

# Concepciones culturales sobre el VIH/SIDA de mujeres profesionales de la salud de Cuba

## Cultural conceptions about HIV/AIDS of Cuban health professional's women

Teresa Margarita Torres López\*

Rubén Soltero Avelar\*\*

### Resumen

**Objetivo:** Explorar las dimensiones culturales del VIH/SIDA de mujeres profesionales de la salud cubanas a fin de identificar elementos para desarrollar programas de prevención, atención y rehabilitación de personas con el mencionado padecimiento.

**Método:** Estudio transversal exploratorio. La muestra fue de 19 mujeres seleccionadas por muestreo propositivo. Se aplicaron las técnicas de listados libres y el sorteo de montones. Se indagaron términos asociados al concepto VIH/SIDA y grupos de dimensiones conceptuales. Se aplicó análisis de consenso mediante factorización de componentes principales y análisis dimensional mediante conglomerados jerárquicos y escalas multidimensionales.

**Resultados:** Las participantes conceptualizaron el padecimiento de VIH/SIDA como una enfermedad que lleva implícita la vida y la muerte, ocasionada por prácticas irresponsables en la esfera sexual. Identificaron para los contagiados una serie de cambios negativos en lo físico y lo emocional; así como el rechazo social. Para ellas, como profesionales, dicho problema de salud implica las acciones sanitarias de prevención, educación y cuidado de las personas.

### Abstract

**Objective:** To explore the conceptual dimensions about HIV/AIDS of Cuba health professional's women in order to identify elements to develop future prevention, care and rehabilitation programs.

**Method:** An exploratory cross-sectional study was carrying out. An interview was carried out to 19 Cuban women were selected by propositive sampling in high schools from the countries mentioned above. It was applied semistructured interviews: free lists and pile sorts. It was investigated associated terms of HIV/AIDS groups of conceptual dimensions. It was applied consensus analysis with factorial principal components method and dimensional analysis with hierarchical clusters and multidimensional scales.

**Results:** The participants conceptualized the HIV/AIDS as an illness, which included the life and death, caused by irresponsible actions in the sexual area. For the illness persons identified negative physical and mental changes, besides social isolation. As health professionals the HIV/AIDS imply health care actions like prevention, education and care of illness people.

» **Palabras clave:** Concepciones culturales, VIH/SIDA, profesionales de la salud.

» **Key words:** Cultural conceptions, HIV/AIDS, health professionals.

### Introducción

En la escala global la epidemia del Virus de Inmunodeficiencia Humana/Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (VIH/SIDA) se ha estabilizado. Según el Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre VIH (ONUSIDA) en el año 2007, 33 millones (entre 30 y 36

\*Doctora en Antropología. Departamento de Salud Pública. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. ttorres@cencar.udg.mx, ttorres@cucs.udg.mx.

\*\*Doctor en Ciencias. Departamento de Psicología Aplicada. Centro Universitario de Ciencias de la Salud. Universidad de Guadalajara. ruben.soltero@cucs.udg.mx, rubensoltero@prodigy.net.mx.

millones) de personas vivían con dicho padecimiento. De éstos, 45% era población joven (de 15 a 24 años).<sup>1</sup>

En Latinoamérica, para ese mismo año, se calculó la existencia de 1.7 millones de personas con VIH; con un estimado de 63 mil personas muertas por SIDA. Los principales modos de transmisión en dicha zona han cambiado poco desde la década pasada: transmisión sexual de hombres que tienen sexo con hombres; trabajo sexual y uso de drogas inyectables.<sup>2</sup>

En Cuba, hasta el 15 de agosto de 2006, había 7,593 casos diagnosticados como seropositivos; habían enfermado de SIDA 2,945; y de ellos fallecieron ya 1,498. En 2007 hay 642 casos nuevos (78 más que en 2006).<sup>3</sup> 3,240 casos de SIDA y 100 muertes reportadas.<sup>4</sup>

Aunque los datos epidemiológicos proporcionan un panorama sobre la magnitud del problema, se manifiesta la necesidad de considerar el punto de vista de los sujetos que dirigen los programas de prevención y atención. Es de particular importancia destacar la perspectiva de los profesionales de la salud mental, en este caso la profesión de psicología. Por un lado, porque ellos serán los encargados de realizar acciones de prevención del VIH/SIDA; así como desarrollar programas de atención y rehabilitación de personas enfermas. Y por el otro, la conceptualización que estas profesionales tengan del padecimiento, repercutirá en el tipo de servicio que proporcionarán a la población.

En cuanto a estudios específicos sobre las conceptualizaciones del VIH/SIDA en profesionales de la salud no hay reportados. Los que más se acercan son los enfocados al tema de conocimientos y creencias sobre el tema:<sup>5,6,7</sup> uno sobre percepción del VIH/SIDA,<sup>8</sup> más dos sobre profesionales de la salud y el estigma que conlleva dicho padecimiento.<sup>9,10</sup>

El primero sobre conocimientos y comportamientos sexuales relacionados con VIH/SIDA fue realizado en Colombia con estudiantes de postgrado; incluyéndose temas sobre gerencia en salud y seguridad social, desarrollo humano y educación sexual. Esta investigación mostró un porcentaje significativo de sujetos con

conocimientos deficientes y prácticas de riesgo que facilitan el contagio del VIH/SIDA.<sup>11</sup>

Otro más, realizado también en Colombia, fue sobre la asociación entre el área de estudio y los conocimientos y comportamientos frente a la transmisión del VIH/SIDA en los estudiantes de salud, ciencias básicas, ingenierías y humanidades de Santander. Se encontró que los estudiantes de salud obtuvieron el mayor promedio de respuestas correctas respecto de los estudiantes de las otras áreas. Se evidenció, que tampoco existen conocimientos adecuados sobre la posibilidad de adquirir la infección mediante prácticas de riesgo como tatuajes, perforaciones y relaciones sexuales bajo el efecto de sustancias psicoactivas.<sup>12</sup>

Un tercer estudio sobre conocimientos y creencias, en este caso de una población cubana sobre el VIH/SIDA, incluyó la participación de 100 médicos. Se encontró que 6% planteó que las personas con VIH/SIDA deben ser tratadas con lástima y compasión. 64% identificó la existencia de discriminación hacia los enfermos. Y 40% refirió que el anonimato en las personas viviendo con VIH/SIDA resulta peligroso para la sociedad.<sup>13</sup>

Otro estudio realizado en Cuba se enfocó a la percepción de riesgo de VIH/ITS/SIDA entre estudiantes de Salud Pública cubanos y extranjeros viviendo en Cuba. Los resultados mostraron que el nivel de conocimiento fue mayor en los cubanos respecto de los extranjeros.<sup>14</sup>

Con relación al estigma de VIH/SIDA en profesionales, está el estudio realizado a los prestadores de servicios de salud en México, con base en las percepciones que tienen sobre la infección y las personas que viven con VIH/SIDA (PVVS). Se encontró que algunos de los prestadores de servicios no distinguen la diferencia conceptual y clínica entre ser positivo al virus y padecer el síndrome. También que la noción de grupo de riesgo (homosexualidad, trabajo sexual) persiste en la práctica clínica. Asimismo, los proveedores de servicios de salud clasifican a las PVVS en víctimas (mujeres y niños) y culpables (hombres que tienen sexo con hombres y trabajadores sexuales).<sup>15</sup>

Un segundo estudio exploró las manifestaciones del estigma relacionado con el VIH/SIDA en una muestra de 80 profesionales de la salud (incluyendo 20 psicólogos) y estudiantes de profesiones de la salud de Puerto Rico.

Los participantes describieron manifestaciones de estigma que habían presenciado en sus escenarios de trabajo y adiestramiento. Manifestaron, además, la necesidad de implantar sistemas efectivos de vigilancia sobre las PVVS para controlar la epidemia. Ninguno reconoció haber discriminado a alguna persona con este padecimiento.<sup>16</sup>

Una forma de aproximarse a los profesionales de la salud fue resaltar lo que se ha llamado punto de vista desde dentro o punto de vista emic;<sup>17</sup> es decir, de quienes están directamente implicados o implicadas en la atención del problema. Así este estudio tuvo como objetivo explorar las dimensiones culturales del VIH/SIDA de mujeres profesionales de la salud de Cuba con la finalidad de identificar elementos para desarrollar programas de prevención, atención y rehabilitación de personas con el mencionado padecimiento.

## Método

El estudio se realizó con el enfoque de la Antropología Cognitiva, que estudia la manera en que los sujetos de diferentes culturas adquieren información y la procesan para generar decisiones y actuar de acuerdo con los valores normativos de su entorno.<sup>18</sup> La codificación de la información implica un tratamiento estadístico para obtener el análisis de consenso. Es decir, un análisis cuantitativo de datos cualitativos (pues implica convertir palabras o imágenes en números).

En la ciudad de la Habana, Cuba, hicimos dos recolecciones sucesivas de datos, en septiembre y octubre de 2008: en la primera fase con la técnica de listados libres (*free list*) y en un segundo momento con la técnica de sorteo de montones (*pile sort*).

Participaron 19 mujeres en cada una de las fases. La muestra y el tamaño de la misma en cada contexto se basaron en el supuesto del modelo de consenso

cultural de Romney, Weller y Batchelder<sup>19</sup> para el estudio de patrones culturales. El supuesto plantea que, en estudios de descripción cultural, el tamaño de muestra no debe ser grande, debido a que la correlación promedio entre informantes tiende a ser alta (0.5 o más).

Romney y Weller<sup>20</sup> sugieren un tamaño mínimo de informantes para clasificar 95% de las preguntas correctamente, bajo un promedio de competencia cultural esperada (concordancia entre las respuestas individuales y el patrón estimado de respuestas correctas del grupo) de 0.5 y un nivel de confianza de 0.95.

La estrategia de muestreo para la selección de entrevistadas fue propositiva;<sup>21</sup> los criterios de inclusión fueron: ser mujeres con profesión en el área de la salud y mayores de edad.

Las edades de las mujeres entrevistadas fluctuaban de los 20 a los 59 años, con promedio de 31.5 años. Dos de ellas de profesión médica y 17 profesionales de la psicología, las cuales tenían de 2 meses a 24 años de ejercer su profesión y 10 de ellas conocía a alguna persona con VIH/SIDA.

Las entrevistas se efectuaron en las instalaciones de un hospital en la ciudad de la Habana, sitio en el que se impartía un curso de actualización en el área de investigación.

Las técnicas de recolección de datos se orientaron a la descripción del dominio cultural del concepto de VIH/SIDA. En la Antropología Cognitiva se entiende por dominio cultural el conjunto de palabras o frases que, en distintos niveles, hacen referencia a una esfera conceptual específica.

En la primera fase se aplicó la técnica de listados libres,<sup>22</sup> que consiste en pedir a las informantes un listado escrito de términos o frases relacionados con una esfera conceptual particular; en este caso las siglas: VIH/SIDA.

Obtenidas las listas de palabras, se tabularon los términos por frecuencia de mención y orden de aparición, lo que permitió escoger los primeros 20 términos y generar el instrumento de recolección para

el sorteo de montones, que se aplicó en la segunda etapa del estudio. Un segundo análisis consistió en que, una vez tabuladas las respuestas que dieron las participantes, se agruparon las palabras por categorías: descriptivas, prácticas y atributos.

Los elementos descriptivos del concepto de VIH/SIDA se clasificaron en:

- a)** léxico (sinónimos del término),
- b)** composición (elementos que conforman el concepto de VIH/SIDA) y
- c)** vecindad (otras palabras relacionadas).

Las prácticas se clasificaron en acciones y funciones. Y por último los atributos (adjetivos o calificativos).<sup>23</sup>

El sorteo de montones consistió en elaborar tarjetas para cada uno de los 20 términos resultado de los listados libres y pedir a las informantes que formaran grupos o pilas de tarjetas que contuvieran los términos más parecidos, sin importar el número de agrupaciones o montones generados. Después se les pidió que etiquetaran cada montón con una palabra que identificara el conjunto de las tarjetas seleccionadas.<sup>24</sup>

Los datos generados en las dos fases de recolección fueron tabulados en matrices, palabra por palabra y sus valores fueron transformados a proporciones de similitud. Las matrices resultantes fueron analizadas por separado para los valores agregados y los valores individuales.

En el caso de los valores agregados, las matrices fueron analizadas mediante conglomerados jerárquicos. Este método asigna palabras a dimensiones conceptuales de acuerdo con la similitud percibida por las informantes.

El grado de similitud entre palabras se expresó en un gráfico como diagrama de árbol con niveles de correlación. En forma complementaria se hizo la representación espacial en dos dimensiones de las similitudes de las palabras representadas en los árboles de conglomerados, mediante escalas multidimensionales no métricas.

Con esta técnica se calculó el valor de stress como medida de bondad de ajuste de la representación de los conglomerados. Esta medida se define como la

suma de correspondencias entre pares de objetos dentro de la representación espacial. Sturrock y Rocha<sup>25</sup> sugieren un valor de corte de stress menor a 0.28; mientras Linares<sup>26</sup> califica 0.2 como pobre, 0.1 regular, 0.05 bueno, 0.025 excelente y 0.0 perfecto.

En el caso de los valores individuales, las matrices fueron analizadas mediante un modelo de consenso cultural ajustado a respuestas ordinales. Este modelo estima la verosimilitud de que un sistema homogéneo de conocimientos predomine en una cultura, a partir de la correspondencia entre los conocimientos del grupo y los del individuo. Para ello se realizaron análisis factoriales de los componentes principales que agrupan a los individuos en función de sus respuestas.

El criterio de bondad de ajuste para la obtención del consenso en los modelos implica que el primer factor alcance una razón tres veces mayor a la del segundo factor, lo cual significaría que hay una alta concordancia en las respuestas de los y de las informantes. Los distintos análisis se procesaron con el programa computarizado ANTHROPAC v. 4.1.<sup>27</sup>

Antes de cada entrevista se explicaron los objetivos del estudio y se obtuvo el consentimiento informado verbal, garantizándose a las informantes la confidencialidad y el anonimato en la recolección y el análisis de la información. La participación de las entrevistadas se sujetó a su aceptación voluntaria.

## Resultados

### Listados libres

Las palabras mencionadas por las participantes como sinónimos de VIH/SIDA consistieron en señalarlo, en términos simples o generales, como enfermedad, padecimiento y virus.

En lo que respecta a la composición del concepto, se expresó como símbolo de vida y muerte (una de ellas dijo: "irremediablemente conduce a la muerte"); además de algunos de los síntomas que se presentan a largo plazo ("al afectar el sistema nervioso inmunológico son o están vulnerables ante agresiones del medio"). En cuanto a otras palabras relacionadas, se hizo referencia a algunos

de los modos de prevención y de transmisión de la enfermedad; así como términos afines para alguno de estos casos (“con el condón se evita la transmisión de esta enfermedad”).

En este último apartado se dijeron también palabras que de manera popular siempre han sido asociadas al contexto de esta enfermedad (una de ellas dijo: “amor, debe ser lo primero que se debe pensar antes de desprotegerse”); o también fue el caso de asociarlo exclusivamente al ámbito sexual (“es la vía principal por la que se adquiere el virus”).

En el apartado de acciones se hicieron referencia a los programas educativos en salud (prevención, edu-

cación y cuidado: “el protegerse evita que se transmitan las enfermedades de transmisión sexual”); así como aspectos negativos (riesgos y actitudes como la responsabilidad: “controlar la enfermedad depende de la responsabilidad individual”). En cuanto a las funciones del término se señalaron en su mayoría aspectos negativos (emociones, rechazo social, estigma) y sólo unos pocos positivos (esperanza y reflexión).

Los atributos asignados plantean a esta enfermedad como un desafío (“es un reto en todas las esferas de la vida, en lo personal, social y pone en peligro toda la humanidad, su supervivencia”); una situación irremediable (“aun no hay cura conocida”) y algo cercano a sus vidas.

**Tabla No. 1**

**Palabras obtenidas en los listados libres sobre el concepto de VIH/SIDA en el grupo de Psicólogas de la Habana, Cuba, Septiembre 2008**

<b>DESCRIPTIVOS</b>		<b>Términos</b>
Léxico	Enfermedad Padecimiento	Virus
Composición	Dolor Debilidad	Vida Muerte
Vecindad	Amor Condón Sangre	Sexo Sexual
<b>PRÁCTICAS</b>		
Acciones	Apoyo Ayuda Derecho a cuidarse Educar Prevención Irresponsabilidad Transmisión Límite	Aprendizaje Comprensión Descuido Proteger Lucha Riesgo Promiscuidad Problemas
Funciones	Cambio Confusión Sufrimiento Impotencia Miedo Destrucción Depresión Esperanza Estigma Rechazo Resignación	Transformaciones Ansiedad Tristeza Inseguridad Pérdida Sombras Desesperanza Reflexión Prejuicios Segregación
<b>ATRIBUTOS</b>		
	Reto Incurable	Cercano

Fuente: Listados libres

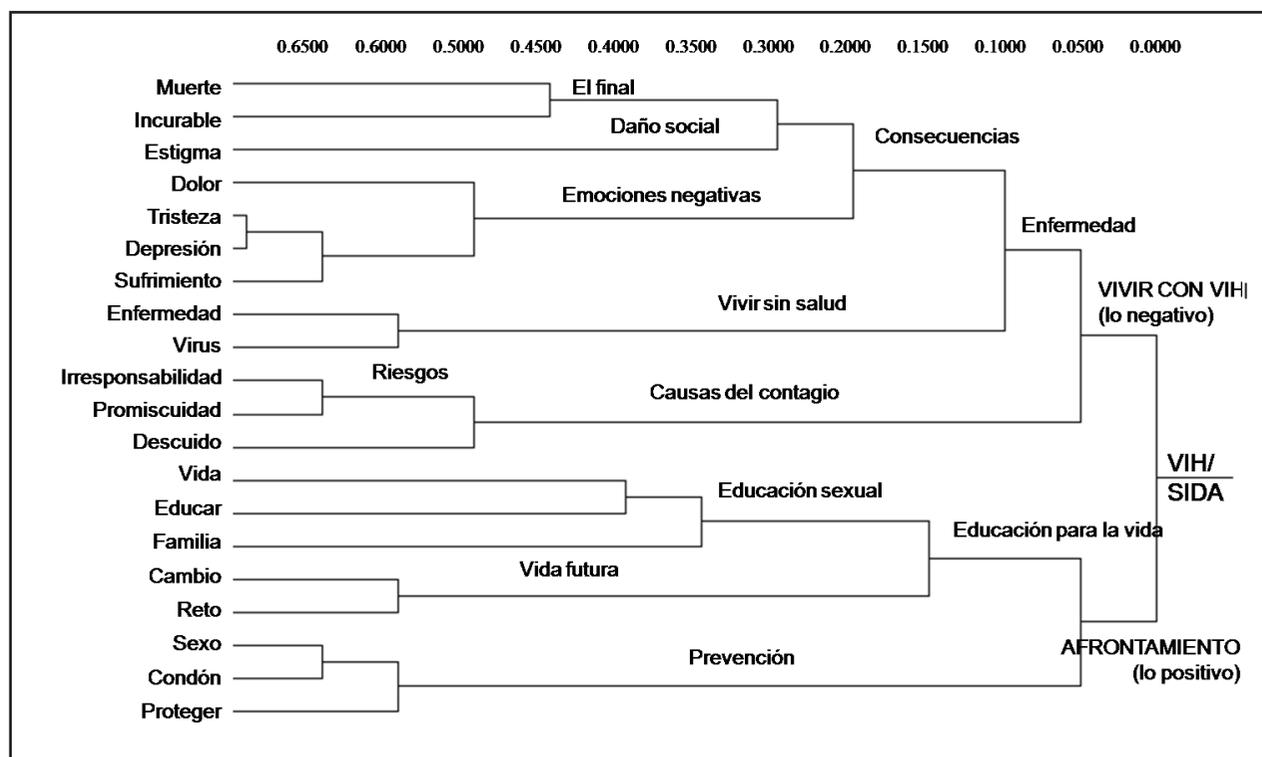
## Dimensiones conceptuales VIH/SIDA

En la figura No. 1 se muestran las dimensiones encontradas mediante análisis de conglomerados. Éstas se clasificaron de acuerdo con dos puntos de vista establecidos por los participantes: negativo (vivir con VIH) y lo positivo (el afrontamiento) y de padecer esta enfermedad.

La dimensión de vivir con VIH incluyó dos subdimensiones: una la enfermedad como tal; dividida a su vez en consecuencias (incluyó el final, el daño social y las emociones negativas: “En consulta tengo un paciente que está pasando por esto y lo veo muy deprimido”; “al inicio de la enfermedad el sujeto se siente perdido, apartado”) y vivir sin salud (incluyó enfermedad y virus). Y la segunda subdimensión fue las causas de contagio (esta última incluyó los riesgos como irresponsabilidad, promiscuidad y descuido).

En la dimensión de afrontamiento (una participante indicó: “es una oportunidad para ser mejores personas y también para la sociedad y es una consecuencia de pruebas también sociales”). Aquí identificaron dos subdimensiones que corresponden a dos áreas relacionadas con la promoción de la salud. En la primera de ellas se aborda el tema de la educación sexual (vida, educar, familia: “educar es algo importante para prevenir”); vida futura (cambio, reto: “el VIH/SIDA impone cambios en nuestra vida, en nuestros proyectos. Todos estamos sujetos a cambios, pero las personas con VIH/SIDA, como las otras enfermedades crónicas, muchos más tienen que hacer cambios bruscos y radicales en su estilo de vida”). La segunda subdimensión fue prevención (incluyó sexo, condón y proteger).

**Figura No.1**  
Dimensiones del concepto de VIH por conglomerado jerárquicos en el grupo de Psicólogos de La Habana, Cuba, septiembre 2008



Fuente: Sorteo de Montones

**Tabla No. 2**

**Niveles de consenso cultural sobre el término VIH en el grupo de Psicólogas (Expresados en razones factoriales y varianza acumulada de factores, promedio de competencias culturales y concordancia grupal)**  
**La Habana, Cuba, Septiembre 2008.**

Personas participantes	Razón del Factor 1 (F1)	Varianza Acumulada %	Razón del Factor 2 (F2)	Varianza Acumulada %	Razón F1:F2	Competencia Cultural* Media DE	Concordancia grupal**
Mujeres (n = 20)	10.971	84.7	1.170	93.7	9.375	0.735	0.093
<b>DE: desviación estándar</b> <b>** Competencia Cultural: media aritmética grupal del grado de acuerdo individual con las respuestas promedio.</b> <b>** Concordancia grupal: promedio de Competencia Cultural elevado al cuadrado</b>							

Fuente: Análisis de consenso del sorteo de montones

### **Consenso cultural sobre la concepción del VIH**

En la tabla No. 2 se presenta la organización conceptual de las distintas dimensiones del concepto de VIH que mostró consenso cultural pues alcanzó un nivel de razón = 10.971. Como ya se mencionó antes la regla es que este factor debe calificar más de tres veces la varianza del segundo factor, lo cual sucedió en este caso (9.375 veces mayor). El porcentaje acumulado de la varianza para el factor ratio 1 fue mayor a 70% (84.7) y la media de la competencia cultural individual fue mayor a 0.6 (0.735) confirmando esos valores el consenso cultural. El valor mayor a 0.3 en la medida de acuerdo grupal (0.540) describe homogeneidad en la organización conceptual de las dimensiones y validan también el consenso.

### **Discusión**

El objetivo propuesto de explorar las dimensiones culturales del VIH/SIDA de mujeres profesionales de la salud de Cuba fue cubierto. Las participantes conceptualizaron al padecimiento de VIH/SIDA como una enfermedad que lleva implícita la vida y la muerte, ocasionada por prácticas irresponsables en la esfera sexual. Identificaron para los contagiados una serie de cambios negativos en lo físico y lo emocional, así como el rechazo social. Para ellas como profesionales, dicho problema de salud implica las acciones sanitarias de prevención, educación y cuidado de las personas.

En las dimensiones encontradas dentro de esta conceptualización sobresalen dos visiones complementarias. Una centrada en la percepción social del padecimiento dentro de un contexto cultural específico y, la otra, refleja el oficio de las profesionales como agentes preventivos de la enfermedad.

La primera coincide con lo encontrado en estudios sobre las creencias en torno al VIH/SIDA, difundidas y compartidas por diferentes grupos poblacionales. Como es la asociación de la enfermedad con el final inevitable de la muerte física, la muerte social o rechazo social, así como una causalidad centrada en las acciones irresponsables por parte de los enfermos, donde se señalan prácticas sexuales de riesgo. Este componente es por demás interesante, pues si bien en Cuba se cuenta con una formación más completa en el tema que en otros países<sup>28</sup> esto no impide que las imágenes estereotipadas en torno al problema se hayan globalizado. La asociación de la enfermedad con la muerte se ha encontrado en diversos estudios realizados en México.<sup>29, 30, 31</sup> Ello a pesar de que en la actualidad con la terapia retroviral ha dejado de considerarse una enfermedad mortal para ser una enfermedad crónica, al prolongar la vida y disminuir la sintomatología en forma indefinida.

El señalar las conductas riesgo como causa del contagio implica, en alguna medida, un proceso de

estigmatización del padecimiento, al visualizar la enfermedad como producto de la irresponsabilidad personal, resultado de conducta impropia o inmoral.<sup>32</sup> Dicha estigmatización obedece a un mecanismo social de compensación frente a las amenazas a la norma y a los valores reconocidos por la comunidad que genera el VIH/SIDA. El estigma crea un efecto de coerción y legitimación de principios morales al atribuirles culpabilidad y rechazo.<sup>33</sup>

La segunda de las dimensiones de la conceptualización del VIH/SIDA señala las funciones de las profesionales de la salud en el campo de la prevención del contagio del VIH/SIDA. Se incluyeron elementos de prevención primaria, como la educación para la vida en general; la educación sexual en particular y la promoción de la protección. Asimismo se citaron elementos de prevención secundaria como el acompañamiento de los enfermos en los cambios que se presentan en su vida, lo cual consideran un reto para su campo profesional.

Esto lleva a concluir que las participantes están ubicadas en cuanto a su participación como profesionales de la salud y refleja el ejercicio profesional que ya desarrollan. Es necesario que en el proceso de esta atención se trabaje con dichas profesionales, para combatir los estereotipos en torno al padecimiento que son llevados por los discursos, transmitidos en los mensajes e imágenes de los medios de comunicación, cristalizados en las conductas y disposiciones materiales o espaciales (por ejemplo elementos informativos, cognoscitivos, ideológicos, normativos, creencias, valores, actitudes, opiniones, imágenes, etcétera).<sup>34</sup> Por ello, cabe cuestionar el papel que los medios masivos de comunicación han tendido en la generación de dicha asociación, donde el sector salud ha tenido implicaciones, pues se ha manejado a la muerte como una de las formas de prevención del SIDA (como un efecto consecuente del mismo). Así se hace una manipulación de la información más bien de tipo moral que de tipo médico científico.

En cuanto a las aportaciones metodológicas de estudios de tipo cualitativo, el presente estudio aporta una forma de acercamiento científico a las concepciones culturales de la población, con estrategias de

recolección de información sencillas y más rápidas que las entrevistas tradicionales. Así se accede de una forma natural al punto de vista de los directamente implicados e implicadas.

Por otra parte, este trabajo muestra las limitaciones propias sobre los estudios del enfoque cognitivo donde se enfatizan los elementos cognoscitivos; mientras los niveles de análisis grupal, las prácticas y los procesos participativos no son considerados.

## Referencias bibliográficas

1. Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) [Internet]. Switzerland: Report on the global AIDS epidemic. Status of the global HIV epidemic. 2008 - [Visitado en 2009 marzo 19]. Accesible en: [http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510\\_2008\\_global\\_report\\_pp211\\_234\\_en.pdf](http://data.unaids.org/pub/GlobalReport/2008/jc1510_2008_global_report_pp211_234_en.pdf).
2. Ibídem.
3. Brito G, García X, Iraizoz A, Jiménez J. Conocimientos y creencias de una población cubana sobre el VIH/SIDA desde un enfoque bioético. Rev. Cubana Med. Gen. Integr. [Internet]. 2006; [Visitado en 2010 enero 6]; 22 (4). Accesible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22\\_4\\_06/mgi06406.htm](http://www.bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol22_4_06/mgi06406.htm)
4. UNAIDS/WHO Working Group on Global HIV/AIDS and STI. [Internet]. Epidemiological Fact Sheet on HIV and AIDS. Cuba 2008 Update. [Visitado en 2009 marzo 19]. Accesible en: [http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008\\_CU.pdf](http://apps.who.int/globalatlas/predefinedReports/EFS2008/full/EFS2008_CU.pdf)
5. González J, Herrera D, Herrera M. Comportamientos y conocimientos sexuales relacionados con VIH/SIDA en postgrado. Revista Psicogente. Universidad Simón Bolívar, 2006 junio; 9(15): 146-156.
6. Vera L, López N, Ariza N, Díaz L, Florez Y, Franco S, et al. Asociación entre el área de estudio y los comportamientos frente a la transmisión de VIH/SIDA en los estudiantes de la Universidad Industrial de Santander. Colombia Médica, Médica, 2004; (35): 62-68.
7. Opus cit. No.3
8. Yero L, Hernandez G, Rodriguez T, Mustelie N, Bernal J. Percepción de riesgo de VIH/ITS/SIDA entre estudiantes cubanos y extranjeros. F.C.M. Sancti Spíritus. 2003. Parte II. Gaceta Médica Espirituana [Internet]; 2003. [Visitado en 2010 enero 6]; 5(2). Accesible en: [http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.5.\(2\)\\_05/p5.html](http://www.bvs.sld.cu/revistas/gme/pub/vol.5.(2)_05/p5.html)

- 9.** Infante C, Zarco A, Cuadra S, Morrison K, Caballero M, Bronfman M, Magis C. El estigma asociado al VIH/SIDA: el caso de los prestadores de servicios de salud en México *Salud Pública de México*, 2006 marzo-abril; 48(2): 141-150.
- 10.** Ruiz Y, Cintrón F, Varas N. AIDS-Related Stigma and Health Professionals in Puerto Rico. *Revista Interamericana de Psicología. Interamerican Journal of Psychology*, 2007, 41(1): 49-56.
- 11.** Opus cit. no. 5
- 12.** Opus cito. No. 6
- 13.** Opus cit. no. 3
- 14.** Opus cit. no. 8
- 15.** Opus cit. no. 9
- 16.** Opus cit. no. 10
- 17.** Rossi I, O'Higgins E. *Teorías de la Cultura y Métodos Antropológicos*. Barcelona: Anagrama; 1981.
- 18.** Bernard HR. *Research Methods in cultural Anthropology*. Newbury Park: Sage Publications; 2006. 299-317 p.
- 19.** Romney A, Batchelder WH, Weller SC. Recent Applications of Consensus Theory. *Am. Behav. Sci.*, 1987; 31: 163-177.
- 20.** Weller SC, Romney AK. *Systematic Data Collection*. Newbury Park (CA): Sage Editorial; 1988.
- 21.** Arcury T, Quandt S. *Qualitative Methods in Arthritis Research: Sampling and Data Analysis*. *Qualitative Methods*, 1998; 11 (1): 66-74.
- 22.** Opus cit. no. 11
- 23.** Ruiz J, Ponce de León E, Herrera A. *Avances en Medición y Evaluación en Psicología y Educación: Cinco Lecturas Selectas*. Bogotá, Universidad del Bosque; 2001.
- 24.** Opus cit. no. 11
- 25.** Sturrock K, Rocha J. A Multidimensional Scaling Stress Evaluation Table. *Field Methods*, 2000; 12:49-60.
- 26.** Linares G. Escalamiento multidimensional: Conceptos y enfoques. *Revista Investigación Operacional*, 2001; 22, 2: 173-183.
- 27.** Borgatti S. *ANTHROPAC 4.0*. Natick, MA: Analytic Technologie, 1996.
- 28.** Opus cit. no. 8
- 29.** Flores-Palacios F, Leyva R. Representación social del SIDA en estudiantes de la ciudad de México. *Salud Pública de México*, 2003; 45: 624-631.
- 30.** Caballero R, Villaseñor A. Conocimientos sobre VIH/SIDA en adolescentes urbanos: Consenso cultural de dudas e incertidumbres. *Salud Pública de México*, 2003; 45: 108-114.
- 31.** Lozano A, Torres T, Aranda C. Concepciones culturales de VIH/SIDA de estudiantes adolescentes de la Universidad de Guadalajara, México. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales Niñez y Juventud*, 2008, 6 (2): 739 – 768.
- 32.** Parker R, Aggleton P. *HIV/AIDS-related Stigma and discrimination: A conceptual framework and an Agenda for Action*. Washington: The population Council; 2002.
- 33.** Gilmore N, Somerville M. Stigmatization, scapegoating and discrimination in sexually transmitted diseases: overcoming “them” and “us”. *Social Science and Medicine*, 1994; 39: 1339-1358.
- 34.** Jodelet D. La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En Moscovici S. *Psicología Social II*. Barcelona: Paidós; 1993. 469-494 p.