reuniremos esa información extraída de este capítulo dedicado a las conclusiones, facilitándose de esta forma, poder diseñar y elaborar una serie de propuestas que guiarán futuras líneas de trabajos.

CAPÍTULO

6

CONCLUSIONES,
LIMITACIONES Y
 PROPUESTAS



Como su título indica, esta investigación doctoral pretende estudiar los conocimientos, representaciones y actitudes de los estudiantes de titulaciones educativas sobre el VIH/SIDA, a fin de obtener resultados útiles para promover y desarrollar futuras acciones preventivas y formativas, dirigidas a la población estudiantil de distintas etapas del sistema educativo. El conocimiento científico disponible sobre esta enfermedad es ya ingente, y los medios terapéuticos para afrontarla han avanzado extraordinariamente. Sin embargo estas acciones socioeducativas siguen siendo muy necesarias. En primer lugar, porque, no sólo en África, también en nuestro medio, siguen apareciendo nuevos contagios, muchos de ellos en personas jóvenes, e incluso en adolescentes, y mayoritariamente por vía sexual; en segundo lugar, porque la composición social de los afectados por esta infección no deja de variar (toda la población es a estas alturas un potencial «grupo de riesgo»); y, en tercer lugar, porque (y esto es muy inquietante), a pesar del tiempo transcurrido desde que se registraron los primeros casos, el SIDA sigue siendo una enfermedad maldita, que estigmatiza y discrimina a quienes la padecen, incluso en países con altos niveles de desarrollo económico y social como el nuestro. Estamos, pues, convencidos de que estudios como el nuestro están plenamente justificados y son muy oportunos.

Lo que a continuación presentamos son las conclusiones de la investigación, si bien ya han ido siendo adelantadas a lo largo de los capítulos precedentes de manera fragmentaria y escalonada. Ahora las ofrecemos en su conjunto, de manera sintética. Además de las conclusiones, se in-

cluyen también en este capítulo algunas referencias a las limitaciones con la que nos hemos encontrado a lo largo del proceso y algunas propuestas de mejora para futuras investigaciones.

760

Empezamos, pues, por las conclusiones derivadas de los resultados obtenidos con los tres instrumentos utilizados: uno principal, los cuestionarios administrados a una muestra significativa de estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva, y dos complementarios: los datos extraídos de un análisis documental (*Taller sobre VIH*) y los de un grupo de discusión.

Pero antes, no está de más hacer una breve recapitulación de los elementos y rasgos más significativos del proceso investigador, a través de sucinta descripción de los capítulos correspondientes de la tesis. En la primera parte dedicamos un buen número de páginas a esclarecer la historia reciente de la epidemia del VIH/SIDA, en el mundo y en nuestro país. Se ha pretendido esbozar un recorrido histórico que nos ayudara a comprender el impacto social de la enfermedad y por qué quienes la padecen han sido y siguen siendo estigmatizadas. Con este propósito, se han estudiado diferentes fuentes referenciales en el ámbito sanitario, político y social a lo largo de las tres décadas posteriores al descubrimiento del virus. Se ha estudiado una serie de documentos publicados en momentos clave del desarrollo de la pandemia, a fin de comprender el origen del estigma social asociado al SIDA.

Se han reflejado a continuación algunos aspectos biomédicos necesarios para entender el VIH y la enfermedad que puede desarrollar, el SIDA. Nos referimos a cuestiones que pretenden aclarar diferencias terminológicas, vías de transmisión y mitos relacionados con ellas, información sobre las pruebas de detección de anticuerpos así como los tratamientos farmacológicos disponibles. Conocimientos relevantes y neces-

rios para saber cómo evitar nuevas infecciones y reducir los casos de muertes a causa de la enfermedad, así como prevenir el estigma. También se hace acopio de los últimos informes de organizaciones mundiales y nacionales que ayudan a tener una visión y panorámica general sobre la situación epidemiológica en la actualidad. Toda la información recabada, además de favorecer la formación de la investigadora en este ámbito y sustentar esta investigación, contextualizándola adecuadamente, puede ser gran utilidad en las intervenciones educativas que se promuevan en escuelas, institutos y universidades,

Tras esta revisión histórica, abordamos, en otro capítulo, el estudio de las representaciones sociales y en concreto, de las representaciones sociales del VIH/SIDA. Este es un foco crítico de la fundamentación teórica de la tesis. Era necesario averiguar cómo el hecho de poseer o no una información cabal y profunda sobre el VIH/SIDA, interfiere y en qué medida y sentido, a la hora de tener una representación más verídica y exacta de su significado, y en consecuencia cómo puede condicionar nuestras actitudes.

Como dijimos, un aspecto decisivo de esta tesis, más como derivación aplicada que como objeto propiamente de investigación, concierne a la necesidad de promover intervenciones educativas en las instituciones escolares, y las universidades, que de ningún modo deben olvidar la importancia de dar respuestas a las necesidades sociales de su entorno. Los programas desarrollados a través de la Red Española de Universidades Saludables son un claro ejemplo de ello. La UNESCO (2012) ha subrayado la importancia de la educación como uno de los mejores medios para prevenir el contagio del virus, Según esta organización se podrían evitar hasta 700.000 nuevas infecciones si a todos los/las niños/as se les garantizara la enseñanza primaria. En consecuencia, es crucial también o formar a los futuros profesionales de la educación como estrategia clave en la preven-

ción del VIH/SIDA y específicamente en lo relativo a la educación afectiva y sexual. Nuestra tesis quiere modestamente contribuir a ello.

Tras esta fundamentación teórica y contextual, basada en un análisis riguroso de la literatura, afrontamos el proceso investigador. Para asegurar la validez científica de la investigación, fuimos asesorándonos en todo momento por investigadores experimentados y expertos en la materia abordada. Lo primero fue acotar debidamente el campo de estudio, definir certeramente los objetivos, y elegir un instrumento de observación riguroso e idóneo, es decir, válido, fiable, acorde, en suma, con el objeto y los objetivos del estudio. Como se dijo antes, este instrumento fue un cuestionario, al que aplicamos un minucioso análisis de validez y fiabilidad. Le añadimos otros dos: un grupo de discusión y un análisis de documentos a través de un taller. En ambos casos nuestra pretensión fue complementar al análisis e interpretación de los resultados del cuestionario.

Así pues, esta investigación ha combinado dos enfoques metodológicos (cuantitativo y cualitativo). El cuestionario, compuesto por dos escalas y un test, pretendía determinar los conocimientos, representaciones y actitudes sobre el VIH/SIDA de los estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva. Dada la complejidad de este objeto (las representaciones sociales), el grupo de discusión y el análisis de documentos elaborados por los estudiantes de dos cursos en un taller, servirían para complementar los datos del cuestionario mediante un proceso de cotejo o triangulación. Para mayor riqueza analítica, añadimos la comparación de nuestros datos con los provenientes de otras investigaciones sobre cuestiones similares llevadas a cabo en otros momentos y en otros contextos.

Hemos organizado la exposición de nuestras conclusiones, es decir, la interpretación final de los datos obtenidos y analizados, siguiendo la misma pauta que utilizamos para exponer los resultados del cuestionario en tor-

no a los tres tópicos de la investigación: conocimientos, representaciones sociales y actitudes ante el VIH/SIDA de los sujetos participantes.

Cada una de estas categorías fue dividida en una serie de dimensiones, de las cuales se extraían unos indicadores, de los que, a su vez, se derivaban un conjunto de ítems. Sin embargo, antes de comenzar con la exposición de las conclusiones relativas a cada una de estas tres categorías, parece razonable enumerar resumidamente las conclusiones globales y más significativas de la investigación:

1. Aproximadamente la mitad de los encuestados que cursan alguna titulación educativa en la Universidad de Huelva ha demostrado tener una información inexacta, errónea e insuficiente sobre el VIH/SIDA.
2. Podemos establecer algunas diferencias y matizaciones entre las distintas titulaciones con respecto a esta afirmación. En titulaciones como la Diplomatura de Educación Social, el Máster de Formación del Profesorado de Educación Secundaria y el Máster de Educación Intercultural hay un porcentaje mayor de alumnos y alumnas que demuestran tener conocimientos profundos y una información más completa.
3. En el caso de la Diplomatura de Educación Social puede deberse al hecho de haber recibido en los últimos años una formación específica a través de las Jornadas de Educación Social y Seminarios sobre VIH/SIDA. En relación con los buenos resultados obtenidos por los alumnos de los dos Másteres citados, pensamos que se debe a que, como dice el Informe FIPSE (2003), «el nivel de estudios marca diferencias notables» y como se ha podido comprobar en este trabajo de investigación, a mayor formación académica, mayor información correcta. Otro de los aspectos que marcan diferencias significativas es que el alumnado a medida que avanza la edad, tiene mejores resultados en la prueba tipo test, coincidiendo

en muchos casos en que son estudiantes con mayor nivel de estudios y, por tanto, con mayores oportunidades para recibir información. Preocupa el hecho de que la mitad de los menores de 23 años tengan un conocimiento medio/bajo sobre el VIH/SIDA, ya que gracias a estudios como el Informe FIPSE (2003), sabemos que tres cuartas partes de los jóvenes con esa edad ya han mantenido relaciones sexuales. Por lo tanto, es necesario realizar mayor número de actividades de educación sexual con anterioridad al inicio de la actividad sexual, cada vez más prematuro en los adolescentes.

4. Los estudiantes de las titulaciones educativas de la Universidad de Huelva que demuestran tener un imaginario social, unas creencias e ideas menos ajustadas a la realidad actual de la epidemia, son aquellos que peores calificaciones han obtenido en la prueba tipo test de conocimiento, así como el grupo de los menores de 23 años. Por todo ello, confirmamos nuevamente que, a mayor edad y a mayor nivel de estudios, las representaciones sociales sobre el VIH/SIDA son menos prejuiciosas.

5. De la misma forma, también se ha podido apreciar que los sujetos con mayor nivel de estudios y mayor edad tienen menos actitudes discriminatorias y mayor número de respuestas tolerantes. Se constata en nuestra investigación la teoría de Moscovici, que expresaba que la cantidad y calidad de la información afectaba a la representación del objeto social y al posicionamiento positivo o negativo al respecto (actitud). El alumnado con una información más exhaustiva y completa sobre el VIH/SIDA, parece tener una representación social menos estigmatizadora y actitudes más sensibles y comprensivas. .

A continuación expondremos las conclusiones más relevantes referidas a cada una de las categorías o constructos considerados en esta tesis doctoral.

6.1. Conclusiones en relación con los «Conocimientos del VIH/SIDA»

En esta primera categoría de análisis, abordamos dos dimensiones. La primera de ellas se refiere a la epidemiología, centrándonos en la información que tienen los sujetos en relación con la epidemia del VIH, las fuentes de dicha información, los diferentes estadios de la enfermedad, las consecuencias que provocan y las alteraciones de nuestro organismo cuando se vive con el VIH o se padece el SIDA. La segunda hace referencia a la información de los sujetos sobre el diagnóstico mediante las pruebas de detección y los tratamientos farmacológicos actuales.

Un resultado alentador extraído del estudio, es que, al preguntar por el interés hacia todo lo relacionado con el VIH/SIDA, casi tres cuartas partes de la muestra expresan que les interesa «mucho» y a un 30% que le interesa «algo». Se trata de algo significativo en sí mismo, pero sobre todo para posibles propuestas de intervención socio-educativa que quedarían así plenamente justificadas. Si los estudiantes tienen curiosidad e interés por esta cuestión, se puede sospechar una alta motivación ante futuras actividades formativas.

Las preguntas propuestas en la primera parte del cuestionario, concretamente desde la 3 a la 15, tratan de recoger la información que tienen los sujetos. Para ello, se ha elaborado un modelo de test, con un abanico de cuatro respuestas de las cuales solo una de ellas es la correcta, siendo la

es que la otra mitad de la muestra, con 5 o menos respuestas acertadas, tenga un conocimiento bajo.

No hemos encontrado diferencias apreciables al comparar las respuestas de hombres y mujeres. Ambos grupos, en proporción similar, han respondido, correctamente a 6 preguntas o más. La media total de aciertos para ambos sexos es de 5 preguntas, del total de las 13 propuestas.

Otro dato a tener en cuenta es que, a medida que avanza la edad de los encuestados, la media de aciertos sube. Un ejemplo de ello es que más de la mitad de los mayores de 25 años ha contestado correctamente a 6 cuestiones.

Cuando correlacionamos el nivel de acierto (es decir, número de preguntas acertadas) con las titulaciones de los estudiantes encuestados, nos damos cuenta de que determinadas titulaciones tienen una media de aciertos mayor que otras. Es el caso de los estudiantes de los dos Másteres contemplados en esta investigación, que logran una media que ronda los 8 aciertos, mientras que titulaciones como las Diplomaturas de Educación Infantil, Educación Primaria, o Educación Física la media no pasa de los 4 aciertos. Este dato indica entre un 60 y un 70% de los estudiantes de esta titulaciones de formación de maestros, tienen un conocimiento bajo con respecto al VIH/SIDA.

En cuanto a las titulaciones con peores resultados, debemos hacer especial mención a la Diplomatura de Educación Física. Si nos atenemos a sus resultados en la escala «campo de la representación social» y en la escala «actitudes ante el VIH», podemos afirmar que estos alumnos son los que tienen una imagen más estigmatizada del VIH/SIDA, y previsiblemente las actitudes menos tolerantes. El hecho de que sólo un 41% de estos alumnos manifiesten interés por este tema (frente a otros de otras

titulaciones, en las que esa cifra se eleva al 75%), puede que explique, al menos en parte, esa imagen. Si su curiosidad por conocer el VIH/SIDA es menor, cabe suponer que su conocimiento es menos sólido y que, en consecuencia, estén expuestos a visiones más deformadas y prejuizadas.

Veamos ahora, tras esos datos globales de la prueba tipo test, algunos específicos y más relevantes. En primer lugar, los relativos a la cuestión sobre diferencia semántica confundir estos términos puede contribuir a alimentar el estigma, pues se asocia VIH con SIDA y ambos con la muerte.

El porcentaje de estudiantes que ha contestado de forma correcta a esta pregunta, es decir, que sabe que el SIDA es la fase final de la infección por VIH, es un 36% de la muestra total. El resto o ha elegido opciones incorrectas o la opción «no sabe/no contesta». Este dato indica que sólo un tercio de los jóvenes encuestados tiene un conocimiento cabal del VIH/SIDA, resultado similar al recogido por ONUSIDA en su Informe de 2012.

Es significativo, y esperable, que las titulaciones con mejores resultados sean aquellas en las cuales los estudiantes encuestados pertenecen a un intervalo de edad mayor. Un claro ejemplo es que la inmensa mayoría de los estudiantes del Máster de Educación Secundaria, dos tercios de los de la Diplomatura en Educación Social -que corresponden al tercer curso de esta titulación- y la mitad de alumnado del Máster de Educación Intercultural, han elegido la opción correcta. Las peores calificaciones a la hora de distinguir entre el VIH y el SIDA las consiguen los estudiantes del Grado de Educación Infantil -que son de 1º y 2º curso de esta titulación-; menos de un tercio ha elegido la opción correcta, o lo que es lo mismo, casi dos quintos piensan que el VIH y el SIDA significan lo mismo.

Como ya se ha comentado antes, tener más edad aumenta la probabilidad de disponer de mayor información, y por el contrario a menos edad,

menor probabilidad de tenerla. Si esto es así, como parece, se plantea un grave problema, a la luz de los informes recientes sobre conducta sexual de los jóvenes. Según estos informes, los adolescentes inician sus relaciones sexuales a una edad cada vez más temprana en comparación a hace unos años. Un dato importante y revelador, recogido también en diversos estudios, es que, por el contrario, el inicio de las relaciones sexuales es más tardío en los jóvenes que tienen mayor nivel de estudios, independientemente del sexo. El progresivo aumento de adolescentes que mantienen sus primeras relaciones sexuales antes de los 16 años de edad (FIPSE, 2003), alerta sobre la necesidad de desarrollar de una manera gradual en todas las etapas educativas, intervenciones socioeducativas en el ámbito de la educación afectivo-sexual, a fin de prevenir desde embarazos no deseados hasta enfermedades de transmisión sexual, como el VIH/SIDA.

En relación con la reflexión anterior, los datos extraídos de los estudiantes universitarios de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva, confirman que existe un gran porcentaje de estos que, a pesar de recibir formación en instituciones escolares, sigue sin conocer aspectos básicos del VIH/SIDA. Por todo ello, podemos decir que ofrecer información más exhaustiva, concreta e insistente en el tiempo a edades tempranas, puede ayudar a prevenir nuevas infecciones. La información precedería a las primeras relaciones sexuales, y de ese modo los preadolescentes y adolescentes adquirirían las competencias necesarias para evitar riesgos innecesarios.

El alumnado que mayor puntuación ha obtenido en la pregunta que se refiere a la diferencia entre VIH y SIDA, corresponde al intervalo de edad «mayor de 25 años»: dos tercios de estos estudiantes han elegido la alternativa correcta. Sin embargo, sólo la mitad de los menores o iguales a 21 han sabido diferenciar ambos términos, siendo el grupo de edad con

resultados más bajos. Insistimos, pues, en que se deben reforzar las intervenciones educativas dirigidas a los estudiantes más jóvenes.

Otro dato que nos hace pensar en la necesidad de mayor información, es que un tercio de los encuestados opina que en los países con pocos recursos económicos, la transmisión postnatal se suele producir por falta de medidas higiénicas de las viviendas. Esta asociación arbitraria entre VIH y carencia de higiene en el hogar, arraigada culturalmente durante décadas, prueba nuevamente el déficit de conocimientos que arrastran los estudiantes de la muestra y justifica la necesidad de una mejor formación en este y otros campos de la educación para la salud de los que serán futuros profesionales de la educación.

Sobran datos que evidencian la falta de información de la muestra en torno a la transmisión del virus. Únicamente la mitad de los sujetos de nuestra muestra tiene una información correcta sobre la felación como posible vía de transmisión, y solamente un tercio sabe que la lactancia materna conlleva riesgos de contagio.

Otro ejemplo de información insuficiente es que un escaso porcentaje de sujetos conoce las causas por las que puede fallecer una persona que ha desarrollado el SIDA. Esta pregunta tenía una dificultad alta, pero se incluyó para estimar el volumen de alumnado altamente cualificado en esta temática. Los resultados indican que sólo el 12% de la muestra conoce la respuesta adecuada a esa pregunta.

Siguiendo con esta misma exploración, el cuestionario preguntaba sobre el significado de «carga viral», una expresión que se suele tratar en charlas y talleres informativos, aunque, gracias a la prueba pretest, sabíamos que era una cuestión de dificultad alta. Sólo un quinto del alumnado encuestado tiene una información cabal y exacta sobre esta cuestión, por

que era una cuestión de dificultad alta. Sólo un quinto del alumnado encuestado tiene una información cabal y exacta sobre esta cuestión, por lo que se presume que está por encima de la media en cuanto a conocimientos sobre el VIH/SIDA.

Conocer, por ejemplo, dónde se puede realizar la prueba del VIH permite tomar una decisión correcta en un momento de desconcierto o confusión, permitiendo minimizar riesgos innecesarios y ayudando a prevenir nuevas infecciones. La mitad de los estudiantes encuestados, y esto es positivo, ha elegido la opción correcta, y confiesa que acudiría a cualquier centro de salud, mientras que la otra mitad de la muestra –y esto es preocupante– no ha sabido qué contestar o lo ha hecho de una manera incorrecta. , Presuponemos, pues, que esta mitad tiene una información errónea o inexacta sobre dónde se puede realizar la prueba, algo que debiera ser sobradamente sabido por los jóvenes a estas alturas. Por consiguiente, queda una vez más de relieve la necesidad perentoria de implementar medidas preventivas mediante actividades de información, formación y sensibilización sobre este y otros aspectos del VIH/SIDA.

6.2. Conclusiones relativas al constructo «Campo de la representación social»

La segunda categoría de nuestra investigación hace referencia al campo de las representaciones sociales sobre el VIH/SIDA del alumnado de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva, que incluye varias dimensiones o subcategorías: Los mitos sobre la transmisión y sobre la propia enfermedad (que han sido causa de situaciones estigmatizantes y discriminatorias frecuentemente); la asociación de la enfermedad con grupos socialmente marginados (homosexuales, trabajadores sexuales, consumidores de drogas y personas procedentes de determinados países); el miedo al contagio y/o a la muerte (uno de los aspectos anclados culturalmente en el campo de la representación social) y, por último, el sentimiento de culpabilidad que podrían sufrir las personas si se les dijese que son portadoras del VIH+, debido a la carga social peyorativa que ha tenido la epidemia.

Uno de los aspectos más generalizados en la percepción y la representación social sobre el VIH/ SIDA es el de el deterioro físico que provoca la enfermedad y sus consecuencias tan terribles. Esta imagen genera que se asocie también el hecho de ser seropositivo al desencadenamiento de la enfermedad, es decir, la no distinción entre el hecho de ser una persona que contagiada con el VIH (PVV) y el de padecer el SIDA. De esta forma, se fomenta que se siga relacionando tanto el VIH como el SIDA con la muerte. La imagen de una enfermedad que genera lesiones cutáneas,

delgadez extrema y un deterioro físico atroz que se proyectó en los primeros años de la epidemia, ha marcado profundamente el imaginario social, siendo difícil cambiar las representaciones sociales conformadas al respecto.

En este sentido, los resultados de nuestra investigación muestran que los estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva que demuestran tener mejores conocimientos sobre la pandemia, asocian en menor número el VIH/SIDA con el deterioro físico inminente o el envejecimiento prematuro, demostrando, así mismo, que conocen que en nuestro contexto, afortunadamente, el hecho de ser seropositivo no tiene por qué conllevar necesariamente el fallecimiento, y que con el tratamiento farmacológico adecuado, es posible desarrollar una vida normalizada.

Ya anteriormente hemos avanzado que la edad de los estudiantes participantes en la investigación y su nivel de estudios se relaciona con disponer de más y mejor información sobre la temática y ello, a su vez, conlleva tener una representación más ajustada de la situación actual de la enfermedad en nuestro contexto. Igualmente, observamos mejores resultados en determinadas titulaciones -como en la Diplomatura de Educación Social-, lo que puede deberse al hecho que estos estudiantes han participado en seminarios específicos sobre el VIH/SIDA y han contado con la información ofrecida por instituciones que colaboran en las Jornadas de Educación Social, como es el caso de la brindada por Cruz Roja, que presentan sus programas para la atención y prevención del VIH. Esto ha propiciado que los/las estudiantes de Educación Social tengan una imagen más real y exacta sobre la temática. Este alumnado, además de obtener un mayor número de respuestas correctas en los cuestionarios, manifiesta ideas menos estigmatizadas en sus respuestas de las dos escalas planteadas

(campo de la representación y actitud ante el VIH/SIDA), lo que supone una actitud menos discriminatoria con las personas con VIH gracias, en gran parte, a la formación específica recibida al respecto. Por tanto, podemos llegar a concluir que, las actividades formativas realizadas en la Facultad Ciencias de la Educación, provocan resultados positivos en la conformación de actitudes de aceptación ante el VIH/SIDA de los estudiantes que han participado en dichas jornadas y seminarios.

Otra imagen social negativa que ha estado arraigada durante décadas en el imaginario social es la que considera que los hombres homosexuales tienen mayor probabilidad de infección. Sin embargo, en nuestro estudio, observamos que es una idea que está cambiando. Así, más de la mitad de los sujetos estudiados tienen claro que las personas homosexuales no tienen mayor riesgo de contagio que las heterosexuales, lo que apunta a que las intervenciones socioeducativas prioritarias deberían ir encaminadas al 40% restante, llevando a cabo actuaciones basadas en la transmisión de información de calidad sobre la temática para que conformen una idea y representación más real y exacta que no asocie la orientación sexual con mayor probabilidad de contagio, sino con las conductas de riesgos.

Otro caso en el que observamos cómo más información y de mayor calidad pueden evitar las representaciones sociales desvirtuadas, es el que se refiere a las concepciones sobre las personas procedentes de países africanos, que en ocasiones se consideran con mayor probabilidad de estar infectados por el VIH/SIDA. Aquí, también se observa una relación positiva entre conocimientos y representaciones, ya que los estudiantes de las titulaciones de segundo ciclo o posgrado -que son en su mayoría las que han obtenido mejores calificaciones en los cuestionarios sobre conocimientos-, son, a la vez, los que menor estigma demuestran.

Respecto a las representaciones sociales de los estudiantes de titulaciones educativas sobre la personas de otras procedencias geográficas, observamos como el 13% de los sujetos piensan que las personas latinoamericanas tienen mayor probabilidad de contagio que las españolas. Esta apreciación es inferior en la misma pregunta pero referida a personas procedentes de países del Este, confirmando esta relación solo un escasa minoría, muy lejos de los resultados obtenidos cuando preguntábamos por personas africanas, que -recordemos- se contemplaban con un mayor riesgo de contagio por un tercio de los estudiantes. Nos preocupa esa asociación ya que la investigación ratifica la permanencia de prejuicios, tales como el que considera la procedencia geográfica influye en el riesgo de contraer el VIH, pudiendo afectar a las relaciones sociales con las personas procedentes de esa área geográfica.

Otro prejuicio más que se desvela en este estudio es que continúa sin estar resuelta la asociación del VIH con el ejercicio de la prostitución, siendo necesario actuaciones educativas que ayuden a romper esa imagen poco fiel de la enfermedad, que se asocia exclusivamente a determinados colectivos y que favorece, por tanto, la falsa creencia de inmunidad ante la enfermedad del resto de los sujetos que no pertenecen a esos grupos estigmatizados. La mitad de los sujetos que han realizado este cuestionario, expresan no estar de acuerdo con la afirmación de que la mayoría de los hombres que tienen VIH es debido a que han mantenido relaciones sexuales con profesionales del sexo, sin embargo, la otra mitad de sujetos están de acuerdo o tienen dudas al contestar y es a ellos, a los que deben ir dirigidas nuestras actuaciones de forma prioritaria y urgente.

El miedo que genera la enfermedad -debido a la asociación a la muerte-, se puede observar en ya que un porcentaje importante de los estudiantes (41%) expresan tener miedo por no saber si sus parejas actuales han man-

tenido relaciones de riesgos anteriormente y que ellos/ellas desconozcan. Nuestra futura tarea consistiría, pues en disipar ese miedo, fomentando un clima de diálogo que propicie la verbalización de esos temores y dudas, y concienciando en la necesidad de realizar las pruebas de detección de anticuerpos.

Un matiz interesante y contrario a la tendencia hasta ahora expuesta, es el hecho de que un número más elevado de los estudiantes mayores de 25 años, el 45%, expresan sentir miedo cuando piensan en las relaciones sexuales de riesgos que han podido tener anteriormente sus parejas. Esto puede deberse a que a medida que avanza la edad madurativa de los sujetos, mayor percepción del riesgo que se ha tenido o se está corriendo con las relaciones sexuales desprotegidas y, por lo tanto, mayor puede ser el sentimiento de miedo que se genera a la hora de pensar en las relaciones de alto riesgo que también han podido tener por su parte las personas con las que se han mantenido relaciones sexuales.

Otro dato revelador es que a casi la mitad de los sujetos del estudio les preocupa que alguna de las personas con las que han mantenido relaciones sexuales sea portadora del VIH y no le haya comunicado su situación de seropositividad. Estas cifras nos pueden llevar a pensar a que si la mitad de los sujetos encuestados expresan sentir esa preocupación, es que ellos tienen o han tenido relaciones sexuales desprotegidas y no sabían si esas parejas eran seropositivas o no. También podríamos decir que ese porcentaje que siente inquietud con respecto a la situación planteada, puede que no se haya realizado nunca una prueba o que no lo haya hecho recientemente, de lo contrario, no tendría dicha preocupación. Por lo tanto, tenemos a un porcentaje importante de sujetos (45%), que -suponemos- que ha mantenido alguna relación no segura o no conoce con exactitud las vías de transmisión y además, desconocen su situación

serológica. Esperábamos porcentajes altos en las cuestiones relativas al miedo o la preocupación de haber corrido riesgos reales de infección del VIH, ya que existen numerosos estudios que evidencian la falta de uso del preservativo en jóvenes, como el Informe FIPSE (2003) que aclara que «uno de cada tres jóvenes sigue sin usar preservativo con las nuevas parejas».

La asociación del VIH/SIDA con la muerte se observa en también en un elevado número de los dibujos elaborados por los estudiantes en el marco de esta investigación, además de ser una de las referencias más importantes que surge en las sesiones del grupo de discusión y que es coherente también con los datos obtenidos en el cuestionario al haber un porcentaje alto de sujetos (43%) que pensarían en la muerte si les dijese que son VIH+. Con respecto a esta asociación, también se observan matices interesantes, ya que un hay un mayor número de estudiantes jóvenes que confirman ésta relación de la enfermedad con la muerte. En la comparación de este dato con los obtenidos en la valoración global de la prueba de conocimientos sobre el VIH/SIDA, se puede comprobar que en el intervalo de edad de los menores de 21 años se obtuvieron los resultados más desfavorables, demostrando tener un conocimiento más pobre de la enfermedad y, por lo tanto, es previsible que el porcentaje más elevado en la cuestión planteada en este apartado sea el de precisamente los menores de 21 años, que expresan la mitad de ellos que «se morirían si tuviesen VIH».

En la representación social de la enfermedad es la ira y/o enfado la emoción prevalente en una de las etapas o fases por las que se suele pasar cuando se da un diagnóstico positivo. Estas emociones que pueden sentir los recién conocedores de su estado serológico pueden condicionar sus actitudes ante la situación planteada. Cuando se ha preguntado a los sujetos si tendrían ira hacia las personas que les hubiesen transmitido la infección -en el caso de que fuesen seropositivos-, la mitad de ellos contes-

tan afirmativamente. Una diferencia significativa que merece especial mención, es que más de la mitad de las mujeres encuestadas sentirían ira hacia la persona que les hubiese transmitido el virus, mientras que el porcentaje de hombres que opinan lo mismo es inferior en 11 puntos (43,2%). Aún más clara es la diferencia entre los hombres y las mujeres que están en desacuerdo con la idea planteada siendo un tercio los hombres que no sentirían ira hacia las personas que les hubiesen transmitido la infección y un escaso porcentaje el de las mujeres que dicen sentir lo mismo. Por todo ello se puede afirmar que, existe mayor porcentaje de mujeres que expresarían sentir ira hacia las personas que les hubiesen transmitido el VIH, siendo interesante conocer en futuras investigaciones, las causas que originan esta diferencia de género para poder proponer medidas acordes al perfil de los destinatarios.

6.3. Conclusiones relativas al constructo «Actitudes ante el VIH/SIDA»

 El tercer constructo de nuestra investigación hace referencia a las actitudes ante el VIH/SIDA, es decir, cómo se actúa y qué actuaciones tienen los sujetos cuando se encuentran en una situación de interacción con algún acontecimiento, hecho o persona que vive con el VIH o padezca SIDA, es decir, su actitud. Teniendo en cuenta que la actitud es la orientación global positiva o negativa, favorable o desfavorable de una representación, y basándonos en varios estudios, escalas e informes, se dividió este constructo en diversas dimensiones. La primera dimensión trata de recoger aquellas actitudes discriminatorias que se producirían si se supiese que una persona con la que se interactúa es VIH+. A lo largo de este documento se han recogido conclusiones de numerosos estudios en los cuales los sujetos seropositivos, expresan algún tipo de discriminación sufrida, siendo las más frecuentes, las producidas en el entorno laboral, familiar o en las relaciones con amigos o parejas. Basándonos en estas investigaciones tomadas como referencias, se elaboraron una serie de cuestiones que, sometidas a un proceso de cribado de expertos y a la prueba pretest y, una vez depuradas, pasaron a formar parte del cuestionario final.

En esta dimensión se han considerado cuestiones que abordan desde la convivencia en una casa, hasta compartir aula, habitación de hospital, entorno laboral o mantener relaciones sexuales con personas con VIH.

Hemos encontrado datos muy esclarecedores, que se han expuesto detalladamente en el apartado de resultados, pero que queremos resaltar por ser muy iluminadores para posteriores propuestas de intervención educativa. Así, por ejemplo, observamos que mientras que un porcentaje bajo de los estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva solicitaría cambiar de habitación de hospital si conoce que su compañero de habitación es VIH+, el número de ellos que no compartirían piso es superior en similares circunstancias, representado casi un tercio de la muestra. También destacamos que en ambas cuestiones, el número de personas que no saben qué contestar es elevado, observaciones coherentes con el informe FIPSE (2003), que aporta resultados similares subrayando que «un tercio de los jóvenes señala que no trabajaría o estudiaría con una persona infectada por el VIH» y es por ello que sería necesario aclarar sobre situaciones concretas presentes en el imaginario de los sujetos, como es el hecho de compartir lavadora, cuarto de baño o intercambiar chupetes dos bebés -ejemplos que surgieron en el grupo de discusión realizado en esta investigación-, y que con toda seguridad ayudarían a desaparecer muchos miedos y mitos, evitando que uno de cada tres sujetos no quiera compartir vivienda con una personas seropositiva.

Otros datos destacables que se han obtenido respecto a esta dimensión son los relativos a las respuestas de las cuestiones sobre las relaciones sexuales. Los estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva expresan una variedad de opiniones sobre si se mantendrían o no relaciones sexuales con una persona con VIH. Así mientras que casi la mitad de los encuestados expresan que mantendrían relaciones sexuales protegidas con una persona VIH+ si estuviesen enamorados, el otro cincuenta por ciento, duda, no contesta o afirman que no lo harían. Resultados parecidos hemos obtenido al preguntar si terminarían la relación sentimental si se enterasen que su pareja tiene VIH/SIDA. Siendo resultados

tan dispares, lo que sí se puede concluir es que la mitad de los estudiantes no terminarían la relación sentimental con una persona VIH+ y sí mantendrían relaciones sexuales protegidas con ella, datos esperanzadores que corroboran la afirmación con la que empezamos este apartado de conclusiones: la tendencia cada vez más favorable a la aceptación de las personas con VIH.

Un aspecto curioso a destacar es que, mientras que los estudiantes a medida que son mayores parecen tener menos prejuicios a la hora de relacionarse cotidianamente con personas con VIH/SIDA, en las cuestiones sexuales no parece ocurrir lo mismo. Aunque los porcentajes son parecidos -oscilando entre el 41 y el 47% en los cuatro intervalos de edad establecidos-, los estudiantes que menor dificultad tienen a la hora de mantener relaciones sexuales con una persona con VIH+ de la que se está enamorada, son los estudiantes de 21 años o menos, mientras que existen menos estudiantes mayores de 25 años que sí mantendrían relaciones sexuales protegidas con una personas seropositiva.

Las otras dos dimensiones del que estamos tratando «Actitudes ante el VIH/SIDA», hacen referencia a las actuaciones que las personas con VIH suelen tener cuando conocen su estado serológico positivo. Nos referimos a las actitudes de encubrimiento de su diagnóstico y a las actitudes autodiscriminatorias que son provocadas por la «repugnancia o rechazo» que dicen sentir muchas personas cuando se les comunica que son VIH+. Este estado emocional provoca en muchos casos, que el sujeto actúe autoexcluyéndose de determinados ámbitos, afectando principalmente a sus relaciones sociales y a la interacción con el entorno más próximo.

Ya hemos comentado en la anterior dimensión, cómo actuarían los sujetos ante determinadas situaciones en las que se relacionan con otra persona con VIH, pero, ¿cambiarían estas actitudes si se les dijese a los sujetos

que piensen que ellos mismos son VIH+? En algunas cuestiones sí se ha observado diferencias significativas y en otras no tanto. Por ejemplo, las personas que no se aislarían y compartirían piso imaginándose que son VIH+ son muchas más, que las personas que compartirían piso con una persona con VIH. En otras palabras, existe mayor porcentaje en nuestra muestra que discriminaría y evitaría vivir con una persona seropositiva que personas que rechazarían convivir con otras personas si fuesen seropositivas.

Otro dato que demuestra que es diferente la actitud de los estudiantes hacia los demás que hacia ellos mismos se observa cuando se les pregunta si evitarían viajar si tuviesen el VIH. Se vuelve a ratificar lo dicho en el párrafo anterior, confirmando que cuando a los sujetos se les propone que se imaginen que son seropositivos, el número de estudiantes con actitudes de aislamiento o discriminación hacia ellos mismos, es bastante inferior a los que aislarían o discriminarían a terceras personas con VIH.

En relación a las actitudes de encubrimiento, otras investigaciones mencionadas a lo largo de este trabajo, muestran que los sujetos que son seropositivos expresan sus preocupaciones en mantener las medidas oportunas que aseguren el encubrimiento de su diagnóstico positivo frente a otras personas de su entorno social, en parte debido a las consecuencias negativas - en algunos casos reales y otros casos anticipadas- que su revelación podría originar. Hemos querido tratar esta misma dimensión haciendo que los encuestados de nuestro estudio tuvieran que plantearse y responder si encubrirían o no su situación de seropositividad si así fuese. Así, podemos concluir que, si a los encuestados se les diese un diagnóstico positivo de VIH, más de dos tercios de los sujetos se lo dirían a en primer lugar a sus madres y en segundo término a las parejas actuales. En tercer lugar lo sujetos se lo contarían a su padre y con un porcentaje similar a

un/una hermano/a. Alrededor de la mitad de los encuestados se lo dirían a sus amistades más íntimas y una quinta parte se lo contarían a otras personas que se encontrasen en la misma situación. Este último dato es consistente con otras investigaciones, ya que muchos sujetos seropositivos rechazan formar parte de asociaciones y entidades que luchan frente a la discriminación de las personas VIH+ para que no se les identifique con el grupo del que ya forman parte, propiciando la invisibilidad de estas personas y, por lo tanto, teniendo más probabilidades de no ver reconocidos sus derechos.

Tan sólo una quinta parte de los encuestados, se lo diría a uno de los/las abuelos/as y, alrededor de la décima parte se lo diría a los/las compañeros/as de piso. Si estos porcentajes son bajos, aún menores son los obtenidos cuando se ha preguntado a los sujetos si lo dirían abiertamente (6% de los sujetos) y la mitad de esta última cifra se posicionan en el lado contrario, es decir, no le confiarían ser VIH+ a ninguna persona.

Nos interesa conocer cuál es la posición de los/las estudiantes de titulaciones educativas respecto a revelar o no revelar la seropositividad de un hijo/a a un docente. Se trata de una interesante cuestión para valorar el grado de confianza que los estudiantes depositan en la figura del docente, y además nos permite comparar con su posición una vez que se imaginen que ya son docentes activos. La encuesta nos revela que tres quintas partes de los estudiantes confiarían en el profesorado a la hora de revelar el estado serológico de sus hijos/as. Sin embargo, no nos parece tan positivo que dos quintas partes de los encuestados opinen que, en el caso de que ejercieran como docentes, estimarían conveniente que el resto de los/las padres/madres de los menores de sus clases, deberían saber si hay niños/as con VIH/SIDA, lo cual contradice el principio de confidencialidad, especialmente valorable cuando nos referimos a menores con VIH.

Es necesario favorecer el diálogo y la transferencia de una información cabal ya que si se conoce que las probabilidades de transmitir la infección compartiendo aula con algún compañero de clase son nulas, no es necesario -ni conveniente- revelar este hecho, ya que se pueden provocar actitudes discriminatorias por parte de otros alumnos o sus familias, no debidamente informados y que afectarían a la normal integración de estos niños y niñas.

Todo lo expuesto anteriormente, nos advierte que existen parcelas en las cuales se debe seguir investigando para realizar aportaciones científicas que permitan proponer intervenciones socioeducativas que ayuden a superar los prejuicios y el estigma asociado al VIH, así como diseñar una más eficaz prevención en jóvenes. Pero antes de enumerar algunas de estas propuestas, comentaremos las limitaciones que se ha tenido en todo el proceso y desarrollo de este trabajo.



6.4. Limitaciones del trabajo de investigación

nadie escapa que las investigaciones no puedan resolver todas las dudas que se plantean en torno a una temática, siendo lo habitual encontrar obstáculos y barreras -algunas salvables y otras no tanto- a lo largo del desarrollo de la investigación. Lo realmente importante en cualquier estudio es que se puedan realizar aportaciones que vislumbren intervenciones futuras, localizando las parcelas en las que continuar investigando para mejorar los conocimientos y las actitudes sociales en este terreno.

Todas las investigaciones científicas tienen puntos débiles y es necesario precisar los propios en este caso, describiendo las limitaciones principales a las que hemos tenido que hacer frente, a sabiendas, de que enumerarlas todas sería una labor compleja que no aportaría demasiado al trabajo narrado en estas páginas. Se citan y describen a continuación las limitaciones principales a las que nos hemos expuesto, detallando las medidas adoptadas al respecto y/o las consecuencias que han provocado:

1. En relación a la búsqueda bibliográfica y fuentes de documentación.

Aunque el número de documentos relacionados con el VIH es elevado debido a que continúa siendo una de las grandes preocupaciones en el ámbito de la salud a nivel mundial, ha sido una tarea compleja acceder a la documentación y/o producción científica de la primera década y concretamente de los primeros años desde la aparición de la epidemia; tarea

necesaria para realizar una buena selección que ayudase a contextualizar cómo y cuándo se produjo las primeras asociaciones de la enfermedad con determinados colectivos «de riesgo». Ha sido también indispensable para nuestro estudio recopilar la documentación que nos ilustrase sobre lo ocurrido en las escuelas cuando comenzaron a llegar a ellas los primeros niños y niñas con VIH y cómo esta institución y todos sus agentes actuaron ante tal hecho. Realizar esa búsqueda, cribado y selección, intentando que todos los ámbitos importantes en esta temática quedaran abordados a través de documentos científicos, periodísticos, legislativos e informativos, ha sido una tarea laboriosa pero sugerente para la doctoranda y sobre todo, valiosa para entender cuándo apareció el estigma asociado al VIH y cuáles fueron sus consecuencias, en muchos aspectos arraigadas hasta el día de hoy.

2. En relación al proceso investigador.

La elaboración de un instrumento cuantitativo estructurado como es el cuestionario realizado para esta investigación ha resultado una labor ardua y con un nivel de dificultad alto para la investigadora. Es por ello que se ha invertido más tiempo del esperado, recibiendo formación específica así como asesoramiento de un grupo de expertos metodológicos que asegurasen la rigurosidad en el proceso. Afortunadamente, para superar esta dificultad, hemos contado con el concurso de compañeros de otras Áreas de conocimiento del Departamento que en todo momento han asesorado y facilitado el desarrollo de las diferentes técnicas e instrumentos de investigación.

Otra dificultad encontrada está relacionada con el acceso a la información y este hecho es debido a varios motivos. El tamaño de la muestra para la investigación se estableció para una población de 2076 estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva, siendo el míni-

mo, 491 sujetos, si bien los sujetos participantes en el estudio se ampliaron a 613, superando en 122 el número de sujetos necesarios inicialmente fijados para que la muestra fuese representativa. Era necesario que todas las titulaciones quedaran representadas a ser posible con el mismo número de alumnos/as, cursos y edades. Para ello, fue necesario localizar al profesorado que impartía docencia en todas las titulaciones y en cada curso y de esta forma poder colaborar conjuntamente en la recogida de los datos, facilitándonos un tiempo de sus clases. Este proceso no se ha podido realizar tal como la investigadora había planificado u organizado, ya que algunos profesores, debido a la apretada agenda académica, tenían dificultades para abordar esta actividad y es por ello que, la representatividad de todas las titulaciones educativas no ha sido posible aunque sí la representación por cursos y por edades.

3. Dificultades y/o limitaciones relacionadas con el tratamiento de los datos.

Si dificultoso ha resultado ser la búsqueda y contacto del profesorado que impartía docencia en todas las titulaciones y cursos, así como la organización para acceder a las clases, no menos complejo ha sido el tratamiento, análisis y triangulación de los datos obtenidos en los distintos instrumentos.

El instrumento que mayor dificultad ha tenido e implicación en el tiempo de la investigadora ha sido el cuestionario, no solo en el tiempo empleado en la recogida, sino en el procesamiento de los datos mediante el programa estadístico, al tratarse de 72 variables tratadas y 613 cuestionarios, lo que ha implicado manejar un total de 44.136 datos.

No solo el tratamiento de los datos ha necesitado de un largo periodo sino que el proceso de análisis de la gran cantidad de información generada al relacionar las diversas variables, ha necesitado de gran parte del

tiempo de esta investigación y, aún sabiendo y conociendo que se han extraído grandes conclusiones, quedan atrás muchos resultados que aportan una magnitud de matices interesantes pero que, por su amplitud, ha sido imposible abordar en este documento, siendo voluntad de la investigadora utilizarlos en futuras investigaciones y producciones científicas.

Con respecto a lo dicho, los investigadores tenemos la responsabilidad de divulgar y ofrecer los datos obtenidos y proponer acciones y líneas de investigaciones pendientes de realizarlas, por ello, las próximas líneas de este documento estarán encomendadas a dicha labor.

6.5. Propuestas para intervenciones futuras

 Los resultados obtenidos han generado una serie de indicaciones que pueden guiar la formación del alumnado universitario de titulaciones educativas en relación al VIH/SIDA y las más importantes se exponen a continuación:

1. Aumentar los conocimientos de los jóvenes en materia de prevención.

Los resultados indican que la formación específica en enfermedades de transmisión sexual, como puede ser el VIH, se produce, generalmente, después de las primeras relaciones sexuales ya que el alumnado más joven de nuestra muestra, es el que menor información posee y menos rigurosa. Por lo tanto, pensamos que la información debe llegar antes y de forma continuada en el tiempo, ofreciendo más y mejor información que evite que los jóvenes olviden las conductas y hábitos sexuales saludables.

Los datos extraídos de los estudiantes universitarios a los que le hemos preguntado, confirman que existe un gran porcentaje de estudiantes que a pesar de recibir formación en instituciones escolares, siguen sin conocer aspectos básicos del VIH/SIDA. Por lo tanto, podemos decir que, ofrecer información más exhaustiva, concreta y repetida en el tiempo a edades tempranas, puede prevenir nuevas infecciones, ya que la información llegaría antes del inicio de las primeras relaciones sexuales, favoreciendo que los preadolescentes y adolescentes, tuviesen las competencias necesarias para evitar asumir riesgos innecesarios.

2. Utilizar metodologías que propicien el éxito en las intervenciones educativas.

Ofrecer únicamente información no produce los resultados deseados ya que la gran mayoría de los estudiantes de titulaciones educativas de la Universidad de Huelva expresan haber recibido información en charlas, seminarios, jornadas en su escolarización y sin embargo, la mitad de la muestra tiene carencias importantes al respecto. Gestionar otras actividades que impliquen metodologías distintas, en la que el diálogo y el debate favorezcan el que desaparezcan conocimientos erróneos, representaciones sociales negativas y actitudes que discriminen y aislen a las personas con VIH/SIDA. Más y mejor, es decir intensificar y mejorar las actuaciones, siendo necesario que los jóvenes se consideren protagonistas en las actividades de prevención dirigidas a ellos mismos, favoreciendo el que se sientan más implicados y estimulados, asumiendo mayor compromiso y responsabilidad y asegurándonos que se mantengan en el tiempo.

3. Implicar a todos los agentes que interactúan en instituciones educativas.

Todos los actores implicados deben asumir la labor de prevención como una tarea más de su praxis, tomando conciencia de la necesidad de involucrarnos activamente en la formación de jóvenes en materia de prevención y promoción de hábitos saludables. De ahí la importancia de ofrecer esta formación específica a los futuros profesionales de la educación que actuaran como agentes de divulgación y gestores comprometidos con el cambio. Sensibilizar en la necesidad de intervenir a través de la educación para evitar nuevas infecciones de enfermedades de transmisión sexual, pero no con actuaciones aisladas, sino de manera integrada en los proyectos educativos tal como expresa el Plan Multisectorial:

«La educación sexual en el sistema educativo en muchos casos no ha ido más allá de la voluntad de algunos profesores y la presencia puntual en las aulas de ONG y profesionales del sistema sociosanitario. Sin embargo, la principal estrategia para prevenir la infección por VIH en jóvenes continúa siendo la promoción de la salud sexual y la educación sexual en la escuela, de cobertura universal. Es prioritario destinar los recursos necesarios para implementar esta política educativa. Ésta debe estar integrada de manera formal y continua en el proyecto educativo del centro y abarcar todas las etapas educativas, empezando a trabajar desde primaria, cuando no hay urgencia ni apenas riesgos y la capacidad de asimilación es más alta» (p.64). Plan Multisectorial frente a la infección por el VIH y el SIDA 2008-2012.

4. Sensibilizar a las personas jóvenes en la necesidad de proteger su salud.

Tomar conciencia de la falsa protección que se puede llegar a tener con parejas estables o en aquellas relaciones en las que el sujeto expresa estar enamorado, influyendo este hecho en la no protección en las relaciones, sin conocer el estado serológico y sin haber hablado o resuelto esas dudas. Resulta necesario responsabilizar a la población sobre la necesidad de proteger su propia salud con independencia del tipo de pareja que se establezca.

5. Desarrollar programas que favorezcan la realización de la prueba.

Dos quintas partes de las personas que han realizado este cuestionario expresan tener miedo por no tener claro si sus parejas actuales han mantenido relaciones de riesgos anteriormente. Nuestra futura tarea consistiría en disipar ese miedo, fomentando un clima de diálogo que propicia la verbalización de esos temores, concienciando en la necesidad de realizar

las pruebas de detección de anticuerpos. Según FIPSE (2003), debemos seguir desarrollando programas que intenten minimizar «las barreras informativas, psicológicas o sanitarias que dificultan la realización de la prueba» y pensamos que solo a través del diálogo, de la actitud accesible de los distintos profesionales y de la puesta en marcha de esos programas, se podrán conseguir estas metas.

6. Facilitar el acercamiento entre los servicios sanitarios y los jóvenes.

En relación a la barrera sanitaria mencionada anteriormente, es necesaria la colaboración entre los servicios sanitarios y las organizaciones e instituciones educativas de forma que se favorezca que los jóvenes no duden en acudir a los servicios de atención primaria. En este trabajo de investigación, se refleja un dato preocupante: un tercio de los encuestados no ha escogido ir al médico aún sabiendo que han mantenido una relación de riesgos con una persona con VIH, lo cual debe ser un motivo suficiente para que demos respuestas en el ámbito educacional. Pensamos que este hecho se debe a que como el *Informe de ONUSIDA (2011)* expresa, existen algunos inconvenientes tales como la vergüenza, el miedo y/o la desinformación a la hora de acudir a una consulta médica y que «a pesar de los avances en la tecnología, las pruebas del VIH todavía se afrontan con temor; acceder a las clínicas es incómodo y la experiencia de someterse a las pruebas con frecuencia resulta estigmatizante» (p.21).

7. Ofrecer intervenciones específicas para determinados grupos de estudiantes de Educación.

Es prioritario desarrollar actuaciones socioeducativas para prevenir nuevas infecciones en los grupos más vulnerables detectados por carencias informativas, así como intervenir con estos sujetos para evitar actitudes poco tolerantes ante las personas seropositivas. Es necesario desarrollar

mayor número de actividades en los primeros cursos académicos de todas las titulaciones educativas y en todos los cursos de las titulaciones de Educación Primaria, Educación Infantil y Educación Física, que han demostrado tener las mayores carencias formativas así como las actitudes más prejuiciosas.

8. Trabajar en la prevención del estigma.

Seguir desarrollando iniciativas para prevenir el estigma que sufren las personas con VIH+ o que se sospechen que lo sean, evitando que, tal como ocurre en nuestra muestra, un tercio de los sujetos piensen que simplemente por el hecho de ser africano se tenga mayor probabilidad de contagio; una quinta parte de los encuestados piensen lo mismo de los homosexuales; un tercio de los sujetos piensen que son personas que están deterioradas físicamente; dos quintas partes opinen que el hecho de no tener pareja estable signifique tener más probabilidad de infección del VIH, que vivir en una zona deprimida implica tener también mayor posibilidades o que una quinta parte siga relacionando VIH/SIDA y prostitución.

Cambiar el imaginario y las representaciones sociales peyorativas que provocan actitudes discriminatorias ante las personas con VIH/SIDA, para evitar que sigan sintiendo vulnerados y menospreciados sus derechos, solo se podrá conseguir a través de una formación que ayude a tambalear los cimientos anclados en la desinformación y el desconocimiento.

9. Ayudar a prevenir la discriminación de las personas con VIH/SIDA.

Se trata de establecer y desarrollar actividades que desarrollen en los sujetos la empatía con las personas con VIH/SIDA, que eviten actuaciones discriminatorias tales como las obtenidas en las verbalizaciones del grupo de discusión o en el cuestionario. Este hecho se fundamenta en evitar

actuaciones como que un tercio de los sujetos expresen que no vivirían con una persona VIH+, o una cuarta parte cambiarían a su hijo/a de guardería si hubiese niños/as seropositivos, o dos quintas partes tomarían medidas higiénicas estrictas dentro de una clase si fueran docentes o aproximadamente la misma cifra no contratarían a una persona VIH+ o tendrían serias dudas en hacerlo.

Empatizar con una persona que sufre el estigma del VIH partiendo de actuaciones que no nos gustaría sufrir o padecer nosotros mismos, puede favorecer el cambio en personas con ideas menos comprensivas y actitudes menos sensibles. Porque cuando pensamos en las situaciones de rechazo que podríamos sufrir si fuésemos nosotros las personas con VIH, las respuestas varían hacia actitudes más aperturistas. La actitud hacia los demás es distinta a la mantenida hacia uno mismo cuando a los sujetos se les ha propuesto que imaginen ser seropositivos, siendo el número de sujetos con actitudes de autoaislamiento o autorechazo bastante inferior, a los datos obtenidos cuando hemos preguntado por esos mismos hechos pero con personas VIH+.

10. Establecer un clima apropiado de diálogo.

Es preciso desarrollar actuaciones pedagógicas que establezcan un clima apropiado para solventar las dudas, evitar tabúes, miedos, preocupaciones, angustias, a través de la verbalización de temores y concienciando en ser sujetos activos en la propia promoción de la salud.

El miedo a la muerte, a tener un aspecto que desagrada y que provoque el rechazo en los demás, a tener una imagen repulsiva «engorda» esos temores, justifica falsas creencias y «encarcela entre los muros» de la soledad a las personas que lo piensan o lo sufren. Este miedo a la imagen que se tiene de la enfermedad y a ser aislados socialmente si la tuviésemos, justifica la cuestión que se ha formulado porque, erradicar miedos y temores

infundados, es clave para que la enfermedad no sea considerada motivo de aislamiento, discriminación, ocultamiento o vejación y para evitar posibles infecciones futuras.

La preocupación que expresan dos quintas partes de los encuestados, o el miedo que está presente en el mismo porcentaje de sujetos, podría solucionarse a través del diálogo, del debate, resolviendo dudas, preguntando abiertamente al respecto, evitando la soledad del que piensa, atreviéndose a requerir la ayuda de los profesionales; todo ello conllevaría a la desdramatización de esta situación y a la motivación por coger las riendas de nuestra propia salud en la prevención de la pérdida de esta.

Queremos terminar estas reflexiones con la idea de que el proceso de investigación desarrollado y expuesto en este documento ha impulsado y promovido mayor número de interrogantes, que originan en la investigadora la necesidad de seguir emprendiendo estudios que generen aportaciones y que ayuden a comprender y mejorar las intervenciones que ya se están llevando a cabo, siendo conocedora y consciente de que queda aún mucho por hacer.



*R*EFERENCIAS

- ACCSI (Acción Ciudadana Contra el SIDA, 2008).** Guía para Orientadores Escolares. En VIH /Sida, Derechos Humanos y Salud Sexual y Reproductiva. Caracas-Venezuela. Recuperado de http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/search/resources/santiago_accsi_guia_orientador_proy_formac_vih_ddhh_y_ssr.pdf
- Advisory Committee of People with AIDS. (1983).** The Denver principles. Estados Unidos. Recuperado el 4 de agosto de 2012, de http://www.poz.com/pdfs/denver_principles.pdf
- Agirrezabal, A., Mayordomo, S., Fuster, M. J., Valencia, Sansinenea, E., Fernández-Quero, J., Molero, F., y Oller, A. (2009).** Hacia una integración socio-laboral de las personas portadoras de vih/sida: un estudio sobre la identificación de las necesidades laborales y la actitud empresarial. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 539). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Agirrezabal, A., Salaverria, A., Fuster, M.J., y Valencia, J. (2009).** Fiabilidad y validez de una escala de calidad de vida MOS-SF-30 con una muestra de personas con infección del Vih. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 236-246). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Aggleton P., Parker R. y Maluwa M. (2002).** HIV-and AIDS-related stigma, discrimination, and human rights: a critical overview. *Health and Human Rights*, 6(1), 1-18. Recuperado el 10 de Octubre de 2013, de <http://www.jstor.org/discover/10.2307/4065311?uid=3737952&uid=2&uid=4&sid=21103827977547>
- Aguilar Flores, A. (2010).** Representaciones Sociales de la Masculinidad ante el "Barebacking": Impacto en el VIH/Sida. *Memorias del IV Congreso Nacional de la Academia Mexicana de Estudios de Género de los Hombres.*, 151-161. Recuperado el 17 de Diciembre de 2013, de <http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08042fc14bd801309c56a78e015e>
- Agustín, L. M. (2001).** Trabajar en la industria del sexo, y otros tópicos migratorios. San Sebastián: Hirugaren Prentsa.
- AIDS Info.** Recuperado el 16 de febrero de 2014 de <http://aidsinfo.nih.gov/education-materials/glossary>
- Alfaya, M. E. (2009).** Intervención de la Universidad en la promoción de la salud de sus estudiantes. (U. S. Compostela, Ed.) *INNOVACIÓN EDUCATIVA*(19), 247-260. Recuperado el 05 de Octubre de 2013 de https://minerva.usc.es/bitstream/10347/4991/1/pg_247-262_innovacion19.pdf
- Alfonso, I. (2007).** *La teoría de las representaciones sociales.* Instituto Superior Politécnico «José Antonio Echeverría», Centro de Referencia para la Educación Avanzada (CREA), Cuba. Recuperado el 7 de Octubre de 2013,

- de http://www.psicologia-online.com/articulos/2007/representaciones_sociales.shtml
- Almanza, A. y Flores, F. (2012).** Resistencia a la discriminación: narrativas familiares acerca de la infección por VIH. Un estudio exploratorio. *Psicología y Salud*, Vol. 22, Núm. 2: 173-184.
- Alonso, M. D. (2010).** *Impacto de la infección por el virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) en la calidad de vida infantil.* (Tesis Doctoral). Madrid.
- Alzina, R. B. (1996).** *Métodos de investigación educativa. Guía Práctica.* (Revisada ed.). Barcelona: CEAC.
- Ampuero, M., y Cáceres, N. (2010).** *Programa GALIA Plan Nacional sobre el Sida.* Plan Nacional sobre el Sida. Recuperado el 14 de Octubre de 2013, de <http://www.fundadeps.org/Actividad.asp?codactividad=98>
- Anne Stangl, L. N. (2007).** *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes.* Geneva: UNAIDS. Recuperado el 24 de Septiembre de 2013, de <http://www.icrw.org/publications/reducing-hiv-stigma-and-discrimination-critical-part-national-aids-programmes>
- Araya, S. (2002).** *CUADERNO DE CIENCIAS SOCIALES 127. Las representaciones sociales: Ejes teóricos para su discusión.* Costa Rica. Recuperado el 18 de Noviembre de 2013, de <http://www.flacso.or.cr/index.php/publicaciones-jb-br-jb-i-labor-editorial-jb-i-cuadernos/336-cuaderno-no-127>
- Arrate Aguirrezabal, M. J. (2005).** *Discriminación y VIH/ SIDA. Integración laboral de las personas con VIH.* Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España. Recuperado el 12 de Noviembre de 2013, de <http://www.fipse.es/mixto/biblioteca/00000096/00000191/827/20090511172453.pdf>
- Arroyo, H. (2012).** Desarrollo del Movimiento de Universidades Promotoras de la Salud. Centro Colaborador de la OMS-OPS para la Capacitación e Investigación en Promoción de la Salud y Educación para la Salud Escuela de Salud Pública, Universidad de Puerto Rico. Recuperado el 18 de octubre de 2013, de http://javeriana.edu.co/redcups/Hiram_Arroyo_Movimiento_de_Universidades_Promotoras_de_la_Salud.pdf
- Art AIDS. (2014).** Recuperado el 2014 de 2 de 12, de Art AIDS: [http:// www.artaids.com/overview/](http://www.artaids.com/overview/)
- Art for AIDS International Organization. (2014).** Recuperado el 2014 de 1 de 18, de Art for AIDS International Organization: <http://www.artforaidsinternational.org/>
- Azofra, M. (1999).** *Cuestionarios. Cuadernos Metodológicos Nº26.* Madrid: Centro de Investigaciones Sociológicas.
- Ballester, M. T. (2006).** Estado emocional y conducta de enfermedad en pacientes con VIH/SIDA y enfermos oncológicos. *Revista de Psicopatología y Psicología*

- Clínica*, 11(2), 79-90. Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de <http://e-spacio.uned.es:8080/fedora/get/bibliuned:Psicopat-2006-E709E48F-2443-0939-4383-1CDAD32B9C52/PDF>
- Ballester, R. (1999).** *Prevención y tratamiento Psicológico del VIH/SIDA*. Madrid: UNED-Fundación Universidad Empresa.
- Ballester, R. (2002).** Adhesión terapéutica: revisión histórica y estado de la cuestión en la infección por VIH/SIDA. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica*, 7(3), 151-175. Recuperado el 12 de Diciembre de 2013
- Ballester, R. (2005).** Aportaciones desde la Psicología al tratamiento de las personas con Infección por VIH. *Revista de Psicopatología y Psicología Clínica.*, 10(1), 53-69. Recuperado el 10 de Diciembre de 2013, de <http://e-spacio.uned.es/revistasuned/index.php/RPPC/article/viewFile/3989/3844>
- Ballester, R. (2006).** Retos de futuro ante los estigmas del Sida. *Encuentro FIPSE sobre investigación de la perspectiva social del VIH/sida*. Valencia: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Ballester, R. (2009).** Vivir con SIDA: claves para el afrontamiento de una enfermedad estigmatizada. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 77-87). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Barré-Sinoussi, F., Chermann, J. C., Rey, F., Nugeyre, M. T., Chamaret, S., Gruest, J., Dauguet, C., Axler-Blin, C.; Vezinet-Brun, F.; Rouzioux, C., Rozenbaum, W., Montagnier, L., (1983).** Isolation of a T-Lymphotropic Retrovirus from a Patient at Risk for Acquired Immune Deficiency Syndrome. *Revista Science*, 220(4599), 868-871. Recuperado el 09 de Diciembre de 2013, de <https://www.msu.edu/~luckie/paris/290B/Montagnier.pdf>
- Basterra, F. G., (1985).** *El SIDA acaba con la vida de Rock Hudson*. El País, 24 de julio 1985. Recuperado 16 septiembre de 2012, de http://elpais.com/diario/1985/10/03/cultura/497142008_850215.html
- Belza, M.J. (2005).** Conductas de riesgo e Infección por VIH de los jóvenes en España. *Jornadas: Prevención del VIH/SIDA en los Centros Educativos*. Secretaria del Plan Nacional sobre el SIDA. Ministerio de Sanidad y Consumo. <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb442000740ee?signatura=&title=&search=advanced&text=Jornadas+Prevencion+%C3%B3n+del+VIH%2FSIDA+en+los+Centros+Educativos&autor=belza&format=&lleng=&yearBegin=&yearEnd=&tipus>
- Bennassar, M. (2011).** *Estilos de vida y salud en estudiantes universitarios: La Universidad como entorno promotor de la salud*. Islas Baleares. Tesis doctoral. Recuperado el 28 enero 2014 www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/84136/tmbv1de1.pdf?sequence
- Bisquerra, R. (1996).** *Métodos de investigación educativa. Guía práctica*. Barcelona: CEAC.

- Bisquerra, R. (coord.), (2004).** Metodología de la investigación educativa. Madrid: La Muralla.
- Boletín Oficial de la Región de Murcia (2010).** Murcia. Recuperado el 14 de Noviembre de 2013, de: <http://www.um.es/reus/docs/Convenio%20Universidad%20Saludable%20publicado%20BORM%202010.pdf>
- Bravo M.J., Royuela, L., Barrio, G., Brugal, M.T., Domingo, A., de la Fuente, L. (2008).** Acceso a jeringas estériles entre los jóvenes de Madrid y Barcelona que se inyectan drogas y su asociación con las prácticas de riesgo. *Gaceta Sanitaria*, 22, (páginas128-132).
- Bravo, R. S. (1989).** *Técnicas de Investigación Social. Teoría y ejercicios*. Madrid: Paraninfo. Recuperado el 15 de Noviembre de 2013.
- Bueno Abad y Madrigal, V. (2001).** *Imágenes del Sida*. Valencia: Reproexpres Ediciones.
- Bueno, J. R y Madrigal, A. (2009).** Vivir más y mejor. 25 años de presencia social del VIH/SIDA. *Superando barreras. II Encuentro FIPSE sobre Investigación Social en VIH/SIDA* (págs. 124-133). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Bueno, J. R y Madrigal, A. (2009).** ¿Identidad seropositiva VIH+? Análisis de las historias de vida de personas que viven con el VIH. *Superando barreras. II Encuentro FIPSE sobre Investigación Social en VIH/SIDA* (págs. 124-133). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Cassá, C. Ballester, R., Gil, M. D., Giménez C. y Gómez, S. (2006).** Incremento de las prácticas de riesgo en los jóvenes: últimas tendencias en el uso del preservativo. *Encuentro FIPSE sobre investigación de la perspectiva social del VIH/sida*. Valencia: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Castilla J. (2003).** Epidemiología de la infección por VIH/SIDA en España. En *Sociedad Andaluza de Enfermedades Infecciosas* ed. La infección por VIH. Guía Práctica. (pág. 35). Segunda edición ed. Sevilla.
- Castillo, J. A. (2004).** Infección-enfermedad por VIH/SIDA. *MEDISAN*, 8(4), 49-63. Recuperado el 27 de Septiembre de 2013, de http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.htm
- Castillo S. M. (2013).** La historia de la enfermedad el virus de la Inmunodeficiencia Humana y el SIDA. Clínica Corominas. Santiago, Rep. Dominicana. Obtenido de <http://pathmicro.med.sc.edu/spanish-virology/spanish-chapter7-2.htm>
- Castro, A. y Farmer, P. (2003).** *El Sida y la violencia estructural: La culpabilización de la víctima*. Cuadernos de Antropología Social N° 17, pp. 29-47. Buenos Aires: UBA.

- Centers for Disease Control and Prevention.(CDC,1981).** *Pneumocystis. Morbidity and mortality weekly report.* Los Ángeles. Recuperado el 14 de septiembre de http://news.bbc.co.uk/1/shared/bsp/hi/pdfs/05_06_06_aids.pdf
- Centers for Disease Control and Prevention. (22 de Febrero de 2014).** Obtenido de <http://www.cdc.gov/about/history/ourstory.htm>
- Centro Nacional de Epidemiología. (1992).** Vigilancia del sida en España. Situación a 20 de diciembre de 1991. Nº 1919 (25 mayo 1992), p. 345-347. Recuperado el 22 de noviembre de 2012, de <http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08042fc14bd801336a9ef388054a>
- Centro Nacional de Epidemiología. (2008).** Estudio prospectivo de prevalencia de VIH en pacientes de una red de centros de diagnóstico del VIH, 2000-2006.
- Centro Nacional de Epidemiología.(2005).** Vigilancia epidemiológica del Sida en España. Registro Nacional de Casos de Sida. Informe semestral nº 1, Año 2005. Disponible en: http://www.isciii.es/htdocs/pdf/informe_sida.pdf
- CESIDA. (2006).** *Guía de estilo. Salud y medios de comunicación. El VIH/SIDA.* Coordinadora Estatal de VIH/SIDA (CESIDA).
- CESIDA. (5 de 1 de 2014).** CESIDA. Obtenido de CESIDA.org: <http://www.cesida.org/index.php>
- Chávez, M. G. (2001).** *Reflexión metodológica sobre la técnica del grupo de discusión en relación al discurso social común sobre música.* Tesis doctoral. México, Universidad de Colima.
- Clarke, G.(1985).** Rock Hudson, la otra vida de un héroe americano. El País. Recuperado 16 septiembre de 2012, de http://elpais.com/diario/1985/08/04/sociedad/491954404_850215.html
- Colás M. P. y Rebollo, Mª A. (1993).** *Evaluación de programas. Una guía práctica.* Sevilla: Kronos.
- Colás, M.P. y Buendía, L. (1994).** *Investigación educativa.* Sevilla: Alfar.
- Colás, M.P. (1994).** La Metodología Cualitativa. En *Investigación educativa.* Sevilla: Alfar; 249-277.
- Colás , M. P. (1994).** La metodología cualitativa en España. En *Aportaciones científicas a la educación.* Bordón, nº 46, pp. 407-412.
- Colás M. P. y Hernández, F. (1997).** *Métodos de investigación en psicopedagogía.* Madrid: Mcgraw-Hill.
- Colás M. P. y Buendía, L. (1998).** *Investigación educativa.* Sevilla: Alfar.
- Comas, D. (coord.), (2003).** *Jóvenes y estilos de vida. Valores y riesgos en los jóvenes urbanos.* Madrid: Fundación de Ayuda contra la drogadicción (FAD) e Instituto de la Juventud (INJUVE). Recuperado el 12 de Octubre de 2013, de <http://www.injuve.mtas.es/injuve/contenidos.item.action?id>

=1 5043 41 675&menuId=242512523.

- Cowan, S.A., Haff J. (2008).** HIV and risk behaviour among men who have sex with men in Denmark – the 2006 Sex Life Survey. *Eurosurveillance.*, 13(48), 19050. Recuperado el 3 de marzo de 2012, de <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19050>
- Cristóbal Fransi, E. (2001).** “La influencia de la calidad percibida en el diseño del establecimiento virtual: desarrollo de un instrumento de medida”. XI Congreso Nacional de ACEDE. Recuperado el 13 de Noviembre de 2013, de: web http://www.pymesonline.com/uploads/tx_icticontent/establecimiento_virtual.pdf.
- Cruz Roja Española. (2013).** Informe narrativo trimestral (enero-marzo 2013). Servicio Multicanal de Información y Prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Documento inédito facilitado por la entidad Cruz Roja Española.
- Cruz Roja Española. (2013).** Informe narrativo trimestral (abril-junio 2013). Servicio Multicanal de Información y Prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Documento inédito facilitado por la entidad Cruz Roja Española.
- Cruz Roja Española. (2013).** Informe narrativo trimestral (julio-septiembre 2013). Servicio Multicanal de Información y Prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Documento inédito facilitado por la entidad Cruz Roja Española.
- Cruz Roja Española. (2013).** Informe narrativo trimestral (octubre-diciembre 2013). Servicio Multicanal de Información y Prevención del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH). Documento inédito facilitado por la entidad Cruz Roja Española.
- Dirección General de Salud Pública, Calidad e Innovación del Gobierno de España (2013).** *Mortalidad por VIH/SIDA en España año 2011. Evolución 1981-2011.* Madrid: Centro Nacional de Epidemiología/ Subdirección General de Promoción de la salud y Epidemiología - Plan Nacional sobre el Sida. Recuperado el 13 de Noviembre de 2013, de http://www.isciii.es/ISCIII/es/contenidos/fd-servicios-cientifico-tecnicos/fd-vigilancias-alertas/fd-enfermedades/fd-sida/Mortalidad_por_VIH_2011.pdf
- Dowbenko, D. J., Bell, J. R., Benton, C. V., Groopman, J. E., Nguyen, H., Vetterlein, D., Lasky, L. A. (1985).** Bacterial expression of the acquired immunodeficiency syndrome retrovirus p24 gag protein and its use as a diagnostic reagent. (N. A. Sciences, Ed.) *Proceedings of the National Academy of Sciences of the United States of America*, 82(22), 7748-7752. Recuperado el 14 de Octubre de 2012, de <http://www.pnas.org/content/82/22/7748.full.pdf+html>
- Eagly, A.H. y Chaiken, S. (1993).** *The Psychology of attitudes.* C.A.: Harcourt Brace Janovich. San Diego.

- Estévez, L., Guionnet, A., Navaza, B. R., Navarro, M., Pérez-Molina J. A. y López-Vélez R.** Estigma y comunicación al entorno en población inmigrante residente en España. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 301-308). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Fernández Donaire, L., Fernández Narváez, P. y Sábado, J.T. (2006).** **Modificación de actitudes ante el Sida en estudiantes de enfermería.** Resultados de una experiencia pedagógica. *Educación Médica* 9(2). Recuperado el 05 de octubre de 2013, de <http://dx.doi.org/10.4321/S1575-18132006000200007>
- Fernández, P. (2009).** Motivaciones que llevan a hombres que tienen sexo con hombres a tener prácticas sexuales de alto riesgo. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 52-61). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- FIPSE (2003).** *Informe Jóvenes, relaciones sexuales y riesgo de infección por VIH. Encuesta de Salud y Hábitos Sexuales*. España: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España. Recuperado el 19 de septiembre de 2012, de <http://www.fipse.es/mixto/biblioteca/00000096/00000191/827/20090328232325.pdf>.
- FIPSE. (2005).** *Discriminación y VIH/SIDA. Estudio Fipse sobre discriminación arbitraria de las personas que viven con VIH o SIDA*. Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España. Recuperado el 24 de noviembre de 2012, de <http://www.fipse.es/mixto/biblioteca/00000096/00000191/827/20090328230812.pdf>
- FIPSE. (2009).** *Superando Barreras. II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España. Obtenido de <http://www.fipse.es/mixto/biblioteca/00000096/00000191/827/20090527165137.pdf>
- Flores, F. y Alba, M. (2006).** El sida y los jóvenes: un estudio de representaciones sociales. (I. N. Muñiz, Ed.) *Salud Mental*, 29(3), 51-59. Recuperado el 06 de Noviembre de 2013 de <http://www.redalyc.org/pdf/582/58232907.pdf>
- Folch, C., Meroño, M., Casabona, J. (2006).** Factores asociados a la práctica de compartir jeringuillas usadas entre usuarios de droga por vía parenteral reclutados en la calle. *Medicina Clínica*, 127, (pág. 526-532).
- Folch, C. et al. (2009).** Sexual risk behaviour and its determinants among men who have sex with men in Catalonia, Spain. *Eurosurveillance.*, 14(47), 19415. Recuperado el 16 de octubre de 2013, de fuente <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19415>.
- Frare, T. (1990).** *The Photo That Changed the Face of AIDS*. Life. Recuperado el 13 enero de 2013, de <http://life.time.com/history/world-aids-day-the-1990-photo-that-changed-the-face-of-the-epidemic/#1>

- Fredrickson, B. L. (2005).** Positive emotions. En: *Handbook of Positive Psychology* (págs 120-134). Oxford: Universitiy Press.
- Fundación Anti-Sida España (FASE, 1993).** Campaña *Pajaritos*. Recuperado el 22 de noviembre de 2012, de <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb440bb6b3d30>
- Fuster, M.J., Molero, F., Sansinenea, E., Mayordomo, S., Valencia, J.Fuster, R. (2009).** La implicación en la acción colectiva como factor protector del estigma asociado al Vih. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 540-541). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Galindo , J. (1998).** Técnicas de investigación. En *Sociedad, cultura y comunicación*. Ed. Pearson.
- Gallo, R. y Montaigneir, L. (2004).** El descubrimiento del VIH como causa de sida. *Revista del Hospital Materno Infantil Ramón Sardá.*, 23(2), 88-91. Argentina. Recuperado el 4 de Septiembre de 2012, de <http://redalyc.org/articulo.oa?id=91223207>
- García , A. (2005).** Educación y prevención del SIDA. *Anales de Psicología*, 21(1), 50-57. Recuperado el 24 de agosto de 2012, de http://www.um.es/analeps/v21/v21_1/06-21_1.pdf
- García, J. (2006).** Interacción social y comunicación para la salud. Las representaciones sociales de los jóvenes poblanos sobre sexualidad y VIH/Sida como fundamento para la implementación de programas institucionales de mejoramiento de la salud pública. *UNIrevista* , 3(1), 17. Recuperado el 30 de Octubre de 2013, de http://www.unirevista.unisinos.br/_pdf/UNIrev_Gonzalez.PDF
- García, M. (1986).** *Sobre el método*. Madrid. CIS.
- García, M.L., Maragall, M., Pineda, M., Solè, N, Vázquez M. J. (2005).** *Estudio cualitativo sobre vulnerabilidades, violencias y calidad de vida en mujeres seropositivas "A pelo gritao"*. Creación Positiva y Plan Nacional sobre el Sida del Ministerio de Sanidad y Consumo del Gobiernos de España.
- García M. P. (2011).** Proyecto Docente. Documento inédito.
- García , M. y Mentol, M. (2009).** Arte y Sexos. La prevención del VIH desde en el Arte Contemporáneo. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 420-427). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- García, M. (2009).** Taller de Educación Sexual con Arte. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 427-433). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- García, M. (2009).** Una Educación Sexual de Cine. *II Encuentro FIPSE sobre*

investigación social en VIH/SIDA. (págs. 434-442). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.

Generalitat de Catalunya, Departament de Salut. Vigilància epidemiològica de la sida a Catalunya. Situació fins al 31 de desembre de 1999. Butlletí epidemiològic de Catalunya. Recuperado el 14 de enero de 2014, de <http://www.gencat.cat/salut/depsalut/html/es/dir2242/acnp89.htm>

GESIDA (2012). *Documento de consenso de la Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida /GESIDA sobre la Asistencia en el ámbito sanitario a las mujeres con infección por el VIH.* GESIDA. Recuperado el 18 de noviembre de 2013, de <http://www.gesida-seimc.org/contenidos/guiasclinicas/2012/gesidadcycrc2012-Documentoconsenso-asistenciaVIHMujeres.pdf>

Getty Images, (22 de enero de 2014). Obtenido de Getty Images: <http://www.gettyimages.es/Search/Search.aspx?contractUrl=2&language=es&family=creative&assetType=image&p=sida#>

Gil de Montes, L., Fuster, M. J., Molero F., Ubillos, S. y Agirrezabal, A. (2009). Las implicaciones de la ocultación y su posible papel como estrategia de afrontamiento del estigma asociado al Vih. *Superando Barreras. II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 280-289). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.

Giménez, C., Ballester, R., Gil, M.D., Ruiz, E. y Cassá, C. (2009). ¿Qué resulta más eficaz en la prevención del VIH-Sida? Análisis diferencial de distintas estrategias de intervención para la promoción de la realización de las pruebas de anticuerpos de VIH en población joven. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 214-223). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.

Goffman, E. (1961). *Asylums: Essays on the Social Situation of Mental Patients and Other Inmates.* Garden City, New York.: Anchor Books.

Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* Garden City, New York: Anchor Books.

Goffman, E. (1986). *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity.* New York: Simon & Schuster.

Goffman, E. (2006). *Estigma: La identidad deteriorada.* Buenos Aires, Argentina: Amorrortu. Recuperado el 14 de noviembre de 2012, de <http://investigacion.politicas.unam.mx/teoriasociologicaparatodos/pdf/Enfoque/Goffman%20-%20Estigma%3B%20La%20identidad%20deteriorada.pdf>

Gómez, J.C., Alonso, C., Cueto, A., de Gregorio, M., Emeric, E., Fernández de Alba, A., Fernández, R., González, A., Guerra, N., Hernández, V., Huarte, J., B. López, B., Martín, C., Melgosa, M., Martínez, E., Remón, L., Requeni, R., Sánchez, M. y Sanclemente, C. (2009).

- Estudio de aproximación a los problemas de inserción laboral de las personas Vih+. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 542-551). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Gómez, J. C. , Alonso, C., Cueto, A., de Gregorio, M., Emeric, E., Fernández de Alba, A., Fernández, R., González, A., Guerra, N., Hernández, V., Huarte, J., López, B., Martín, C., Melgosa, M., Martínez, E., Remón, L., Requeni, R., Sánchez M., y Sanclemente C.(2009)**. Estudio de aproximación a los problemas de inserción laboral de las personas Vih+. *Superando Barreras. II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 542-551). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Gómez, S., Ballester, R., Gil, M.D., Ruiz, E., y Gil, B. (2009)**. Dimensiones de personalidad asociadas a la empatía y solidaridad hacia las personas afectadas por Vih. *Superando Barreras. II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 292-300). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- González Faraco, J. C. (2000)**. *“Cómo se fabrican los maestros. El conocimiento pedagógico en la formación del futuro docente”*. Barcelona: Hergué Editorial.
- González Faraco, J.C., León Leal, J.A., Morón Marchena J. A., González Garrido, E. (2011)**. SIDA, infancia y exclusión social. Bases para un proyecto de investigación socioeducativa. En *La problemática del SIDA: una aproximación socioeducativa*. Sevilla: Universidad Pablo de Olavide, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- González Faraco, J. C., Luzón, A. y Torres, M. (2012)**. La exclusión social en el discurso educativo: un análisis basado en un programa de investigación. *Archivos Analíticos de Políticas Educativas*, 20 (24). Arizona State University. ISSN: 1068-2341.
- González Faraco, J. C., Luzón, A. y Torres, M. (2012)**. Youth with HIV/AIDS: Concealment Strategies for Combating Social Stigma and Educational Exclusion. Comunicación presentada a la *XXV CESE Conference*. Salamanca, Universidad de Salamanca y Comparative Education Society for Europe.
- González Faraco, J. C., Jiménez Vicioso, J. R., Pérez Moreno, H. M. y Morón, A. (2012)**. La Teoría Cultural del Consenso en la investigación pedagógica: su aplicación en un estudio sobre exclusión social y educativa de adolescentes y jóvenes con VIH. En *La Pedagogía Social en la Universidad*. Actas del XXV Seminario Interuniversitario de Pedagogía

- Social*. Valencia, Nau Llibres, pp. 231-242.
- González Faraco, J. C., Murphy, M. D. y Leal, M. (2013).** Narratives of Social Exclusion by Spanish Youth with HIV/AIDS. Comunicación presentada al *48th Annual Meeting of the Southern Anthropological Society*, Johnson City, Tennessee, USA, 7-9 Marzo, 2013.
- González Faraco, J. C. (2013).** La transición a la adolescencia de niños españoles con VIH: bases para la construcción de un modelo cultural. En *Conversaciones con un maestro (Liber amicorum)*. Madrid, UNED y Ediciones Académicas, pp. 291-306. ISBN: 13:978-84-92477-93-7
- González Faraco, J. C., León Leal, J. A., Iglesias Villarán, I., Pérez Moreno, H. M. y Jiménez Vicioso, J. R. (2014).** Referencias básicas para una acción social y educativa en el ámbito del VIH/SIDA. En Morón Marchena, J. A., López Noguero, F. y Cobos Sanchiz, D. (dirs.) *Investigar e intervenir en educación para la salud*. Madrid, Narcea. En prensa.
- González, J. G. (2008).** *Comunicación, interacción y representaciones sociales del VIH/SIDA en jóvenes: Estudio de caso*. Puebla, México. Recuperado el 25 de Octubre de 2013, de http://cdigital.uv.mx/bitstream/123456789/6107/2/Tesis_Doctorado_Garcia_Gonzalez.pdf
- González, M.J. (1997).** *Metodología de la Investigación Social*. Ed. Aguaclara.
- Grimberg M. (2003).** Narrativas del cuerpo. Experiencia cotidiana y género en personas que viven con VIH. *Cuadernos de Antropología Social* N° 17, pp. 79-99, 2003.
- Grupo de Trabajo sobre Tratamientos del VIH (gTt-VIH) (2013).** “Guía para entender las pruebas de detección y el riesgo en las prácticas sexuales”. Barcelona. Recuperado el 28 de Octubre de 2013 de http://gtt-vih.org/files/active/0/Guia_transmision_sexual_VIH.pdf
- Gurruchaga, A. (2009).** Lucía, una niña triste que cosía punto de cruz. Una historia de caso. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 591-597). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Gutiérrez, I. M., Gómez, J. I. A., Morueta, R. T., & González, A. M. C. (2009).** Consumo de drogas entre los estudiantes de la Universidad de Huelva. Una comparativa con la población andaluza. En *Igualdad, desarrollo y cooperación: 13, 14 y 15 de noviembre de 2009, Palacio de los Condes de Valdeparaíso, Almagro (Ciudad Real)* (pp. 303-316). Asociación castellano-manchega de Sociología.
- Gutiérrez, I. M., Gómez, J. I. A., Morueta, R. T., & Gómez, A. H. (2011).** El fenómeno del botellón y el consumo de alcohol en la ciudad de Huelva. In *Innovaciones en la sociedad del riesgo: Selección de trabajos presentados en le XVI Congreso Nacional de Sociología en Castilla-La Mancha* (pp. 635-650).
- Hall, H. I., Song, R., Rhodes, P., Prejean, J., An, Q., Lee, L. M., (2008).**

- Estimation of HIV incidence in the United States. *Journal of the American Medical Association.*, 300(5), 520-529. Recuperado el 14 de noviembre de 2013 de fuente <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2919237/>
- Hammond, G. (1989).** Human immunodeficiency virus type 2. *Canadian Medical Association Journal*, 140(2), 121-122. Recuperado el 10 de octubre de 2012 de fuente <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1268580/pdf/cmaj00183-0031.pdf>
- Heras González, P. (2006).** Identidad y medicalización. En Encuentro FIPSE sobre la investigación desde la perspectiva social de VIH/Sida, Valencia: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Holguín A., Soriano, V. (2000).** Origen y evolución del virus de la inmunodeficiencia humana. *Med Clin (Barc)*, 115(20), 775-778. Recuperado el 28 de Septiembre de 2012 de http://www.researchgate.net/publication/256811507_Origen_y_evolucion_del_virus_de_la_inmunodeficiencia_humana
- Hoyos, J., De la Fuente, L. Fernández, S., Gutiérrez, J., Rosales M.E., García de Olallag, P., Ruiz, M. y Belza M. J. (2012).** La oferta de la prueba rápida del VIH en la calle dentro del ámbito universitario: ¿una estrategia prioritaria? *Gaceta Sanitaria*, 26(2). Recuperado el 29 de Septiembre de 2012, de http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112012000200007/
- Ibáñez, J. (1985).** *Más allá de la sociología. El grupo de discusión: técnica y crítica.* Madrid. Ed. Siglo XXI, S.A.
- Ibáñez, J. (1985).** Del algoritmo al sujeto. Perspectiva de la investigación social. Ed. Siglo XXI, S.A. Madrid.
- Ibáñez, J. (1994).** La investigación social de segundo orden. Ed. Siglo XXI, S.A. Madrid.
- Icek Ajzen, T. J. (1986).** Prediction of goal directed behavior: Attitudes, intentions and perceived behavioral control. *Journal of Experimental Social Psychology.*, 22(5), 453-474.
- Irizar, L. (2009).** Subjetividad y enfermedad. Vivencias y retos en el VIH/sida según sus protagonistas. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 124-133). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Jáidar, I. (2002).** *Los dominios del miedo.* Universidad Autónoma Metropolitana, Unidad Xochimilco Extraído de <http://csh.xoc.uam.mx/produccioneditorial/libreriavirtual/miedo/miedo.pdf>
- Jansen I, Geskus R, Davidovich U, Coutinho R, Prins M. (2010).** Increasing trend in HIV-1 incidence among young men who have sex with men in Amsterdam: a 25-year prospective cohort study. *XVII Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas.* San Francisco, California, EE.UU.
- Lattimore S., et al. (2008).** Situation of HIV infections and STIs in the United Kingdom in 2007. *Eurosurveillance*, 13(49), 1909. Recuperado el

- 19 de Octubre de 2012, de <http://www.eurosurveillance.org/ViewArticle.aspx?ArticleId=19059>
- La Vanguardia. (1987).** Está injustificada la expulsión escolar del niño de Durango, según los expertos. Recuperado 11 de octubre de 2012, de <http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/1987/01/15/pagina-24/32980980/pdf.html>
- La Vanguardia. (1991).** Montse sólo tiene dos compañeros. Recuperado 11 de octubre de 2012, de <http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/2011/09/11/pagina-42/33483449/pdf.html?search=obrir>
- Likatavicius G, et al.(2008).** An increase in newly diagnosed HIV cases reported among men who have sex with men in Europe, 2000–2006: implications for a European public health strategy. *Sexually Transmitted Infections*, **84**, **84(6)**, 499-505. Recuperado el 2 de Noviembre de 2013, de fuente <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19028955>.
- Link, B. G. y Phelan, J. C. (2001).** Conceptualizing stigma. *Annual Review of Sociology*, **27**, 363-385. Recuperado el 16 de febrero de 2013, de doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- León Leal, J. A., González Faraco, J. C., Falcón, D. y Neth, O. (2010).** La Infección VIH en Pediatría. *Pediatría Integral*, **14** (3), 209-220. Sociedad Española de Pediatría, Madrid. ISSN 1135-4542.
- Lozano, V.(2011).** *Compuestos polifuncionales basados en el Anillo de 1,3,5-Triazina: Síntesis y estudio de sus propiedades Anti-VIH*. Madrid. Recuperado el 7 de noviembre de 2013, de <http://eprints.ucm.es/13017/1/T32917.pdf>
- Llorens Gumbau, S., Beas Collado, M. I., y Cifre Gallego, E. (2000).** *Diseño y validación de un instrumento de evaluación de Actitudes hacia la Búsqueda de Empleo (A.B.E.)*. Jornades de Foment de la Investigació. Recuperado el 03 de noviembre de 2013, de <http://hdl.handle.net/10234/80067>
- Magi, L. (2010).** El Papa admite el uso del preservativo solo para la prostitución. *El País*. Recuperado el 03 de 12 de 2012, de http://elpais.com/diario/2010/11/21/sociedad/1290294002_850215.html
- Make Arts/Stop AIDS. (2014).** Recuperado el 24 de 2 de 2014, de Make Arts/ Stop AIDS: <http://makeartstopaids.org/>
- Marín Gutiérrez, I., Tirado Morueta, R., Agueded Gómez, J. I., & Hernando Gómez, Á. (2012).** Perfil de los jóvenes que practican el botellón. *A tu Salud*,(78), 10-14.
- Martín Arribas, M. C. (2004).** Diseño y validación de cuestionarios. *Matronas Profesión*, **5(17)**, pág. 23-29.
- Martínez, A. G. (2005).** Educación y prevención del SIDA. (Universidad de Murcia., Ed.) *Anales de psicología*, **21(1)**, 50-57. Recuperado el 02 de Noviembre de 2013, de http://www.um.es/analesps/v21/v21_1/06-21_1.pdf

- Matrín Gutiérrez, I., Aguaded Gómez, J. I., Tirado Morueta, R., & Carrasco González, A. M. (2010).** Consumo de cannabis en universitarios. Factores de protección y riesgo. *A tu salud*, (69), 19-23.
- Mena A. M. y Méndez J.M. (2009).** La técnica de grupo de discusión en la investigación cualitativa. Aportaciones para el análisis de los procesos de interacción. *Revista Iberoamericana de Educación*. Nº 49/3-25 de abril 2009.
- Ministerio del Interior. (2013).** Boletín epidemiológico de instituciones penitenciarias. Secretaria General de Instituciones Penitenciarias. Subdirección General de Coordinación de Sanidad Penitenciaria. Gobierno de España. Recuperado el 13 de enero de 2014, de http://www.institucionpenitenciaria.es/web/export/sites/default/datos/descargables/saludpublica/BOLETIN_13-2013.pdf
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** *Web del Gobierno de España*. Consultada 11 de septiembre de 2013 en <http://msssi.gob.es/>
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad.** Gobierno de España (2013). Universidades Saludables. Recuperada 11 de diciembre de 2013, de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/docs/Anexol.pdf>
- Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad.** (1997). No te piques el sida: haz sexo más seguro. Recuperado el 19 de octubre de 2012, de <http://hemeroteca.lavanguardia.com/preview/1987/01/15/pagina-24/32980980/pdf.html>
- Miric, M. (2003).** “Estigma y discriminación: Vinculación y demarcación”. *Paradigmas, Año I(2)*, 83-97.
- Miric, M. (2003).** Las huellas del tabú: Aproximaciones al concepto de estigma. *Paradigmas, Año I(1)*, 50-62. Recuperado el 13 de abril de 2013 de fuente [http://soft2.uasd.edu.do/IPSU/Documentos%20y%20PDF/M\[1\].Miric_F_Aproximaciones_Estigma.pdf](http://soft2.uasd.edu.do/IPSU/Documentos%20y%20PDF/M[1].Miric_F_Aproximaciones_Estigma.pdf)
- Miric, M. (2004).** Escala para la evaluación del estigma sentido entre las personas VIH positivas en la República Dominicana. *El Caribe, varios idiomas y muchas culturas, unido para combatir el VIH/SIDA. Santo Domingo: COPRESIDA.*
- Molero, F. y Fuster M.J. (2009).** El papel de la identidad grupal en el afrontamiento del estigma asociado al VIH. *Superando Barreras. II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA* (págs. 93-100). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Montejo, A., del Olmo, M.A, Dafina, I.A., y Bustamante, R. (2009).** Personas que ejercen la prostitución y clientes... ¿qué papel tienen en la prevención del Vih? *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 178-186). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.

- Mora, M. (2002).** La teoría de las representaciones sociales de Serge Moscovici. (Universidad de México), Ed.) *Athenea-Digital*(2). Recuperado el 02 de Diciembre de 2013, de <http://atheneadigital.net/article/view/55/55>
- Moreno, M. C., Muñoz, M. V., y Pérez, P. J. (2002).** *El estudio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) en España. Los adolescentes españoles y su salud. Un análisis en chicos y chicas de 11-17 años.* Madrid: Ministerio de Sanidad y Consumo. Recuperado el 26 de Septiembre de 2013, de http://www.msc.es/ciudadanos/proteccionSalud/adolescencia/docs/adolesEsp_2002.pdf.
- Morin, S.F., Charles, K.A. y Malyon, A.K. (1984).** The psychological impact of AIDS on gay men. *American Psychologist*, 39: 1288-1293
- Morón, J.A., López, F., Cobos, D., Torres Gordillo J.J. (2011).** *La problemática del SIDA: una aproximación socioeducativa.* Sevilla: Universidad Pablo de Olavide, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Morueta, R. T., Gómez, J. I. A., & Gutiérrez, I. M. (2009).** Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Health & Addictions/Salud y Drogas*, 9(2).
- Morón, J.A., López, F., Cobos, D., Torres Gordillo J.J. (2011).** SIDA: conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo en estudiantes y profesores en el cur-chontales de la universidad nacional autónoma de nicaragua-managua. En *La problemática del SIDA: una aproximación socioeducativa.* Sevilla: Universidad Pablo de Olavide, Universidad Nacional Autónoma de Nicaragua-Managua, Agencia Española de Cooperación Internacional para el Desarrollo y Agencia Andaluza de Cooperación Internacional para el Desarrollo.
- Moscovici, S. (1979).** *El psicoanálisis, su imagen y su público.* Buenos Aires, Argentina: Huemul S.A. Recuperado el 28 de Septiembre de 2013, de <http://taniars.files.wordpress.com/2008/02/moscovici-el-psicoanalisis-su-imagen-y-su-publico.pdf>
- Novo, C. (1990).** Polémica por una campaña a favor de los preservativos. *La Vanguardia* (31 octubre 1990), p. 30. Recuperado el 13 noviembre de 2013, de <http://hemeroteca-paginas.lavanguardia.com/LVE08/HEM/1990/10/31/LVG19901031-030.pdf>
- Novo, C. (1999).** Los casos de sida diagnosticados en 1998 se redujeron un 15% respecto al año anterior. *La Vanguardia* (12 febrero 1999), p. 22. Recuperado 11 de diciembre de 2012, de <http://www.sidastudi.org/es/registro/2c9391e41fb402cc011fb4525e045c1d>
- Novo, C. (1999).** El informe anual de UNICEF alerta del avance devastador del sida en África. *La Vanguardia*. Recuperado 11 de diciembre de 2012, de <http://hemeroteca.lavanguardia.com/search.html?q=sida&page=68>

- Nyirenda, I., Schenke, I. (2002).** *Prevención del vih-sida en las escuelas.* (Academia Internacional de Educación, Palais des Académies y la Oficina Internacional de Educación, ed.). Bruselas y Ginebra. Recuperado el 27 de septiembre de 2012, de http://www.inee.edu.mx/images/stories/Publicaciones/Coediciones/Practicas_educativas/Prevencion_VIH/f_09.pdf
- OMS (1997).** Declaración de Yakarta sobre la promoción de la salud en el siglo XXI. Copenhague: Oficina Regional para Europa de la OMS.
- OMS (1998).** *Promoción de la Salud.* Glosario. Ginebra: OMS.
- OMS. (2005).** *Guía para hacer un uso eficaz de los datos generados por la vigilancia del VIH.* Washington, D.C. Recuperado el 19 de octubre de 2013, de http://www.who.int/hiv/pub/surveillance/useofdata_sp.pdf
- OMS. (2006).** *Preventing HIV/Aids in Young People. A systematic review of the evidence from developing countries.*
- ONU.** Comisión sobre los Derechos Humanos (2001). Resoluciones 1999/49 y 2001/51. Obtenido de <http://www.un.org/depts/dhl/spanish/resguids/spechrsp.htm>
- ONU.** *Objetivos de Desarrollo del Milenio.* Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDAONUSIDA. Recuperado el 20 de Diciembre de 2012, de <http://www.un.org/es/millenniumgoals/bkgd.shtml>
- ONUSIDA. (2002).** *Informe sobre la epidemia mundial de VIH/SIDA.* Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDAONUSIDA. Recuperado el 22 de junio de 2012, de http://whqlibdoc.who.int/unaid/2002/global_report_2002_spa.pdf
- ONUSIDA. (2002).** *Marco conceptual y base para la acción. Estigma y discriminación relacionados con el VIH/SIDA.* Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDAONUSIDA. Recuperado el 18 de junio de 2012, de http://www.ministeriodesalud.go.cr/gestores_en_salud/derechos%20humanos/sida/marcoestigdiscrisida.pdf
- ONUSIDA.(2004).** *Vivir en un mundo con VIH y SIDA: información para el personal de las Naciones Unidas y sus familias.* Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDAONUSIDA. Recuperado el 24 de septiembre de 2012, de http://data.unaids.org/publications/irc-pub06/jc975-livinginworldaids_es.pdf
- ONUSIDA.(2006).** *Guía de acciones estratégicas para prevenir y combatir la discriminación por orientación sexual e identidad de género. Derechos humanos, salud y VIH.* Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDAONUSIDA. Recuperado el 24 de septiembre de 2012, de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Direitos_humanos_saude_e_HIV_ESPANHOL.pdf
- ONUSIDA. (2006).** *Situación de la epidemia de SIDA.* Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDAONUSIDA. Recuperado el 26 de septiembre de 2012, de <http://www.unaids.org/es/resources/publications/2006/name,34006,es.asp>

- ONUSIDA. (2007).** *Informe anual ONUSIDA*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA/ONUSIDA. Recuperado el 2 de diciembre de 2012, de <http://www.unaids.org.br/biblioteca/links/UNAIDS/UNAIDS%2011.pdf>
- ONUSIDA. (2007).** *Orientaciones terminológicas del ONUSIDA*. Recuperado el 23 de agosto de 2012, de http://www.cruzrojacolombiana.org/publicaciones/pdf/orientaciones_terminologicas_1672011_083911.pdf
- ONUSIDA. (2008).** *Informe sobre la epidemia mundial de SIDA 2008*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Recuperado el 2 de diciembre de 2012, de http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/cifras_mundo/informe_epidemia2008.pdf
- ONUSIDA. (2009).** *Informe sobre la situación de la epidemia de sida*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Recuperado el 18 de septiembre de 2012, de http://data.unaids.org/pub/report/2009/jc1700_epi_update_2009_en.pdf
- ONUSIDA. (2010).** *Informe del ONUSIDA sobre la epidemia mundial de SIDA*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Recuperado el 18 de septiembre de 2012, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/JC1958_GlobalReport2010_full_es.pdf
- ONUSIDA. (2011).** *Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Recuperado el 7 de octubre de 2012, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/JC2216_WorldAIDSday_report_2011_es.pdf
- ONUSIDA. (2011).** *Informe "Outlook"*. Recuperado el 01 de Diciembre de 2013, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2011/20110607_JC2069_30Outlook_es.pdf
- ONUSIDA. (2012).** *Informe de ONUSIDA para el día mundial del SIDA*. Ginebra: Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA. Recuperado el 15 de octubre de 2012, de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2012/gr2012/20121120_UNAIDS_Global_Report_2012_with_annexes_es.pdf
- ONUSIDA. (10 de 1 de 2014).** *UNAIDS*. Obtenido de UNAIDS: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2010/20101013_unaidsmission_sp_es.pdf
- ONUSIDA y ACNUDH (2007).** *Manual sobre el VIH y los Derechos Humanos para las Instituciones Nacionales de Derechos Humanos*. Ginebra. Recuperado el 22 de Noviembre de 2013, de http://www.ohchr.org/Documents/Publications/HandbookHIV_NHRIs_sp.pdf
- Organismo Andino de Salud, ONUSIDA, OPS/OMS (2008).** *Análisis de situación del Estigma y Discriminación a las personas con VIH y a los grupos de población más expuestos en el marco del acceso universal a la*

prevención, tratamiento, atención y apoyo en VIH/sida en los países de la Subregión Andina: Bolivia, Colombia, Chile, Ecuador, Perú y Venezuela. Plan Subregional Andino para la disminución del Estigma y la Discriminación a las personas con VIH y los grupos de población más expuestos. Lima: ORAS-CONHU.

- Parker, R., Camargo JR., K. R. (2000).** Pobreza e HIV/AIDS: aspectos antropológicos e sociológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 16, 1, (pág. 89-102). Rio de Janeiro
- Pascual, A. (2009).** Proyecto de investigación sobre la promoción de la salud sexual de adolescentes para la prevención del VIH. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 199-213). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Patton, C. (1985).** *Sex and Germs: The politics of AIDS*. Boston: South End Press.
- Pérez, I. P. (2013).** *Conocimientos y prácticas de riesgo en VIH/SIDA. Una estrategia de Cooperación en Educación para el Desarrollo en Nicaragua* (Tesis Doctoral). Universidad Pablo de Olavide. Sevilla.
- Peterson, J. y DiClemente, R.J. (2000).** *Handbook of HIV prevention*. New York: Kluwer Academic / Plenum Publishers. Recuperado el 21 de Octubre de 2013, de [https://www.google.es/search?q=Peterson,+J.L.+y+DiClemente,+R.J.+\(2000\).+Handbook+of+HIV+prevention.+New+York%3A+Kluwer+Academic+/+Plenum+Publishers.&hl=es](https://www.google.es/search?q=Peterson,+J.L.+y+DiClemente,+R.J.+(2000).+Handbook+of+HIV+prevention.+New+York%3A+Kluwer+Academic+/+Plenum+Publishers.&hl=es)
- Planes, M., Gómez, A.B., Gras, M.E., Font-Mayolas, S., Cunill, M., Aymerich, M., Soto, J. (2006).** Cambios en las percepciones de riesgo frente al sida de los estudiantes universitarios durante la última década. *Cuadernos de Medicina Psicosomática y Psiquiatría de Enlace*, 76/77, 39-45. Recuperado de <http://dugi-doc.udg.edu/bitstream/handle/10256/1177/Cuad-76-77-Trabajo4.pdf?sequence=1>
- Polo, R., Locutura, J., Fernández, J.L. (2008).** Recomendaciones de la SPNS/SEP/SENP/SEIP/GESIDA sobre aspectos psiquiátricos y psicológicos en la infección por el VIH. Octubre de 2008. Recomendaciones nº 37. Extraído de: <http://www.msssi.gob.es/ciudadanos/enfLesiones/enfTransmisibles/sida/docs/recomendacionesPsiquiatria.pdf>
- Popovic, M., Sarngadharan, M. G., Read, E., y Gallo, R. C. (1984).** Detection, Isolation, and Continuous Production of Cytopathic Retroviruses (HTLV-III) from Patients with AIDS and Pre-AIDS. *The Science, New Series*, 224(4648), 497-500. Recuperado el 17 de noviembre de 2012, de <http://www.sparks-of-light.org/261-DetectionIsolationProductionHTLVIII.pdf>
- Puerta, Á. (1985).** Un servicio telefónico informará a los madrileños sobre la atención del sida. *Periodico ABC*, pág. 54. Recuperado el 16 de noviembre de 2012, de <http://hemeroteca.abc.es/nav/Navigate.exe/hemeroteca/madrid/abc/1985/10/18/054.html>
- Quagliarello, V. (1982).** The Acquired Immunodeficiency Syndrome: current status. *The Yale Journal of Biology and Medicine.*, 55(5-6), 443-452. Re-

- cuperado el 12 de Noviembre de 2013 de <http://www.sidastudi.org/es/registro/d25f08042fc14bd801338ed47ade059c>
- Resolución de 6 de septiembre de 1985, de la Subsecretaría del Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: BOE, Ministerio de Relaciones con las Cortes y de la Secretaría de Gobierno. Nº 217 (10 septiembre 1985), p. 28613-28614.** Recuperado el 08 septiembre de 2012, de <http://www.boe.es/boe/dias/1985/09/10/pdfs/A28613-28614.pdf>
- REUS (Red Española de Universidades Promotoras de Salud).** Consultada el 2 de noviembre de 2012, de <http://www.msssi.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/promocion/UniversidadesSaludables/REUS.htm>
- REUS (2009).** Declaración de Pamplona/Iruña. IV Congreso de Universidades Promotoras de la Salud. Recuperado 12 de septiembre de 2013, de <http://www.fundacion.unavarra.es/universidadsaludable/documentos/declaracion%20de%20pamplona.pdf>
- Rodríguez, E. (2009).** Desigualdades en salud según origen geográfico y género: asignatura pendiente en la investigación de políticas públicas y salud. // *Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 62-74). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Rodríguez Gómez, G., Gil, J., García, E. (1996).** Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez Gómez, G., Gil Flores, J. y García Jiménez, E. (1999).** Metodología de la investigación cualitativa. Málaga: Ediciones Aljibe.
- Rodríguez, M y Zamora C. (2010).** *Plan Andaluz frente al VIH/SIDA y otras ITS (2010-2015)*. Junta de Andalucía. Consejería de Salud. Extraído de http://www.juntadeandalucia.es/export/drupalajda/plan_sida_.pdf
- Román, Á. (2009).** Ante el dolor de los demás: La enfermedad como estigma de las desigualdades sociales. Madrid: Fundación Triángulo.
- Rosenberg, M.J. y Hovland, C.I.(1960).** Cognitive, affective and behavioral components of attitudes. *Attitude Organization and Change*, New Haven: Yale University Press.
- RTVE. (1987).** Sida, los nuevos apestados. *Informe Semanal*. Recuperado el 15 de agosto de 2013, de <http://www.rtve.es/alacarta/videos/programa/sida-los-nuevos-apestados-informe-semanal-1987/1118994/>
- RTVE. (2009).** Convivir. *Documentos TV*. Recuperado el 06 de Diciembre de 2013, de <http://www.rtve.es/alacarta/videos/documentos-tv/documentos-tv-convivir/641005/>
- Ruzafa, M., López-Iborra, L. y Madrigal, M. (2009).** Evaluación de la calidad de vida en el trabajo de las personas con Vih/sida. // *Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA*. (págs. 236-246). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.

- Sansinenea, E., Agirrezabal, A, Valencia, J.F., Muela,A., López, A.M. y Fuster, M.J. (2009).** Factores protectores de la salud en el estrés y la estigmatización: el papel de la autorrealización y afecto positivo en personas que viven con el Vih/sida. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 226-235). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. (2002)** .VIH y Sida en España. Situación Epidemiológica, 2001. Ministerio de Sanidad y Consumo ed.
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (2011).** El VIH en España. 30 años. La madurez de una epidemia.Revista *ZUM.*
- SIDA STUDI (2011).** 30 años de VIH/SIDA, 30 años de luchas. 1º de Diciembre: Día mundial de lucha contra el SIDA. Barcelona.
- SIDA STUDI y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. (2011).** Proyecto Evalúa+. Recuperado de 13 de octubre de 2012, de <http://www.sidastudi.org/es/evalua>
- Sontag, S. (1978/1988).** *La enfermedad y sus metáforas. El SIDA y sus metáforas.* (S. a. Farrar, Ed.) New York. Recuperado el 12 de noviembre de 2012, de http://www.bsolot.info/wp-content/uploads/2011/02/Sontag_Susan-La_enfermedad_y_sus_me_taforas_El_Sida_y_sus_metaforas.pdf
- Stahlberg, D. y Frey, D.(1991).** Actitudes I: Estructura, medida y funciones. *Introducción a la Psicología social. Una perspectiva europea.* Ariel Psicología.
- Sullivan PS, et al. (2009).** Re-emergence of the HIV epidemic among men who have sex with men in North America, Western Europe, and Australia, 1996–2005. *Annals of Epidemiology*, 19:423–431., 19(6), 423-431. Recuperado el 3 de enero de 2013, de fuente <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/19460672>
- Tello, M. (2009).** Conocimientos y actitudes de estudiantes universitarios frente al Vih/sida. Chiclayo, Lambayeque- Perú. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 472-477). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- The New York Times. (1981).. (1981).***Rare cancer seen in 41 homosexuals.* Recuperado el 11 de septiembre de 2012, de <http://www.nytimes.com/1981/07/03/us/rare-cancer-seen-in-41-homosexuals.html>
- Tirado Morueta, R., Aguaded Gómez, J. I., & Martín Guitiérrez, I. (2010).** Patrones de consumo de drogas y ocupación del ocio en estudiantes universitarios: sus efectos sobre el hábito de estudio. *Revista Española de Drogodependencias*, 35(4), 467-480.
- Tirado Morueta, R., Aguaded Gómez, J.I., Marín Gutiérrez, I. (2009).** Factores de protección y de riesgo del consumo de alcohol en alumnos de la Universidad de Huelva. *Health and addictions: salud y drogas.* , 165-184.

- Tirado Morueta, R., Agueded Gómez, J. I., y Marín Gutiérrez., I. (2013).** Incidencia de los hábitos de ocio y consumo de drogas sobre las medidas de prevención de la drogadicción en universitarios. *Educación XX1*, 16(2), 137-159.
- Tizón, E., Monsalve, L., Jimeno, M.V. Programa GALIA: necesidad de intervención en VIH/SIDA/ITS con jóvenes. (2009).** *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 600-605). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Sábado J. T y Aradilla A. (2003).** Actitud ante el sida en estudiantes de enfermería. ¿Cuál es el papel de la formación académica? *Educación Médica* 2003; 6(2): 87 -92.
- San Francisco Chronicle (1981).** A Pneumonia that strikes gay males. Recuperado el 03 de noviembre de 2012, de <http://www.sfgate.com/c/acrobat/2011/06/03/aids-petit-102081-story.pdf>
- Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida (2010).** “*Guía para gais y hombres bisexuales*” con VIH. (S. d. Sida, Ed.) Madrid. Recuperado el 05 de Noviembre de 2013, fuente de <http://www.stopsida.org/es/publicaciones>
- UNAIDS/OHCHR. (2006).** *International Guidelines on HIV/AIDS and Human Rights.* Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Recuperado el 25 de marzo de 2013, de http://data.unaids.org/publications/irc-pub07/jc1252-internguidelines_en.pdf
- UNAIDS. (2007).** *Reducing HIV Stigma and Discrimination: a critical part of national AIDS programmes, A resource for national stakeholders in the HIV response* Ginebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Ginebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Recuperado el 13 de febero de 2013, fuente de http://data.unaids.org/pub/report/2008/jc1521_stigmatisation_en.pdf
- UNAIDS. (2010).** *26th Meeting of the UNAIDS Programme Coordinating Board. Non-discrimination in HIV responses.* Ginebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) Ginebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Recuperado el 8 de octubre de 2012, fuente de <http://www.unaids.org/en/aboutunaids/unaidsprogrammecoordinatingboard/pcbmeetingarchive/name,843,en.asp>
- UNAIDS. (2013).** *Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013.* Ginebra: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). Recuperado el 8 de octubre de 2012, fuente de http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/UNAIDS_Global_Report_2013_en.pdf
- UNESCO (2012).** *Estrategía de la UNESCO sobre el VIH/SIDA.* Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura. Recuperado el 17 de febrero de 2013, de <http://unesdoc.unesco.org/images/0019/001931/193118s.pdf>

- Universidad de Huelva.** Recuperado el 23 de Octubre de 2013, de <http://www.uhu.es/index.php>
- Valencia, J.F., Agirrezabal A.y Salaverria, A. (2006).** Representaciones sociales y el fenómeno social del sida: el rol de las teorías popularizadas. *Encuentro FIPSE sobre investigación de la perspectiva social del VIH/sida.* Valencia: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España. Recuperado el 02 de Octubre de 2013, de <http://es.scribd.com/doc/75117757/Arrate-Agirrezabal-y-Jose-Francisco-Valencia>
- Valencia, J.F., Agirrezabal A. (2009).** El papel de la identidad grupal en el afrontamiento del estigma asociado al Vih Análisis de la situación laboral de las personas con VIH. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 101-111). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Velasco, S. (2ª edición 2000).** *Prevención de la Transmisión Heterosexual del VIH/Sida en mujeres.* Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida, Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid: Intituto de la Mujer.
- Velasco, S. (2002).** *Relaciones de género y Subjetividad. Método para programas de prevención.* Instituto de la Mujer y Secretaría del Plan Nacional sobre el Sida. Madrid: Instituto de la Mujer.
- Vidal, J.M. y Álvarez, R.J. (2005).** La Iglesia acepta el uso del preservativo «en el contexto» de la lucha contra el sida. *El Mundo* (19 de 1 de 2005), p.20. Recuperado el 11 de 1 de 2013, de <http://www.sidastudi.org/resources/inmagic-img/dd5748.pdf>
- Vilaseca, J., Arnau, J. M., Bacardi, R., Mieras, Caterina, Serrano, A., Navarro, C. (1982).** Kaposi's sarcoma and toxoplasma gondii brain abscees in a spanish homosexual.. *The Lancet.* Extraído de [http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736\(82\)92086-4/fulltext](http://www.thelancet.com/journals/lancet/article/PIIS0140-6736(82)92086-4/fulltext)
- Villegas, L y Zaragoza, K. (2009).** Perfil de los clientes de trabajadores masculinos del sexo en Barcelona. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 169-177). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- Visual AIDS.** Recuperado el 25 de 2 de 2014, de Visual AIDS: <https://www.visualaids.org/>
- Vitoria, A. y Tapia, A. (2009).** Importancia de la investigación social en vih: aportes desde la epidemiología social. *II Encuentro FIPSE sobre investigación social en VIH/SIDA.* (págs. 481-491). San Sebastián: Fundación para la Investigación y la Prevención del Sida en España.
- WHO. (2002).** *The World Health Report: Reducing Risks, Promoting Healthy Life.* Geneva: WHO. Recuperado de <http://www.who.int/whr/2002/en/>
- WHO. (2010).** *Global recommendations on physical activity for health.* Ginebra: WHO. Recuperado de http://www.who.int/dietphysicalactivity/factsheet_recommendations/en/

