

91  
2ej



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA  
DE MEXICO**

**FACULTAD DE PSICOLOGIA**

**REPRESENTACION SOCIAL DEL SIDA EN  
ADOLESCENTES  
(BASES PARA EL DISEÑO DE UNA CAMPAÑA  
DE PREVENCION)**

**T E S I S**  
QUE PARA OBTENER EL TITULO DE:  
**LICENCIADO EN PSICOLOGIA**  
P R E S E N T A N :  
**GLADYS ORELLAN ALFARO**  
**MARCO ANTONIO GONZALEZ PEREZ**

**ASESORA: MTRA. GRACIA DOMINGO I.**

**MEXICO, D. F.**

**TESIS CON  
FALLA DE ORIGEN**

**1991**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



## **UNAM – Dirección General de Bibliotecas Tesis Digitales Restricciones de uso**

### **DERECHOS RESERVADOS © PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL**

Todo el material contenido en esta tesis está protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

## INDICE

INTRODUCCION .....	1
JUSTIFICACION .....	4
PRIMERA PARTE. (MARCO TEORICO)	
I. LA REPRESENTACION SOCIAL .....	6
1.1 Antecedentes históricos de la psicología social .....	6
1.2 Crisis de la psicología social .....	13
1.3 El concepto de representación social .....	18
1.4 Nivel de análisis de la representación social .....	21
1.5 Características de la representación social .....	23
1.6 Dinámica de la representación social .....	38
1.6.1 Objetivación .....	38
1.6.2 Anclaje .....	41
1.7 Estudios sobre representación social .....	44
II. EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA) .....	48
2.1 Aspectos biológicos del SIDA .....	48
2.1.1 Historia del SIDA .....	48
2.1.2 El agente infeccioso (VIH) y sus características ..	56
2.1.3 Formas de Contagio .....	63
2.1.4 Sintomatología .....	71
2.1.5 Dimensión de la epidemia en México y en el mundo..	78
2.2 Aspectos sociales del SIDA .....	82
2.2.1 Psicología y SIDA .....	83

2.2.2 Fenómenos psicosociales del SIDA (Estigmatización, mitos, movilización social) .....	86
2.2.3 SIDA y valores morales .....	99
2.2.3.1 Moral liberal .....	100
2.2.3.2 Moral conservadora .....	103
2.2.4 Campañas preventivas contra el SIDA en México ..	106
2.2.4.1 Campaña preventiva gubernamental .....	107
2.2.4.2 Campañas de los grupos no gubernamentales	115
2.2.4.3 Campañas de los grupos consevadores.....	122
2.2.5 Campañas preventivas contra el SIDA a nivel mundial .....	129
III. ADOLESCENCIA, SIDA Y SEXUALIDAD .....	137
3.1 Prácticas sexuales de los adolescentes .....	137
3.2 Adolescencia y SIDA .....	152
3.3 La educación sexual en México .....	158
SEGUNDA PARTE. (METODOLOGIA)	
IV. DESARROLLO GENERAL DE LA INVESTIGACION .....	166
4.1 Desarrollo de la investigación empírica .....	166
4.1.1 Objetivos .....	166
4.1.2 Problema de la investigación .....	167
4.1.3 Hipótesis .....	167
4.1.3.1 Hipótesis conceptuales .....	167
4.1.3.2 Hipótesis de trabajo .....	168
4.1.4 Variables .....	168
4.1.5 Tamaño de la muestra .....	169
4.1.6 Instrumento .....	170
4.1.7 Trabajo piloto .....	171
4.1.8 Definición de categorías .....	172
4.1.9 Descripción de la investigación empírica .....	174

4.1.10	Análisis de los resultados de la investigación empírica: Análisis cualitativo .....	176
4.1.11	Análisis estadístico de los resultados de la investigación empírica .....	210
4.1.12	Conclusiones y discusión .....	214
4.2	Desarrollo de la investigación documental .....	227
4.2.1	Objetivos .....	227
4.2.2	Problema de investigación .....	228
4.2.3	Hipótesis .....	228
4.2.3.1	Hipótesis conceptuales .....	228
4.2.3.2	Hipótesis de trabajo .....	229
4.2.4	Variables .....	230
4.2.5	Material de Análisis .....	231
4.2.6	Definición de categorías .....	232
4.2.7	Descripción de la investigación documental ....	234
4.2.8	Análisis de los resultados de la investigación documental .....	235
4.2.9	Análisis estadístico de los resultados de la investigación documental .....	238
4.2.10	Conclusiones y discusión .....	240
V.	BASES PARA DISEÑAR UNA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN DIRIGIDA A ADOLESCENTES .....	243
VI.	ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS .....	255
VII.	REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	259
VIII.	TABLAS, ANEXOS Y FIGURAS .....	266
8.1	Tablas .....	266
8.2	Anexos .....	273
8.3	Figuras .....	394
IX.	GLOSARIO .....	396

Tu vida puede cambiar  
según el color  
con que la mires



El color de la vida  
depende de  
cómo la mires  
nos el

311A-267

1981

## INTRODUCCION

El objetivo de esta tesis es la de conocer cómo, adolescentes de ambos sexos de entre los 12 y los 14 años de edad pertenecientes a diferentes grupos socioeconómicos, se representan socialmente al SIDA. Una vez conocidos los elementos de su representación (de este universo de lo privado) se hace un análisis a carteles provenientes de diversos países del mundo (incluyendo a México) para conocer cuál es la imagen que manejan del SIDA en sus campañas preventivas (universo de lo público). Finalmente, y a partir del análisis realizado en los anteriores niveles de la investigación, se propondrán las bases para ser consideradas en el diseño de una campaña de prevención contra el SIDA en México.

El SIDA es en realidad es un síndrome, pero nos tomaremos la libertad de referirnos a est fenómeno como una enfermedad, ya que es de esta manera como se conoce comúnmente que sin duda ha trascendido los límites de lo meramente biológico, para convertirse en una enfermedad social.

El impacto social que ha tenido el desarrollo de la pandemia, ha motivado a que estudiosos e investigadores de las ciencias más disímiles, trabajen directamente en los

problemas relacionados con el SIDA, tal es el caso de los matemáticos que han desarrollado modelos epidemiológicos para prever el número de casos con VIH en un futuro próximo, o el caso de economistas que tratan de establecer cual sera el monto que deba asignar el gobierno al sector salud para gastos hospitalarios, considerando que habrá un número mucho mayor de enfermos en un futuro cercano (la cifra se duplica cada 8 meses).

La psicología, no hay duda, es una ciencia clave en la lucha contra el SIDA. Los psicólogos clínicos participan dando terapia a pacientes seropositivos y a sus familias, ayudando a que sean mejor tratados en su ambiente inmediato y a que tengan una mejor sobrevida. Los psicólogos educativos diseñan e imparten cursos sobre el SIDA y cursos sobre sexo seguro en las escuelas y diferentes organizaciones sociales. Los psicólogos sociales también han participado en la lucha contra el SIDA, colaborando directamente en el diseño de las campañas preventivas o realizando investigaciones como los CAP'S (conocimientos, actitudes y prácticas) que lleva a cabo el Sector Salud.

Esta tesis se inserta en el trabajo que han venido realizando diversos psicólogos sociales en nuestro país, pero propone como una alternativa metodológica (siguiendo la

tradición en investigación de la escuela europea de psicología social) al estudio de la representación social, la cual determina la redimension del concepto del SIDA como un producto social ya que la conceptualiza como un conocimiento socialmente construido y socialmente compartido.

La intención de esta tesis es entonces, conocer cómo los jóvenes de diferentes grupos socio-culturales y distintos sexos, han construido el concepto del SIDA (con todas las imágenes, mitos, estigmatizaciones, etc.) y cómo es que lo comparten y lo llenan de sentido en su ambiente social. Esto da la posibilidad de poder establecer las bases que debe sustenten una campaña preventiva contra el SIDA, a partir de los conocimientos de los jóvenes mismos y de toda la discusión que se genere en torno a los diferentes tipos de moral que subyacen en las distintas campañas preventivas en nuestro país y en el mundo.

Se espera que se hayan conseguido los objetivos que animaron la realización de esta tesis.

## JUSTIFICACION

El SIDA es hasta ahora una enfermedad incurable. Es producida por dos tipos de retrovirus el VIH-1 y VIH-2 que atacan directamente al sistema inmunológico; debilitando a las personas infectadas y exponiéndolas seriamente a enfermedades "oportunistas" que las llevan a la muerte.

El SIDA es una enfermedad contagiosa, transmisible por tres vías, sexual, perinatal y sanguínea. El SIDA es ya un problema de salud pública a nivel mundial. Según cifras de la Organización Mundial de la Salud, hasta el 31 de mayo de 1990, existían en el mundo 263 mil 51 casos de personas con SIDA, pero considerando los subregistros, se podría estimar que son 600 mil los casos a nivel mundial, con una tasa de crecimiento de 9 mil enfermos cada mes.

En nuestro país se están incrementando dramáticamente los casos de enfermos de SIDA llegando a ser, hasta el 31 de mayo de 1990, cuatro mil 268 casos, lo que hace que nuestro país ocupe el onceavo lugar a nivel mundial y el tercero en América.

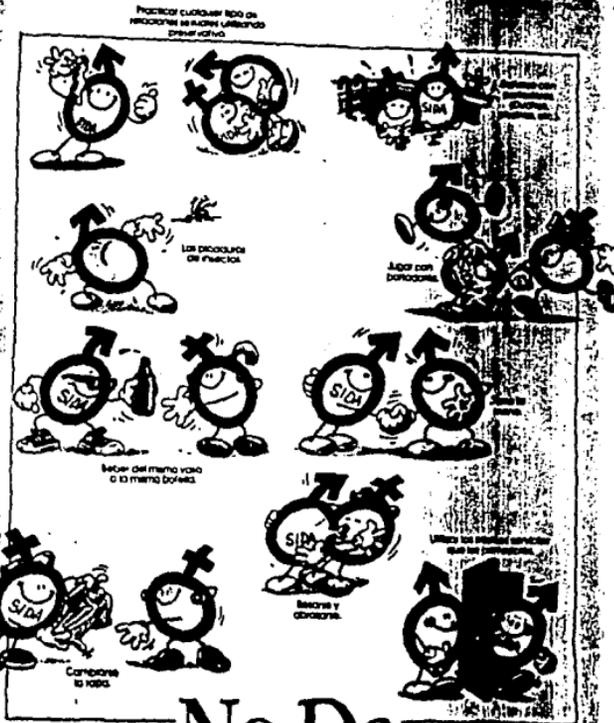
Siendo el SIDA una enfermedad incurable, se considera que la mejor manera de luchar contra ella es estando informados

sobre cómo prevenir su contagio. Es aquí donde se hace necesario contar con campañas preventivas que posibiliten la interacción comunicativa entre los miembros de la sociedad.

Otro argumento que justifica esta investigación, es el hecho de que la Dirección General de Epidemiología, quien es responsable de aplicar las pruebas CAP'S (conocimientos, actitudes y prácticas) no considera en sus investigaciones a los jóvenes entre 12 y 14 años de edad, lo que trae como consecuencia que se tenga muy poca información sobre los mismos, a pesar de que los integrantes de esta población se están preparando o tienen ya actividades sexuales compartidas. Esto plantea la necesidad de conocer su pensamiento acerca del SIDA para poder diseñar estrategias educativas adecuadas para prevenir la enfermedad.



Si Da.



No Da.

No cambies tu vida por el Sida.

El MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO



## I. LA REPRESENTACION SOCIAL.

### 1.1. Antecedentes Históricos.

No se pretende en este capítulo hacer la "historia" de la psicología social. Tampoco se desarrollará aquí un estudio exhaustivo de sus precursores intelectuales, ni se hará una revisión de sus "grandes teorías". Más bien, el objetivo de este apartado es el de hacer una reconstrucción de la psicología social de corte sociológico (en donde se encuentra ubicada la teoría de las representaciones sociales). Durante mucho tiempo, el conflicto individuo vs. sociedad para determinar el factor explicativo de los fenómenos psicosociales, ha estado presente en el desarrollo de la psicología social. Así, la psicología social norteamericana se ha caracterizado por ser eminentemente individualista, mientras la psicología social europea ha tenido, desde sus inicios un perfil fundamentalmente sociológico.

Dado que la historia de la psicología social sociológica y la historia de la sociología han tenido un desarrollo paralelo con intercambios e influencias mutuas, se tomará como punto de partida para esta reconstrucción, el origen de la sociología como ciencia independiente.

El recorrido de esta reconstrucción, se iniciará analizando brevemente el pensamiento del fundador de la sociología, Saint Simon, haciendo hincapié en sus importantes aportaciones para la edificación de la psicología social sociológica. Después, se seguirá con la revisión de las dos sociologías (radicalmente diferentes) derivadas del pensamiento saintsimoniano: la sociología positiva de Auguste Comte y el materialismo histórico de Carlos Marx. De ambas, se retomarán sus legados teóricos a la psicociología. Finalmente, se revisará los postulados teóricos más importantes para la psicociología, del sociólogo francés Emile Durkheim, haciendo énfasis en su importante influencia intelectual para el establecimiento de la escuela europea de psicología social (cuna indiscutible de la psicología de las representaciones sociales).

El conde parisino Saint Simon (1760-1825) estaba interesado en construir una nueva ciencia que fuese capaz de reorganizar a la sociedad para hacerla salir de la crisis en la que se encontraba. Para lograr ese objetivo proyecta edificar una ciencia social que primero llamaría "psicopolítica", después "filosofía política", para terminar nombrándola "política positiva".

La "política positiva", estaba concebida por Saint Simon,

como una ciencia del hombre que intentaba regular las relaciones sociales en el contexto de la crisis del industrialismo burgués. El método de análisis que utiliza Saint Simon era tomado tanto de la fisiología como de la anatomía comparada.

Es relevante saber que para Saint Simon, el conocimiento de la psicología humana fue fundamental para el establecimiento de su nueva ciencia. "No es de extrañarse, por lo tanto, que se encuentre en Saint Simon una concepción claramente psicosocial de la realidad social y de la perspectiva que debe de adaptarse para el estudio de la misma" (Torregrosa, citado por Munné, 1982, pp. 26). Saint Simon "estaba interesado en lo que creemos originó las primeras ideas en torno a una psicología social preocupada en lo simbólico: los sentimientos y las voliciones colectivas, las aspiraciones y las tendencias sociales determinadas por creencias y concepciones comunes del mundo y de la realidad" (Domingo, 1986, pp. 31).

El pensamiento social de Saint Simon tuvo una gran influencia en las generaciones posteriores y su sociología (tal como se había mencionado) prácticamente se dividió en dos sociologías radicalmente diferentes. Una de ellas fue la sociología académica de Auguste Comte que se desarrolló

principalmente en los Estados Unidos, y la otra fue la de la de la Carlos Marx que tuvo un mayor desarrollo en Europa Oriental.

Auguste Comte (1798-1857) fue influenciado directamente por Saint Simon, ya que fungió como su secretario particular durante ocho años. Rompió con Saint Simon por razones personales y posteriormente rechazó cualquier liga intelectual con él.

Comte retomó la idea de crear una nueva ciencia, con la intención de que ésta pudiera establecer los criterios de verdad que acabaran con las discusiones políticas entre los hombres. A dicha ciencia, inicialmente la nombró Comte "Física Social" para después llamarla "sociología".

La sociología era para Comte una disciplina científica cuyos objetivos eran "alcanzar un sistema en perfecto equilibrio y total armonía, así como el ajuste al mismo de cada individuo; en síntesis, la ciencia del orden social" (Munné, 1982, pp 12) para Comte la principal característica de la sociedad era el estatismo. Consideraba que el positivismo era la principal arma que tenían los conservadores para acabar con los embates transformadores de los revolucionarios.

Comte rechazaba abiertamente a la psicología, y esto debido a las características que tenía esta ciencia en su época, pues era mentalista, tradicionalista e introspectiva. Sin embargo, "Comte estaba luchando por una verdadera ciencia final, la cual si hubiera resultado, solo podría haber sido la que ahora nosotros conocemos como psicología, aunque Comte prefirió llamarla la ciencia de la "moral positivista" (Allport, 1969, pp 13).

"La línea de Comte inspirará a través de numerosas vicisitudes, la psicología social predominante hoy en el mundo académico y en la ciencia institucionalizada occidental". (Munné, 1986, pp. 21).

Carlos Marx (1818-1883) fue influenciado por Saint Simon en varios de los conceptos fundamentales del materialismo histórico. El ideal de establecer una sociedad justa, la teoría del conflicto social y la desaparición del Estado en la sociedad comunista, fueron conceptos tratados con anterioridad por Saint Simon y desarrollados posteriormente por Marx. Sin embargo Marx nunca desarrolló una teoría propiamente psicosocial. Eso no quiere decir que no se hubiese interesado por esta ciencia, pues muchas de sus preocupaciones (la socialización, la alienación, las necesidades sociales, las clases sociales, etc.) tienen esta

característica.

La influencia de Marx en la psicología es determinante, ya que sus reflexiones filosóficas y sociales alimentaron a los conceptos más importantes de la psicología social europea, tales como la fundamentación de la conciencia, lo simbólico y la objetivación de la conciencia (Domingo, 1986, pp 30-31).

Marx sin embargo, también ha influenciado a diversos psicosociólogos y a diferentes escuelas psicosociales contemporáneas, la psicología social soviética, por ejemplo, es la línea de desarrollo más ortodoxa y fiel a los escritos de los fundadores del socialismo. En Francia psicosociólogos como Séve, Politzer, Lefebre, Le Ny, entre otros, han hecho esfuerzos por desarrollar una psicología social marxista propia. Ha habido algunos otros esfuerzos de desarrollo, ampliamente conocidos, como el Freud o marxismo (Reich, Fromm y Marcuse) y los pensadores de la Escuela de Frankfurt. (Adorno, Horkheimer y Habermas).

El sociólogo francés Emile Durkheim (1858-1917) estuvo influenciado en cierto sentido por Comte, ya que estaba de acuerdo con las posiciones conservadoras del positivismo.

Para Durkheim la sociología es el estudio de los hechos

están fuera del individuo; no han sido creados por él, sino que le han sido transferidos por su educación. Además de sus características de estar fuera del individuo y de que se les considere cosas, tienen otras características: están dotadas de poder coactivo y en consecuencia son una restricción para la conducta del individuo... Estos hechos sociales son representaciones colectivas que se refieren a una vasta colección de productos reunidos a través del tiempo, largas generaciones han acumulado en ellos su experiencia y sus conocimientos" (Israel, 1968, pp. 141).

Deutcher (1984) sostiene que algunas veces se ha afirmado que Durkheim le restaba validez a la psicología. Este malentendido parte de que Durkheim diferenciaba muy bien los campos de estudio, tanto de la psicología individual como de la sociología. A la primera le correspondía el estudio de las representaciones individuales y a la segunda el estudio de las representaciones colectivas. Durkheim era un "chauvinista disciplinario" (Deutcher, 1984, pp. 76) ya que defendía las áreas de competencia de su ciencia. Sin embargo, él en alguna ocasión manifestó que no tenía ninguna objeción en utilizar el término de psicología social como sinónimo de sociología.

Irwin Deutcher (1984) considera a los miembros de la

escuela europea de psicología social como neo-Durkheimianos.

La influencia que han recibido estos psicólogos de Durkheim, no solo se hace presente en la recuperación por parte de Moscovici del concepto de representación social- desde 1961, con la publicación de su trabajo "El psicoanálisis su imagen y su público"- sino que la influencia se observa en la comprensión de un mundo simbólico, socialmente compartido y socialmente construido.

La influencia de Durkheim en la actualidad, se ve reflejada, tal como lo afirma Deutcher (1984) en muchas de las teorías psicossociológicas más importantes como son el interaccionismo simbólico (Mead, Stryker, Blumer), la sociología del conocimiento (Berger y Luckman) y por supuesto la escuela europea de psicología social (Farr, Moscovici, Di Giacomo, Johoda, Herzlich, etc.).

## 1.2 Crisis de la psicología social.

En la primavera de 1969, se celebró en la Universidad de Lovaina en Bélgica, un encuentro de la Asociación Europea de Psicología Social Experimental. En dicho encuentro se confrontaron dos puntos de vista opuestos. Por un lado,

algunos psicólogos se manifestaron incondicionalmente a favor de los alcances obtenidos por la psicología experimental en los últimos 20 años. Otros, sin embargo, expresaron su insatisfacción con los métodos utilizados en la investigación psicosocial y propusieron algunas alternativas teórico-metodológicas.

Fueron en mucho las revueltas estudiantiles del 68, las que influenciaron esta discusión y las que hicieron que se despertara la juventud silenciosa de los 50's.

Los temas más debatidos en dicho evento fueron "la naturaleza de la teoría en la psicología social; lo adecuado de los métodos utilizados para el análisis del fenómeno social "natural"; la naturaleza de las suposiciones, valores y presuposiciones acerca del hombre y de la sociedad que determinan teorías y métodos de investigación; la relevancia y significado de los resultados de la ciencia; la relación de las teorías, problemas y métodos de investigación en psicología social experimental con aquellos de la física y de las ciencias naturales" (Tajfel, 1973, pp. 3).

Lo que hace histórico al encuentro de la Universidad de Lovaina, no es sólo el hecho de que se hubiese planteado una problemática de crisis en la psicología social, sino que a

partir de entonces varios de los participantes comenzaran a reunirse en un pequeño grupo de trabajo, que con el tiempo sería conocido como la escuela europea de psicología social.

¿Cuáles son entonces las características de la crisis de la psicología social? López Garriga (1983) identifica las más importantes.

- a) El antiteoricismo, o la falta de un marco conceptual integrado. Debe señalarse que el antiteoricismo ha sido también el resultado de un enfoque empirista que ha permeado toda la disciplina.
- b) Fragmentación, falta de prioridades, falta de una consideración del objeto de estudio en su movimiento histórico.
- c) Indefinición en cuanto a la selección de un objeto de estudio y en cuanto al nivel de análisis en que debe ubicarse el mismo.
- d) Aislamiento relativo respecto de las demás ciencias sociales.
- e) Énfasis individualista y psicologizante.
- f) Apoyo excesivo en la metodología experimental y
- g) Tono universalizante que obvia las diferencias en tiempo y espacio.

La psicología que hizo crisis, es importante decirlo, fue la psicología social norteamericana, pues era (y en algunos países sigue siendo) la corriente dominante.

Todas las características que se acaban de enumerar, trajeron como consecuencia que la psicología social, perdiera su capacidad de explicación de la realidad, y por lo tanto fuera considerada una ciencia social prescindible. La psicología social norteamericana deseosa en lograr un status de "cientificidad" utilizó metodologías positivistas propias de las ciencias naturales e hizo del "dato" su preocupación científica fundamental. Se hizo evidente entonces, su falta de interés por el trabajo teórico.

La crisis, sin embargo, no significó el desmoronamiento total de la psicología social, sino que presentó la necesidad de un replanteamiento y de una autocrítica. La pregunta de Moscovici que parece más bien un paradoja de ¿Qué tanto es social, la psicología social dominante? fue el inicio del replanteamiento.

Las salidas planteadas a la crisis de la psicología social, convergen en un punto básico, recuperar lo social en la investigación psicosocial. También se plantea como objetos de estudio de la disciplina, la ideología y la comunicación

Moscovici, 1984, López Garriga 1983); y se hace relevante el estudio del lenguaje (Moscovici, 1983, Fernández 1989, López Garriga 1983).

Ahora bien, ¿cuáles son las características de la psicología social desarrollada por la escuela europea de psicología social?. "En primer lugar, se han marcado distancias con unos enfoques que pueden calificarse de demasiado individualistas. Sin menospreciar la importancia de los procesos, intraindividuales o, incluso, interpersonales, la nueva psicología social subraya la naturaleza profundamente social de estos procesos y reintegra con fuerza el tejido social como un aspecto insoslayable de cualquier planteamiento. En pocas palabras la sociedad vuelve a estar presente en los fenómenos estudiados. En segundo lugar, se rechazan las implicaciones más claramente positivistas de la teorización dominante en ciencias humanas, alejándose por ejemplo de los conductismos pero sin renunciar por ello al uso de los métodos más rigurosos en la administración de las pruebas científicas. Tercero, se cuestionan las explicaciones mecanicistas y reductoras, abriendo la psicología social al estudio de los factores y de los procesos directamente ideológicos. Cuarto, se rehabilita la importancia de la elaboración teórica frente a las conocidas inhibiciones empiricistas. Se hace gala incluso, de audacia teórica

desembucando en reformulaciones innovadoras de los resultados y los esquemas mejor asentados. Quinto, se privilegia la reflexión crítica, evidenciando así algunas de las limitaciones más obvias de los enfoques norteamericanos, como por ejemplo el de ser una psicología del "status quo" incapaz de explicar el cambio social. Sexto, se aboga por una psicología social más comprometida con la realidad social, más "relevante" como se dice ahora, y que aporte respuestas a "problemas sociales acuciantes" (Ibáñez, 1984, pp. 12).

### 1.3 El concepto de la representación social.

Es en 1961, con la publicación de su trabajo "El psicoanálisis su imagen y su público", cuando Serge Moscovici recupera "aquel concepto olvidado de Durkheim" e inaugura una nueva etapa en el desarrollo de la psicología social.

En la historia de las ciencias (tal como nos lo recuerda Jodelet, 1984) ha ocurrido en innumerables ocasiones que la génesis de un concepto o de un hecho científico ocurre en una disciplina distinta a la de su posterior desarrollo. Eso ocurrió con el gene que nació en la genética y se desarrolló en la biología molecular, lo mismo ocurrió con el concepto de representación social, el cual nace en el terreno de la sociología, pero su desarrollo se efectúa dentro de la

psicología social.

A poco más de setenta años desde que Durkheim introdujera el término de representación social. Moscovici lo retoma e inicia a partir del concepto la construcción de su teoría.

Existen algunas diferencias importantes en la conceptualización de la representación social entre Moscovici y Durkheim. La sociología veía en el concepto de representación social un aparato explicatorio irreductible para cualquier análisis posterior; abarcaba una gran cantidad de formas intelectuales que iban desde la ciencia, la religión, el mito, modalidades de tiempo y espacio, etc., hasta cualquier tipo de idea, emoción dentro de una comunidad (Moscovici, 1984, pp. 12) y era un concepto estático.

Moscovici reformula el concepto y hace, en primer lugar, que la psicología social, se preocupe tanto de la estructura de la representación, como de la dinámica que le subyace. Después, criticando la amplitud explicatoria que le asignaba al concepto la sociología, establece que la representación social debe ser entendida, como una forma particular de conocimiento y de comunicación que nos es ya conocida. Finalmente concibe a la representación social como un fenómeno dinámico dentro de la sociedad que se caracteriza

por su gran plasticidad.

La importancia del estudio de la representación social reside, en dos puntos importantes. Primero, en qué es la psicología social la que "tiene la gran tarea de estudiar dichas representaciones, sus propiedades, sus orígenes y su impacto. Ya que ninguna otra disciplina está dedicada a esta tarea, y ninguna otra está mejor equipada para hacerlo" (Op. Cit. 1984, pp. 22). Y después, porque estamos viviendo la era de las representaciones ya que en ninguna otra época de la historia, las disciplinas científicas producían tantos conocimientos y medios de socialización o comunicación masivos como ahora, que se tradujesen en representaciones sociales que formaran parte del conocimiento común.

Después de más de veinte años desde que se recuperó el concepto de representación social, como terreno de estudio para la psicología social, se puede decir que dicha teoría ha recuperado para esta disciplina, el universo de lo simbólico, de lo ideológico y de lo imaginario social y que nos devuelve las dimensiones culturales, sociales e históricas.

#### 1.4. Nivel de análisis de la representación social.

Doise (1983) a través de un trabajo sistemático, encontró que las diferentes posiciones en la explicación de los fenómenos psicosociales que se reducían a solo dos factores, ya fuera a la sociedad o al individuo, eran erróneas, ya que en realidad se recurría a cuatro tipos de explicaciones (o niveles de análisis), que a continuación se describirán.

El primer nivel de análisis es el llamado intraindividual. En este nivel, el interés se centra en analizar cómo es que el individuo organiza sus percepciones, su comportamiento y su evaluación en torno y en relación al medio social que lo rodea. El objetivo de este análisis está en descubrir los mecanismos que funcionan a nivel individual y que permiten al sujeto organizar sus experiencias. Se pueden citar, como ejemplos de teorías psicosociales que pertenecen a este nivel de análisis, según Munne (1986, pp 185) a la epistemología genética de Jean Piaget, a el equilibrio cognoscitivo de Heider, a la congruencia cognoscitiva de Osgood y a la disonancia cognoscitiva de Festinger.

El segundo nivel de análisis, es el conocido como interindividual y situacional. En este nivel, se estudian las relaciones entre individuos en una circunstancia dada, sin que influya la posición que los mismos individuos puedan ocupar fuera de esa situación. La mayoría de los estudios

experimentales basados en los juegos, los modelos de las redes comunicativas de Bavelas y el modelo atribucional de Kelley son ejemplos de trabajos pertenecientes a ese nivel, según Doise (1983, pp 132).

El tercer nivel de análisis es el llamado posicional. En este nivel se estudian tanto las relaciones interindividuales como las intergrupales, pero centrándose en las diferencias de las posiciones sociales existentes en la situación. Algunos ejemplos de estudios pertenecientes a este nivel son, retomando a Doise (1983, pp 133) los trabajos sobre atribución de Kelley y Thibaut y el modelo de la comparación social de Festinger.

El cuarto y último nivel de análisis es el ideológico. Este análisis se enfoca hacia las concepciones ideológicas de los individuos. "Este análisis parte de las concepciones generales sobre las relaciones sociales de los individuos estudiados en una situación y muestra cómo estas concepciones (creencias universalistas) inducen representaciones y conductas diferenciadoras, esto es discriminadoras". (Munné, 1986, pp. 187). Los estudios de Stanley Milgram sobre la obediencia, los trabajos de Lerner sobre la creencia de un mundo justo y los estudios interculturales de Berry, son ejemplos de estudio de este nivel, como lo señala Munné (1986, pp 189).

Doise (1983) considera que muchos de los trabajos franceses han logrado articular todos los niveles de análisis, y pone como ejemplo el libro de Moscovici sobre la representación social del psicoanálisis. Pero es indudablemente el nivel ideológico el que se interesa alcanzar en los estudios de representación social, sin dejar de lado u obviar su articulación con el resto.

### 1.5. Características de la representación social.

Antes de describir las características de la representación social, se debe primero definir su significado (del cual apenas se ha hecho un esbozo). En toda la literatura sobre este tema no se encuentra una definición formal de la representación social, y esto se debe, a la diversidad de fenómenos que se engloban en este término.

"En tanto que fenómenos, las representaciones sociales se presentarán bajo formas más o menos complejas. Imágenes que condensan un conjunto de significados; sistemas de referencia que nos permiten interpretar lo que nos sucede, e incluso, dar un sentido a lo inesperado; categorías que sirven para clasificar las circunstancias, los fenómenos y a los individuos con quienes tenemos algo que ver. Teorías que permitan establecer hechos sobre ellos. Y a menudo, cuando se

les comprende dentro de la realidad concreta de su vida social, las representaciones sociales son todo ello junto" (Jodelet, 1984, pp. 472).

La representación social debe ser entendida, ante todo, como una forma específica de conocimiento y de comunicación: es la forma de conocimiento del sentido común.

Las representaciones sociales son construidas socialmente y compartidas por los individuos en la comunicación cotidiana. Es precisamente a través de las conversaciones en el café, en el camión en las pláticas telefónicas, en las charlas entre amigos o en el diálogo con compañeros de clase, donde de manera más viva se pueden apreciar tales representaciones. Es en estos escenarios de la vida cotidiana donde las representaciones sociales pasan a formar parte como símbolos, del mundo intersubjetivo. "Ese mundo que media entre los sujetos, pero no como simple mediación, sino como mundo, como dimensión propia, con sus propios contenidos, estructura, sistema y dinámica, que se crean y se sostienen en las relaciones sociales" (Fernández, 1989, pp. 90).

Las representaciones sociales como construcciones de la realidad, expresan siempre la posición que los sujetos tienen en la cultura, en la sociedad, en la economía, etc.

Antes de dar una definición global del fenómeno de la representación social, se debe considerar las siguientes características: "la representación social siempre es la representación de algo y de alguien".

- Siempre es la representación de un objeto.
- Tiene carácter de imagen y la propiedad de intercambiar lo sensible y la idea, la percepción y el concepto.
- Tiene un carácter simbólico y significante.
- Tiene un carácter constructivo.
- Tiene un carácter autónomo y creativo.

Jodelet (1984) propone, una vez considerados todos los fenómenos que abarca la representación social la siguiente definición: "El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, cuyos (...). En sentido más amplio, designa una forma de pensamiento social".

"Las representaciones sociales constituyen modalidades de pensamiento práctico orientados hacia la comunicación, la comprensión y el dominio del entorno social, material e ideal. En tanto que tales, presentan características específicas a nivel de organización de los contenidos, las operaciones mentales y la lógica".

"La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación ha de referirse a las condiciones y a los contextos en las que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás" (op. cit. pp 474-475)

Una vez que se ha intentado delimitar más el concepto de representación social, lo importante ahora, es observar cómo se presenta el fenómeno en la sociedad.

Antes que nada es importante concebir a la sociedad como una "sociedad pensante", en oposición a muchas teorías que ven a la sociedad y a los individuos ya sea como cajas negras que únicamente responden a estímulos, o que ven en los integrantes de la sociedad, a sujetos pasivos que se someten a los designios de las ideologías. La teoría de la representación social ve en ellos, a sujetos comunicativos que se plantean y resuelven sus propios conflictos a través de sus análisis, de sus comentarios, de su filosofía y de su ciencia no oficiales.

Dentro de esta "sociedad pensante", las representaciones sociales deben ser consideradas como un medio. No hay que olvidar que tales representaciones son construcciones de la

sociedad que tienen un carácter autónomo, es decir, que pueden llegar a independizarse de quien las creó, y anidarse en el terreno del universo intersubjetivo. "Impresionantemente cada uno de nosotros está obviamente rodeado, tanto individual como colectivamente, por palabras, ideas e imágenes que penetran nuestros ojos, nuestros oídos y nuestra mente, así nos guste o no, y que no solicitan nuestro consentimiento" (Moscovici, 1984, pp. 6).

Para entender esta característica de la representación social, se describirá a continuación tanto su naturaleza convencionalizadora, como su naturaleza prescriptiva.

La representación social tiende a convencionalizar los objetos, personas o conocimientos nuevos, les da una forma definida y los incluye dentro de categorías ya elaboradas, inclusive, si una persona o un objeto no satisfacen a las categorías ya establecidas, se les constriñe de tal manera que puedan incluirse en una categoría aún con el riesgo de no ser entendidas posteriormente.

Así, por ejemplo lo rojo se asocia con el comunismo. A un hombre de modales finos usando bolsa de mano se le identifica como homosexual, y a los jóvenes con pelo largo que escuchan música rock, se les asocia con la drogadicción.

Todos los ejemplos anteriores son muestras de convenciones, las cuales, como podemos apreciar, determinan situaciones vividas.

Otra característica importante de la representación social, es su naturaleza prescriptiva, lo que quiere decir que las representaciones sociales se nos imponen con una fuerza normativa. Es a través de una estructura presente aún antes de nuestro nacimiento, y de una tradición que decreta lo que debemos pensar, lo que hace que la fuerza de la representación sea determinante.

Moscovici (1984) pone como ejemplo al psicoanálisis, el cual como teoría psicológica tiene una estructura sólida de conceptos e independientemente es a la vez una tradición explicativa. El niño cuando nace se enfrenta al pecho materno, después tendrá que superar correctamente el complejo de Edipo, se encontrará al psicoanálisis en las tiras cómicas, en la escuela, y si se hace necesario, deberá someterse a análisis. El psicoanálisis es una representación social compartida por varios individuos, pero no pensado por ellos. Cuando utilizamos la teoría psicoanalítica para "explicar" un "Lapsus Linguae", por ejemplo, recurrimos a una manera de pensamiento que no es propia de nosotros, sino que se nos impone y que nos es transmitida como producto de

diversos razonamientos ocurridos en el transcurso del tiempo.

Son ambas naturalezas de la representación social: la prescriptiva y la convencionalizadora, las que constituyen a la representación social como un medio. El poder de las representaciones sociales (conjuntamente con la herencia cultural) determinan y condicionan las experiencias de los individuos. Así se establecen como entidades sociales con vida propia, que aparecen y desaparecen, se transforman, se comunican y reemergen bajo nuevo aspecto, pero arrastrando siempre la herencia del pasado.

Una vez que se ha descrito las naturalezas de la representación social, se hace necesario ubicar como aparece esta como fenómeno social dentro de la sociedad, para lo cual a continuación se describirán los dos universos de conocimiento de la sociedad: 1.- el universo reificado y 2.- el universo consensual.

1.- El universo reificado conceptualiza a la sociedad como un sistema donde participan individuos con diferentes roles "psicólogo", "biólogo", "físico", cuyas características los hacen diferentes. La falta de méritos y de competencia obliga, a un determinado sujeto, a aislarse de este universo. La sociedad es vista aquí como un sistema de entidades

solidas, básicas e invariantes. diferente a la individualidad. Esta sociedad se ignora así misma y a sus creaciones y solo se observa en los objetos aislados, en las personas aisladas, en las ideas, en el medio y en las actividades. Las distintas ciencias que están interesadas en estos objetos aislados intentan imponer, a través de su estudio, lo que es verdadero y lo que no lo es. Es por lo tanto la ciencia, la forma de conocimiento propio de este universo.

2.- En el universo consensual la sociedad es visible, en continua creación tiene propósitos y sentido humano y actúa como tal. La sociedad es vista aquí, como un grupo de individuos iguales y libres, con autoridad para hablar en nombre de la totalidad del grupo y bajo su protección. Ningun miembro del grupo tiene una competencia exclusiva de un conocimiento en particular, sino que esta competencia se adquiere según sean las circunstancias. De esa manera podemos ser "psicólogos amateurs" o "políticos amateurs" etc., según sea el tema a discutir en ese momento. Este universo se institucionaliza en los lugares destinados a la plática: en los cafés, en los clubes, en las peñas o círculos de amigos, en los lugares de reunión de estudiantes, en el camión, el pepero o en el metro. La conversación es básicamente, el pensamiento en voz alta, y es gracias a ella que los

individuos pueden intercambiarse, a través de imágenes y de ideas, su propia concepción del mundo, aparte de reafirmar por este medio sus relaciones sociales, que de otra manera se extinguirían. La conversación como actividad satisface las necesidades de comunicación entre los seres humanos. Resulta evidente que las representaciones sociales son la forma de conocimiento de este universo consensual y su producto (al que le pertenece exclusivamente).

Ahora se contestarán a dos preguntas que ya han surgido en el desarrollo de este trabajo ¿Cuándo se forman las representaciones sociales? y ¿Por qué ocurren?.

Moscovici (1984) concluye que el propósito de todas las representaciones es hacer familiar lo extraño. En el universo consensual todos los individuos desean sentirse seguros y libres de conflicto. Sin embargo, cuando emerge un objeto, un concepto, una situación desconocida, etc., entonces eso nos alarma y sentimos su presencia como un auténtica amenaza. Tal sería la reacción, por ejemplo, de alguna persona que hubiera vivido sin tener contacto con los medios de comunicación, al ver la televisión por primera vez, (Cuentan algunos historiadores que la primera ocasión que los hermanos Lumiere presentaron el cinematógrafo en México, ante el entonces presidente Gral. Porfirio Díaz, este al ver la proyección del

tren volcándose sobre el ojo de la cámara, se levanto y corrió despavorido) otro ejemplo se observa cuando se comprueba que existen algunas máquinas, como las computadoras o los robots, que tienen comportamientos físicos y lógicos muy similares a los seres humanos.

La primera reacción que los seres humanos tenemos ante la presencia de un objeto extraño, es la de ignorarlo, la de hacerlo invisible, pero por otro lado lo no familiar produce tanto atracción como miedo, y por lo tanto se hace necesario integrarlo en nuestra red de conceptos. Entonces aquí se inicia la dinámica de familiarización, en la cual se comienza a despojar al objeto de todos aquellos conceptos o características considerados como "peligrosos" o "alarmantes", de tal manera que pueda ser incluida en una categoría ya conocida. Así, los objetos extraños son entendidos en relación a encuentros previos o a paradigmas. Es por eso que en este proceso, "la memoria prevalece sobre la deducción, el pasado sobre el presente, la respuesta sobre el estímulo y las imágenes sobre la realidad". (Moscovici, 1935, pp. 13).

Aquí cabría un comentario importante, Jodelet (1984) argumenta (basándose en la "polifasia cognitiva" de la representación social) que ante el encuentro de la novedad y

el sistema de representación preexistente, surgen dos clases de fenómenos. Uno es el que se acaba de describir, hacer familiar lo extraño, que tiene como características su rigidez, el predominio de la memoria y la inserción en los antiguos marcos de pensamiento. El otro es la integración de conocimientos novedosos que viene a ser la contraparte del fenómeno antes descrito y que tiene como características su innovación y su movimiento. Tal sería el caso, por ejemplo, cuando se compara al psicoanálisis con la confesión, con el fin de comprender a la cura analítica. Al realizar tal analogía, se logra en primera instancia, que el psicoanálisis sea concebido dentro de una categoría ya conocida como la confesión religiosa, pero de la misma forma la confesión sufre una modificación semejante y se ve influenciada por el psicoanálisis.

Cuando tenemos un encuentro con algo extraño, con alguna situación desconocida, nos vemos en la necesidad de atribuirle alguna causa a esa novedad. La búsqueda de causalidad es una respuesta lógica del pensamiento social y de alguna manera el hecho de explicarse algo mediante una causalidad es representárselo.

La teoría de la representación social sostiene que nuestro pensamiento es propiamente bicausal, es decir que

que establece simultáneamente relaciones de causa-efecto y relaciones entre medios y fines. (A diferencia del pensamiento casual monocausal que busca solamente establecer relaciones causa-efecto). Es esta forma de pensamiento bicausal la que diferencia a la representación social de la ciencia, positivista.

Cuando un fenómeno ocurre, lo que regularmente hacemos es establecer una correlación entre nosotros y el fenómeno, para después buscar alguna explicación a manera de regla o de ley aún no descubierta, que le de sentido a la existencia de dicho fenómeno. Pero ante el encuentro con un objeto, persona o situación desconocida, nos percatamos inmediatamente de la discrepancia entre el fenómeno que percibimos y lo que habíamos anticipado, entre el caso específico y el prototipo, entre lo familiar y lo extraño. Tales serían los casos, por ejemplo, si conociéramos a algún psicoanalista que asistiera con los brujos de Catemaco a que le hicieran una "limpia" para resolver sus conflictos personales o el hecho de que un militante de algún partido comunista asistiera todos los días de la semana a la iglesia, a escuchar misa y a confesarse sería difícil entender estas contradicciones aparentes.

Entonces este tipo de ejemplos nos plantearían un auténtico desafío para su explicación y para ello se recurre

siempre a dos tipos de causalidades: la primaria y la secundaria.

La causalidad primaria es una causalidad de imputación, en la cual se buscan las motivaciones y las intenciones que se encuentran detrás de los actos, el por qué y su finalidad. La gente en general está convencida, en este tipo de causalidad, de que las personas no actúan por oportunidad, sino que todo lo que hace corresponde a un plan determinado.

La causalidad secundaria es una causalidad por atribución, eficiente, no espontánea, que busca descubrir la relación, causa-efecto (como en la ciencia). Esta casualidad está dictada por el lenguaje, la educación y el propio punto de vista científico. Este tipo de causalidad hace que se actúe mediante una actitud científica, por la cual consideramos a la realidad como dato científico que debe estudiarse rigurosamente. De esa manera se pueden utilizar conceptos como la esquizofrenia, la neurosis, la clase social, para explicar la conducta de una persona.

En la representación social ambas causalidades actúan conjuntamente y constantemente se pasa de una causalidad a la otra, "por una parte buscamos un orden subjetivo detrás de un fenómeno aparentemente objetivo, el resultado será una

inferencia; por otra parte, buscamos un orden objetivo detrás de un fenómeno aparentemente subjetivo, lo que resulta una atribución. Por un lado reconstruimos intenciones ocultas para explicar la conducta de una persona esto es una causalidad de primera persona y por otro lado buscamos los factores invisibles para explicar la conducta visible esto es un causalidad de tercera persona" (Moscovici, 1984, pp 47-48).

Existe también otro tipo de causalidad que es importante considerar, se refiere a la causalidad social. Para este tipo de causalidad, Moscovici (1985) sostiene que existen explicaciones tanto de izquierda como de derecha, las cuales reflejan la manera en cómo está organizado el mundo. Es esta organización la que compele de alguna manera, a que se tome partido por una de las dos posiciones. La dirección en la que se inclinará, reflejará la realidad social, las influencias del medio, el status social, las concepciones preconcebidas, etc.

Las explicaciones de izquierda y de derecha pueden observarse fielmente en la manera como se conciben las causas del desempleo. Para algunos el hecho de que existan personas desempleadas responde principalmente a factores individuales: porque no se molestan en buscar trabajo, porque son flojos o porque son desafortunados. Mientras que para otros, las

causas se atribuyen a factores sociales; a los efectos de la recesión económica o la injusticia inherente de la economía capitalista. Ambas explicaciones (diametralmente opuestas) representan a las dos formas en las que se divide la causalidad social en las sociedades: la causalidad situacional es una explicación de izquierda, la causalidad personal es una explicación de derecha.

Para concluir con este apartado de la tesis, se hará hincapié en otra característica de la representación social indispensable para la comprensión de nuestro tema de estudio. La característica a la que nos referimos es a la que las representaciones sociales se revelan especialmente en tiempos de crisis y de desastres. Esto es así precisamente porque la gente está más dispuesta a hablar, a platicar, porque las expresiones y las imágenes son más vivas, porque se despierta la memoria colectiva y la conducta de la gente se hace más espontánea. Los individuos entonces, sienten la necesidad de explicarse un mundo extraño, no familiar.

Las peores crisis son aquellas que ocurren cuando existen tensiones entre el universo consensual y el universo reificado que crean una ruptura entre el conocimiento científico y el conocimiento común.

Estas tensiones pueden ser el resultado de nuevos descubrimientos o de nuevas concepciones científicas. Tal como ocurre, por ejemplo, ante el descubrimiento de una nueva enfermedad mortal que se contrae principalmente por el contacto sexual: el SIDA.

#### 1.6 Dinámica de la representación social.

Las representaciones sociales surgen, tal como se había afirmado anteriormente, para hacer familiar lo extraño. Es, en la actualidad, la ciencia, la principal fuente que alimenta la construcción de representaciones sociales. En un principio se creyó fervientemente que la ciencia serviría como antídoto para la generación de ideologías y representaciones. La ciencia en sus inicios intentó hacer del sentido común, un conocimiento menos común. En la generación de las representaciones sociales se pueden observar dos importantes procesos, la objetivación y el anclaje. Los cuales han mostrado su pertinencia no solo en el análisis de las representaciones, sino también en las explicaciones de los fenómenos sociocognitivos que norman el pensamiento social.

##### 1.6.1. Objetivación.

La objetivación es el proceso por el cual convertimos algo abstracto en algo concreto, es encarnar el pensamiento, es descubrir lo real. Al objetivar develamos las cualidades icónicas de las ideas imprecisas o de los sujetos, para reproducir un concepto en una imagen.

En una sociedad comunicativa como la nuestra, la objetivación funciona "en términos de la producción de signos". Entonces la objetivación descansa en la producción de símbolos, siendo estos esenciales para la comunicación social" (Domingo, 1985, pp. 52). Las palabras que circulan en nuestro medio lingüístico, regularmente van acompañadas de un significado que las llenan de sentido. En este proceso, nosotros dotamos a las palabras de imágenes y de esa manera le damos una existencia tangible, corpórea.

Sin embargo, no todas las palabras o los conceptos tienen una imagen ligada a ellos y eso ocurre o porque no hay imágenes disponibles que expresen fielmente el concepto, o porque la palabra es una palabra tabú.

Jodelet nos explica que existen tres fases en el proceso de objetivación, las cuales son: 1.- la construcción selectiva, 2.- la esquematización estructurante y 3.- la naturalización.

1.- En la construcción selectiva lo que sucede es que hay una selección y descontextualización de los elementos de la teoría, del concepto o del fenómeno a representar. En esta fase se lleva a cabo una especie de filtro, en el cual se aíslan todos aquellos conceptos que puedan resultar peligrosos en función de los criterios normativos. También se seleccionan los elementos a partir de criterios culturales propios del grupo social que está elaborando su representación. En la construcción selectiva, la representación resultante es aislada del campo científico al que pertenece y del grupo de expertos que la concibió y es apropiada por la gente común que la utiliza para dominar su propio medio.

2.- En la esquematización estructurante, los elementos que ha sido previamente seleccionados se integran en un patrón estructurado de imágenes que reproducen un complejo de ideas, el cual lleva el nombre de "núcleo figurativo". En el "núcleo figurativo" los elementos de la representación se distribuyen gráficamente a manera de esquema, lo que facilita la comprensión de sus funciones y relaciones. El ejemplo más conocido es el núcleo figurativo del psicoanálisis que se muestra de la siguiente manera según Jodelet (1984, pp. 482).

	Inconsciente	
Esquema:	Rechazo	Complejo
	Consciente	

3.- La naturalización es transformar a los elementos de la representación en seres de naturaleza. En el caso del psicoanálisis decimos que "los complejos son agresivos", que "el inconsciente es inquieto", etc. Es así como a los elementos conceptuales los dotamos de realidad.

La importancia de la objetivación es entonces el transferir lo que tenemos en nuestra mente a algo existente en el mundo físico, es hacerlo real y tangible. Otro proceso, complementario a la objetivación y que juntos vuelven lo extraño en algo familiar, cercano y actual, es el anclaje, que a continuación se describirán.

#### 1.6.2. Anclaje.

El anclaje es el proceso por el cual integramos en nuestro sistema particular de conceptos, un conocimiento nuevo o extraño, de tal manera que podamos ubicarlo en un contexto familiar.

La forma como realizamos esta inserción es comparando este conocimiento extraño con el paradigma de la categoría que pensamos nosotros pueda ser el adecuado para su ubicación.

Cuando nosotros nos encontramos ante algún fenómeno

novedoso, que carece de nombre, nos sentimos intrigados y experimentamos una resistencia que no nos permite evaluarlo, ni describirlo a nosotros mismos y a los demás. Así que la manera de romper esa resistencia es intentando ubicar ese fenómeno en alguna categoría dada para etiquetarlo con un nombre que nos sea conocido. De esa manera, el fenómeno adquiere las características de la categoría comparada. Tal es el caso del psicoanálisis que adquiere características propias de la confesión religiosa.

Para entender el concepto del anclaje, son particularmente importantes dos conceptos: 1.- la clasificación y 2.- la categorización.

1.- La clasificación es cuando integramos a alguien en una serie de conductas, de reglas estipuladas que delimitan lo que está permitido o no en relación a todos los integrantes de esa clase. Tal sería el caso cuando clasificamos a alguien como "beato", del cual esperamos ciertas conductas, un determinado lenguaje y ciertos hábitos.

2.- La categorización es cuando comparamos a algo o a alguien en relación a un paradigma resguardado en nuestra memoria, y le asignamos un valor positivo o negativo en relación con el mismo. Tal sería el caso si clasificáramos a la gente en

categorías como "prifistas", "ultraderechista", "panistas", "socialistas", etc. Al etiquetar a la gente de ese modo no sólo ubicamos todas las posiciones políticas, sino que de la misma forma estamos estableciendo nuestra propia teoría de la sociedad.

Existen dos formas por las cuales nosotros intentamos anclar un concepto nuevo en nuestra red de conceptos, estas maneras son: 1.- generalizando y 2.- particularizando.

1.- Generalizando, nosotros reducimos distancias entre los individuos y el concepto, elegimos una característica al azar y la utilizamos como categoría "negro", "creyente", etc. Estas características se hacen a coextensivas a todos los miembros de esa categoría. Nosotros aceptaremos o rechazaremos la inclusión de esos miembros a las categorías establecidas.

2.- Al particularizar ampliamos la distancia entre los sujetos y el concepto, teniendo siempre el sujeto bajo escrutinio como divergente del prototipo y tratamos de descubrir cuáles actitudes características o comportamientos los hacen diferentes.

Hay dos aspectos importantes del anclaje que es necesario

comentar. Primero, es fundamental analizar en el anclaje, además de la clasificación y la categorización, el proceso cognitivo que se presenta en la integración cognitiva. Esto es, cómo en la integración de un conocimiento novedoso a los sistemas de pensamiento preexistente, se producen modificaciones en ambas partes. Después es importante considerar cómo los diferentes grupos culturales, dotan de sentido a los distintos elementos de la representación, siendo determinante en cada caso, su propia situación sociocultural y económica.

Para concluir con este capítulo dedicado a la revisión de la representación social, sólo falta referirse a las investigaciones más conspicuas que se han realizado bajo este marco teórico-metodológico.

#### 1.7. Estudios sobre representación social.

Siguiendo la recopilación y muestra de investigaciones sobre representación social que realizó Farr (1984), se hace evidente que en estos estudios han sido abordados varios campos y considerado distintos fenómenos.

Es clásico el estudio sobre la representación social, realizado en 1961, por Serge Moscovici, sobre el psicoanali-

sis. Dicho estudio no sólo marca el inicio de los estudios sobre las representaciones sociales, sino que resulta incomparable dado la gran cantidad de material que tuvo que revisar para fundamentar sus conclusiones, (análisis de contenido a artículos referentes al psicoanálisis aparecidos en 241 revistas y periódicos, de enero de 1952 a julio de 1956). Además de aplicar cientos de cuestionarios a miembros de diferentes sectores de la sociedad francesa para conocer sus conocimientos relativos al psicoanálisis. Las diversas conclusiones resultantes de este estudio, sirvieron para desarrollar toda la teoría basada en el concepto de representación social.

Otro estudio singular es el realizado por Claudine Herzlich en 1967 sobre las representaciones sociales de la salud y la enfermedad. En dicho estudio Herzlich realizó 80 entrevistas abiertas con duración promedio de 90 minutos a habitantes de París y de la región de Normandía. Las conclusiones a las que llegó Herzlich fueron sumamente interesantes. La salud como estado natural, no necesita de explicación causal. Lo contrario ocurre con la enfermedad, la que es considerada como el producto directo de la malsana vida urbana, de la aglomeración, de los alimentos industrializados, de la contaminación, etc. La salud se relaciona principalmente con la vida campestre, con el

ambiente natural. La prolongación de la vida como consecuencia del desarrollo de la medicina, conlleva en sí misma un deterioro en la calidad de vida. La "angustia", "la fatiga", y la "depresión" son conceptos intermedios entre la salud y la enfermedad en los cuales uno puede permanecer sin saberse enfermo del todo.

En 1984 Denise Jodelet realiza un estudio destinado a conocer cómo, los habitantes de una comunidad rural del centro de Francia, se representan socialmente a la enfermedad mental. En ese poblado, que desde principios de siglo ha albergado a enfermos mentales de manera constante, se ha desarrollado una forma de diferenciarse de ellos. Primero estableciendo una serie de categorías para clasificarlos: el "bredin", el "Chiflado", el "loco mental", el "inocente" etc. y después estableciendo una teoría causal que explique su estado mental: "es el temor que tenía y que ha vuelto", "su mujer lo ha abandonado, es algo que tenía en el cerebro y que se ha agriado", "es un shock de guerra". etc. El trato de los habitantes hacia los enfermos mentales fue siempre, (según lo advirtió Jodelet) de evitación del contagio.

M.J. Chambart de Lauwe en 1971 lleva a cabo una investigación para conocer cuál es la representación social que tienen en la sociedad, de la infancia. En su investigación

revisa biografías, películas, cómics, así como la literatura infantil creada por los adultos. En sus conclusiones descubre que la infancia es un mundo "diferente" en relación con el mundo de los adultos, al que se opone. Sin embargo el mundo de la infancia resulta ser imaginario y creado por el de los adultos, es sin duda un mito elaborado.

Son muchos los estudios que se podrían citar. Sin embargo estas cuatro investigaciones clásicas sobre representación social, muestran claramente la diversidad de fenómenos que puedan ser elaborados y la cantidad de técnicas de recolección de datos que pueden utilizarse.

¡Usemos el condón!



Asamblea de Barrios de la Ciudad de México

N. Convención del Año

## II. EL SINDROME DE INMUNODEFICIENCIA HUMANA.

### 2.1. Aspectos biológicos del SIDA.

#### 2.1.1. Historia del SIDA.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida conocido como SIDA, es un padecimiento relativamente nuevo que es producido por el virus de inmunodeficiencia humana (VIH). Hasta el momento no existe tratamiento ni vacuna contra el VIH y a pesar de su reciente descubrimiento, este virus letal ha cobrado miles de víctimas en todo el mundo, ya que cuando logra penetrar y desarrollarse dentro del organismo humano desencadena un proceso degenerativo en el sistema inmunológico que culmina con la muerte a causa de enfermedades "oportunistas".

Las primeras publicaciones médicas sobre esta nueva enfermedad aparecieron en Estados Unidos, específicamente en Los Angeles, en el año de 1981. Se referían a pacientes que presentaban una rara infección pulmonar conocida como Neumonía por *Pneumocystis Carinii*, que usualmente afecta a personas con cáncer y receptores de transplantes. Estos pacientes iniciaron su padecimiento en 1980 y presentaban algunas características comunes: su sistema inmunológico se

encontraba muy deteriorado, todos ellos eran hombres de alrededor de 30 años y con preferencias homosexuales. Simultáneamente en las ciudades de Los Angeles, San Francisco y Nueva York, se notificaban cada vez más casos de Neumonía por *Pneumocystis Carinii*. De igual manera, se detectaron otros casos que presentaban un tipo de cáncer en la piel muy raro denominado Sarcoma de Kaposi, con la particularidad que estos pacientes al igual que los anteriores, tenían afectado su sistema inmunológico de manera grave, eran hombres jóvenes y de preferencias homosexuales.

A pocas semanas de la primera publicación acerca de este mal, el número de casos había aumentado considerablemente, pero aún se desconocía por completo la etiología de la enfermedad. Así que el primer nombre que recibió ésta, se asoció a las características de los primeros pacientes infectados designándola con las siglas GRID (Gay Related Immunodeficiency) Inmunodeficiencia Relacionada a la Homosexualidad.

Al difundirse por todos los medios la noticia de que existía una epidemia con dicho nombre (y aún sin haberse determinado las causas, la sintomatología, etc), se impactó a la opinión pública de tal manera, que la forma de lucha contra el SIDA se convirtió en una auténtica "cacería de

brujas" contra la población homosexual, llamando a la enfermedad "cancer gay".

Sin embargo los estudios seguían, y se sospechó que la causa probable estaba en la ingestión de una droga conocida como "poppers", obteniéndose resultados negativos. A la par con las investigaciones, el número de enfermos se multiplicaba rápidamente. En ellos persistía el daño inmunológico, pero la nueva población infectada ya no se limitaba a homosexuales, ahora se trataba de una población diversa: hombres bisexuales, hombres y mujeres heterosexuales, personas que habían recibido transfusiones sanguíneas, heroínómanos hemofílicos y muchas veces la pareja sexual de los pacientes.

En poco tiempo este virus logró extenderse en todo el planeta y los signos y síntomas comunes observados en los pacientes eran las deficiencias presentadas en su sistema inmunológico, por lo que en junio de 1982 se decidió reconocer a este cuadro patológico como Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida.

En 1983 el agente infeccioso del SIDA fue aislado e identificado como virus asociado a la linfadenopatía (LAV) por el profesor Luc Montaigner y su equipo, del Instituto Pasteur de Paris, Francia. En el siguiente año, el Dr. Robert

Gallo de Estados Unidos repitió una vez más el aislamiento del virus causante del SIDA, esta vez identificándolo como virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV-III). Se supuso que las principales formas de contagio eran a través de sangre y semen. Para lograr unificar el nombre del agente del SIDA, la OMS propuso en 1986 designarlo como virus de la inmunodeficiencia humana (VIH), que es el nombre con el que se conoce actualmente.

Sobre el origen del VIH se tiene toda una gama de opiniones de muy distintas fuentes, que van desde los científicos más reconocidos de diversos países, llegando hasta versiones proporcionadas por la prensa amarillista, pasando por investigadores, dirigentes religiosos, partidos políticos, grupos de ultraderecha, etc.

Existen diversas hipótesis sobre su procedencia. Una de las más comentadas refiere que el VIH de alguna manera se transmitió al hombre a través del mono verde de Africa, siendo este continente el foco de diseminación mundial de la infección. Otros culpan a Estados Unidos por ser el país donde aparecieron los primeros casos. Sin embargo todas estas teorías sufren cambios constantemente, han sido refutadas y se ha demostrado su falsedad. Cada una de éstas historias se empeña en buscar culpables o en estigmatizar a grupos

sociales. En ellas se muestra mucha imaginación y fantasía, pero hasta hoy no se sabe con exactitud como y donde se originó este virus.

Se tienen informes de pacientes que murieron presentando un cuadro compatible con SIDA varios años atrás, cuando esta enfermedad era completamente desconocida, por ejemplo:

"Un reporte médico belga, refiere el caso de una secretaria originaria de Zaire, de 34 años de edad. Viajó a Bélgica en 1977 para conocer la razón de sus infecciones respiratorias e intestinales persistentes. Murió un año más tarde con un cuadro compatible con SIDA. Se sabe también el caso de una familia noruega, en que el padre presentó en 1966 un cuadro clínico con infecciones respiratorias recurrentes. Murió en abril de 1976. La madre presentó infecciones recurrentes desde 1967. En 1973 se le diagnosticó leucemia, murió en diciembre de 1976. La hija presentó infecciones bacterianas con complicaciones pulmonares, murió en enero del mismo año. En los tres casos se confirmó el diagnóstico de SIDA, al realizar pruebas de Elisa y Western Blot en sueros congelados desde 1971. En Zaire se reportó un suero positivo a las pruebas de Elisa y Western Blot que se mantenía congelado desde 1959". (Sepúlveda y Rico, 1989, pp. 18, 19).

El tema del origen del VIH es hoy y por mucho tiempo será, un tema de controversia. El SIDA, llamado a veces "el mal del siglo", es una epidemia mundial de la cual ninguna nación desea hacerse responsable.

En este momento, en todos los países del orbe podemos encontrar tanto casos de SIDA como portadores del VIH (seropositivos).

En México los primeros pacientes con diagnóstico de SIDA aparecieron en 1983. Se trataba de hombres extranjeros residentes en este país, que habían empezado su padecimiento en 1981. Fueron atendidos en el Hospital de Nutrición "Salvador Zubirán". "Estos casos tenían como antecedente común viajes a los Estados Unidos o relaciones íntimas con extranjeros procedentes de países con las más altas tasas de incidencia" (Bronfman, 1989, pp 448).

Ante un suceso tan importante como fue presenciar los primeros brotes de la epidemia en nuestro país, la reacción de las autoridades de la Secretaría de Salud fue indiferente y las acciones de prevención fueron nulas.

Antes de la llegada del VIH ya habíamos sido bombardeados con noticias sensacionalistas referentes al nuevo mal que

azotaba a la humanidad. Casi toda la población había escuchado y comentado sobre este mal, pero lo concebían como algo detestable, asociado a homosexuales y muy lejano para las personas "normales".

Para mediados de 1985 el IMSS declaró 22 casos de SIDA en México. En agosto las declaraciones de las instituciones de salud sobre el número de casos era contradictoria, la cifra fluctuaba desde 17 hasta 90.

En este momento tampoco se observaron medidas para prevenir la propagación, y en lugar de ellas, el Secretario de Salud ordenaba "las redadas de homosexuales para controlar el SIDA" (Excelsior, septiembre 10, 1985, tomado de Mejía 1988, pp. 34). El periódico Excelsior publicó la opinión de algunos médicos, autoridades de Salud:

"Los doctores Martha Céspedes de Gómez, del Hospital General, Guillermo Ruíz Palacios del Instituto Nacional de Nutrición y Jesús Kumate de Salubridad estuvieron de acuerdo: No hay por qué preocuparse, la población en México que no pertenece a los grupos de alto riesgo, tiene una probabilidad prácticamente nula de adquirir la infección. Con 50 casos de SIDA en el país o 100 si se quiere pensar en los que escapan al diagnóstico, no tiene sentido distraer grandes recursos

económicos o humanos, para investigar y combatir el mal, cuando hay otros padecimientos..." (Excelsior, agosto 30, 1985, tomado de Mejía, 1988, pp. 31). Pese a estas declaraciones, el número de infectados aumentaba considerablemente.

Fue hasta febrero de 1986 en respuesta a una convocatoria hecha por la Organización Mundial de la Salud, que se crea el CONASIDA (Comité Nacional de Prevención del SIDA), el cual en un principio englobaba a todas las instituciones gubernamentales de Salud y tenía como finalidad unificar criterios de diagnóstico, tratamiento y prevención del SIDA. En sus mensajes que fueron de poca difusión, se hablaba de la importancia de la fidelidad de la pareja como el medio más seguro para evitar el contagio y en su discurso insistían en los "grupos de alto riesgo", donde se referían a homosexuales, prostitutas y bisexuales, principalmente.

Para octubre de 1986, existían ya 249 personas registradas con SIDA y para el primero de abril de 1987 esta cifra aumentó a 407 infectados. Fue en ese entonces cuando se prohibió por decreto presidencial la comercialización de la sangre.

La campaña gubernamental incluyó anuncios televisivos que aconsejaban el uso del condón para evitar el contagio, mismos que fueron censurados por presiones de grupos que la conside-

rabian muralmente inadecuada.

En febrero de 1988 se habían notificado 1,126 casos de SIDA a la Dirección General de Epidemiología. En ese mismo año se reconstituye el CONASIDA, esta vez como organismo separado de la Secretaría de Salud.

La sociedad civil, preocupada por la magnitud del problema y ante la ineficiencia de las medidas gubernamentales, organizó grupos independientes cuyo objetivo es el combate contra el SIDA. De entre los grupos formados podemos nombrar a la Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA, a AVE de México, al Grupo Cálamo. Sumándose a la lucha, organizaciones ya establecidas anteriormente como el Círculo Cultural Gay. Ya que todos los grupos no gubernamentales tienen básicamente los mismos objetivos en la lucha contra el SIDA, decidieron formar una Confederación unificando criterios de acción y trabajando conjuntamente, pero sin perder su autonomía.

#### 2.1.2. El Agente Infeccioso (VIH) y sus características.

Desde su descubrimiento como el agente causante del SIDA, el virus de la inmunodeficiencia humana ha ocupado un lugar importante en materia de investigación a nivel mundial.

Las grandes potencias invierten fuertes sumas de dinero en estudios que buscan desactivar o controlar el VIH dentro del organismo humano. Aunque esto todavía no es posible, los esfuerzos realizados no han sido en vano, pues gracias a esto en los últimos años la ciencia ha tenido un adelanto notable en descubrimientos que servirán para el tratamiento de otros padecimientos.

Del VIH se sabe que es un microorganismo que puede vivir y reproducirse únicamente en el interior de una célula, se ha clasificado dentro de la familia de los retrovirus debido a que toda su información genética se encuentra almacenada en moléculas de ácido ribonucleico ARN y cuenta con una enzima llamada transcriptasa reversa.

Para que el VIH pueda instalarse dentro de una célula es necesario que su información hereditaria sea compatible con el aparato genético celular humano, por lo que el agente infeccioso utiliza su enzima para traducir la información genética de las moléculas de ácido ribonucleico (ARN) en moléculas de ácido desoxirribonucleico (ADN).

La carga de ácido ribonucleico que contiene el VIH está localizada en el núcleo de su estructura, junto a él se encuentra también la transcriptasa reversa. Al núcleo lo rodea

una capa de proteínas llamada cápside. Al conjunto de ácido ribonucleico, transcriptasa reversa y cápside se le conoce como nucleocápside. El resto del conjunto lo envuelve una capa formada en un 5% a 10% por componentes propios del virus (proteínas ricas en azúcares, conocidos como glicoproteínas) y el 70 o 75% son componentes de origen no viral, procedentes de la célula donde se originó el virus (Ver Figura No.1)

Las células poseen antenas receptoras en la superficie de su membrana para captar señales entre ellas. Los virus pueden penetrar únicamente a determinadas células con receptores de membrana que pueden captar los, por lo que cuentan con un sistema de moléculas que permite rastrear la superficie de las células en busca de dichos receptores a los que se unen por enlaces bioquímicos.

Cada célula cuenta con sus propios tipos de receptores, por lo cual capta exclusivamente determinados mensajes, lo que permite que la unión estímulo-receptor sea altamente selectiva. Por esta misma razón la unión virus-célula es igualmente específica y tiene como resultado el determinar no solo la especie a la que el virus puede infectar, sino al tipo de célula que puede parasitar.

Se sabe que el VIH tiene la capacidad de infectar única

mente a cierto tipo de células del sistema nervioso central donde puede producir encefalopatías, y principalmente a células del sistema inmunológico del ser humano, como lo son un tipo de glóbulos blancos conocidos como linfocitos T, que en su proceso de maduración adquieren ciertas moléculas conocidas como T4 o T8 (actualmente llamadas células CD4 y CD8 respectivamente), ambos grupos celulares pueden tener funciones efectoras o reguladoras dentro del sistema inmune.

"Diferentes grupos de investigadores han demostrado que la molécula CD4 del linfocito es el receptor de alta afinidad para el VIH" (Alcocer, 1989, pp. 72). Una vez que el virus ha reconocido a la célula que va a parasitar y se ha adherido a ella, el siguiente paso que da consiste en penetrar a su interior. El virus no entra a la célula con todos sus componentes; sólo introducen el nucleocápside mientras que la envoltura permanece fuera para fusionarse a la membrana de la célula. Cuando el virus ha ocupado el interior de las células, la información hereditaria que posee bloquea la carga genética de las mismas con el objeto de que se produzcan nuevos y numerosos virus (llamados viriones), aprovechando las proteínas existentes en su citoplasma. "A los 20 minutos de la infección la producción de virus asciende a 200 por cada célula aproximadamente" (Stanislawsky, 1989, pp. 42). Después de este proceso de producción viral, la célula

parasitada muere, aunque no se sabe con exactitud la causa de esta muerte. (Ver figura No. 2).

La infección puede entrar a una fase latente en la que el ciclo de producción viral se detiene, esta fase de latencia puede prolongarse por un largo período de tiempo. Esta es la razón por la que algunos pacientes sero-positivos tardan un largo espacio de tiempo entre el momento de la infección y el inicio del síndrome.

El hecho de que el VIH destruya células del sistema inmune que es el encargado de proteger al organismo de contraer enfermedades, trae como resultado un estado de inmunosupresión, por lo que el organismo queda expuesto a todo tipo de gérmenes que ya sin obstáculo pueden desarrollarse libremente. (Debemos hacer notar que el VIH es un virus muy susceptible a las condiciones del medio ambiente, puede inactivarse al ser expuesto a altas temperaturas, y a desinfectantes como cloro, alcohol, yodo y detergentes comunes).

En cuanto al tratamiento, hasta la fecha se han fabricado 2 medicamentos que son capaces de retardar el proceso de producción viral del VIH. Permiten un período de sobrevida pero también tienen graves efectos secundarios. El nombre de los medicamentos son rivabirina y azidotimidina (AZT).

"Un grupo de científicos holandeses anunciaron haber descubierto un medio para evitar la reproducción del VIH en el cuerpo de una persona infectada, mediante la inhibición de la transcriptasa en ácido desoxirribonucleico, deteniendo así la penetración del VIH a nuevas células. Sin embargo, este nuevo descubrimiento sigue en proceso de experimentación con animales pero anunciaron su aplicación en humanos aproximadamente en 1991, después de haber comprobado su eficacia". (La Jornada, 14 de abril de 1990).

También, "en el estado de California un equipo de investigadores del Instituto Nacional de Salud dijeron que han producido un tipo de moléculas llamadas "ribozimas" con la habilidad de recortar un gen que codifica una proteína en el núcleo del virus del SIDA. Explicaron que sin esa proteína el virus del SIDA pierde su poder infeccioso. El objetivo principal de esta investigación es descubrir un tratamiento para el SIDA, en el cual la terapia de ribozimas esté vinculada con la terapia genética, es decir insertar material genético en las células (de un paciente) para que ellas puedan producir ribozimas desde dentro". (El Universal, abril 10, 1990).

Sin embargo, la forma más novedosa en la lucha contra el SIDA, la representa un tratamiento conocido como hipertermia,

(que consiste en calentar la sangre del paciente por arriba de los 40°C) el cual ha sido utilizado por el Dr. Keneth Alonso en los Estados Unidos. El Dr. Alonso ha reportado los resultados de dos pacientes sometidos a dicho tratamiento, los cuales han mostrado en poco tiempo una notable mejoría.

El primero de los pacientes tratados ya presenta seronegatividad en sus anticuerpos al VIH, mientras que el segundo paciente está en fase temprana del tratamiento, pero ha desaparecido ya su sarcoma de Kaposi.

El Dr. Alonso dió una conferencia sobre su novedoso tratamiento en la Universidad Nacional Autónoma de México en el mes de julio de 1990, el cual no se distinguió por ser un evento precisamente académico, pues ante las exigencias del público especialista, el Dr. Alonso no pudo mostrar documentos que avalaran la seriedad científica de sus investigaciones. Después, el mismo Dr. Alonso supervisó una operación en la clínica Londres de esta ciudad a un joven paciente con SIDA y en el cual observaría el funcionamiento de la hipertermia a las condiciones de altitud del D.F. El resultado no pudo ser más adverso pues el paciente murió pocas horas después de la operación. Inmediatamente se cuestionó la validez de la hipertermia como la posible cura del SIDA. Sin embargo, no se debe descartar a esta terapia ya que hasta el momento

representa una posibilidad de desarrollar posteriores estudios más rigurosos y mejor controlados.

Es frecuente que ante la falta de tratamiento que ofrezca la cura definitiva de la enfermedad, aparezcan personas que aprovechándose del sufrimiento y la desesperación de los pacientes, aseguren tener solución al problema como lo menciona el Dr. Hermann Bellinghausen:

"Conforme crezca el número de casos y sigan faltando remedios satisfactorios contra el SIDA, la imaginación, la tradición revivida, la fe religiosa y las ciencias marginales (sin contar las charlatanerías que ven venir un jugoso porvenir) tendrán tanto que decir como la medicina alopática, en un terreno que sigue siendo tierra de nadie". (Bellinghausen, 1990, pp. 25).

### 2.1.3. Formas de contagio.

Para que el VIH pueda parasitar una célula del organismo humano, primero necesita poder penetrar al torrente sanguíneo. Para que esto sea posible existen únicamente tres mecanismos.

- 1) Transmisión sexual.
- 2) Transmisión sanguínea.

### 3) Transmisión perinatal.

El más importante mecanismo en cuanto a su frecuencia, lo constituye la transmisión mediante prácticas sexuales, a través del intercambio de líquidos vaginales y semen. Existen prácticas sexuales que implican mayor riesgo de adquirir el contagio. El criterio unificado, según estadísticas, señala al coito anal como la práctica sexual más riesgosa. Esto se debe a las laceraciones que se producen en la mucosa rectal por donde puede colarse el semen infectado, además los tejidos en esta región, se caracterizan por tener un alto porcentaje de células del sistema inmunológico, y la irrigación sanguínea es muy abundante. Por otra parte, si la persona penetrada posee el virus puede transmitirlo si su compañero sufre lesiones en el pene.

El coito vaginal también implica un importante riesgo de transmisión ya que también en esta área la mucosa posee células de tejido linfóide (receptores CD4) y aunque el epitelio vaginal es más resistente a la fricción, durante el coito se llegan a producir lesiones por lo que el riesgo de contagio aumenta si se tienen relaciones durante el período menstrual" (Sepúlveda, 1988, pp. 516).

Como existe mayor concentración del VIH en semen que en líquidos vaginales, hay mayor riesgo de que el hombre infecte a la mujer.

El peligro que constituyen las prácticas de sexo oral, no radica en que el VIH pase al aparato digestivo por medio de semen o secreciones vaginales. (ya que lo inactivarían los jugos gástricos) sino su entrada al torrente sanguíneo a través de lesiones en la mucosa oral.

Los fluidos corporales como saliva, sudor, lágrimas e incluso orina poseen una concentración mínima de VIH, por lo cual las prácticas sexuales en donde sólo existe intercambio de los líquidos mencionados, sin participación genital "no constituyen riesgo alguno de contagio" (Rico, 1989, pp. 255).

El segundo mecanismo de transmisión en orden de frecuencia lo constituye el sanguíneo. Este tipo de transmisión ocurre cuando el VIH, penetra directamente al aparato circulatorio, por medio de transfusiones de sangre contaminada o de hemoderivados infectados, pero también puede transmitirse al establecerse contacto sanguíneo con algún objeto que contenga residuos del VIH como pueden ser jeringas, material quirúrgico, etc.

Una población que se encuentra en riesgo de infección por esta vía la forman los pacientes hemofílicos ya que deben estar recibiendo constantemente administraciones de productos derivados sanguíneos. En nuestro país el grupo de hemofílicos infectados de VIH forman el 1.2% del total, según datos obtenidos hasta el 31 de mayo de 1990 por CONASIDA (Boletín CONASIDA, junio 1990, pp. 893).

Debido al control gubernamental establecido para las transfusiones sanguíneas y a la prohibición del comercio de sangre, la frecuencia de esta vía de transmisión ha disminuido considerablemente. Pero las personas que recibieron transfusiones años antes de 1987 (año que se adoptaron estas medidas) pueden ser portadores de VIH, que no han desarrollado un síndrome. "Se espera que aparezcan todavía muchos casos de SIDA asociados a transfusiones sanguíneas" (Rico, 1989, pp. 259).

Otra vía de contagio es la perinatal, cuando la madre infectada transmite el virus a su producto. Esta puede darse transplacentariamente, durante el embarazo (que es lo más común); puede ocurrir en el momento mismo del parto al establecerse el contacto de la sangre de la madre con la del niño o bien por el contacto con secreciones cervicales o vaginales; puede ocurrir también después del parto, con la

lactancia (aunque han sido casos muy raros constituyen un riesgo, pues se ha encontrado una concentración muy alta de VIH en la leche materna).

Puede suceder que una madre con SIDA no contagie al producto, o ser una madre sero-positiva que no engendre un niño infectado que desarrolle el síndrome, esto depende de varios factores entre ellos "el grado de avance de la enfermedad de la madre durante el embarazo, el grado de concentración del virus en la sangre y el estado de maduración del sistema inmunológico del niño" (Coles, 1990, pp. 28).

Aunque todos los seres humanos somos susceptibles de adquirir la infección por VIH se sabe que existen factores que facilitan la transmisión del VIH así como la evolución viral de éste. La transmisión de la infección por VIH se hace más factible si el organismo receptor ha sido ocupado por otras infecciones virales, principalmente por: "citomegalovirus, virus del herpes, virus de Eipstein-Barr, virus de la hepatitis tipo B y algunos otros productores de enfermedades de transmisión sexual como gonorrea, sífilis y linfogranuloma venéreo" (Rico, 1989, pp. 231) Esto se debe en gran medida a las lesiones genitales que causan estos virus, que el VIH "aprovecha" como vía de entrada, y al bajo rendimiento del sistema inmunológico frente a esta situación.

Se mencionan además otros factores facilitadores externos como son algunos inhalantes como los "poppers" (nitritos) y la administración de drogas intravenosas.

Cuando se empezó a tener noticia de esta enfermedad en nuestro país, algunos medios de comunicación como el programa periodístico "60 minutos", y algunos diarios, informaban que además de las vías de contagio mencionadas, también se incluían, la saliva y otras secreciones como el sudor y las lágrimas. Ahora se ha comprobado que la concentración en estos líquidos corporales es mínima y no implica riesgo de transmisión.

Sin embargo, hay quienes insisten en negar estos conocimientos científicos y alarman a la gente con información falsa sobre los mecanismos de contagio, sin ética profesional y ninguna base teórica. Tal como lo hizo el pasado 14 de junio de 1990 la Dra. Bertha Farfán representante del Instituto Schiller, en una conferencia dictada en la facultad de Ingeniería de la U.N.A.M., donde mencionó que inclusive el saludo de mano era una forma de contagio.

Ya se han indicado las únicas 3 vías posibles por las que se puede adquirir la infección por VIH, a continuación se

presentan las formas por las que no hay riesgo: saludar, besar, hablar, acariciar, en estornudos, compartir platos, vasos, cubiertos, utilizar instalaciones sanitarias, albercas, transportes públicos, tampoco por picaduras de mosquitos. La prevención es hasta hoy la mejor manera de contrarrestar esta enfermedad, y para poder prevenirla es necesario informar a todos la verdad sobre ella.

El riesgo de contagio por transfusión sanguínea ha disminuido. Sin embargo, en caso de transfusión se sugiere revisar el sello que garantice que la sangre que se reciba fue analizada, lo mismo si se utilizan hemo derivados. Si se dona sangre, revisar que las agujas y jeringas sean nuevas, y desocharlas inmediatamente. Si se utiliza material quirúrgico, revisar que esté esterilizado. Se recomienda no compartir objetos personales propios que puedan alojar partículas sanguíneas como rastrillos o cepillos de dientes.

En el caso de mujeres infectadas por VIH deben evitar embarazarse debido a las posibilidades de que el producto nazca infectado, también se sugiere que las mujeres que tengan el virus no amamenten a los niños.

"De los mecanismos de transmisión de SIDA, el sexual es desgraciadamente el que mayores problemas preventivos plantea

puesto que para prevenirlo se necesita modificar hábitos y costumbres profundamente arraigadas, que se relacionan con lo más íntimo del ser humano: su sexualidad". (Op.cit. pp. 263).

Cada individuo decide sus preferencias sexuales en cuanto a pareja y prácticas sexuales, de acuerdo a su propia formación. Esta decisión debe ser respetada y aceptada, siempre y cuando los participantes estén de acuerdo y no se dañe a terceros. Teniendo en cuenta el problema tan grave por el que atraviesa la humanidad como es el SIDA, cada individuo debe actuar con responsabilidad ante sí mismo y ante el compañero o la compañera sexual. Para evitar el contagio del virus de la inmunodeficiencia humana por transmisión sexual se recomienda lo siguiente:

- 1.- Aprender a usar el condón correctamente y usarlo siempre que exista penetración ya sea anal o vaginal lo mismo si se practica felatio.
- 2.- En el caso de prácticas como anilingus o cunnilingus se recomienda usar cuadros de latex de manera que se evite el contacto directo.
- 3.- Fomentar las prácticas sexuales que no impliquen riesgos tales como caricias, besos, abrazos, masturbación mutua, etc.
- 4.- Si se sospecha estar infectado por VIH hacerse la prueba

y comunicarlo a su pareja o parejas sexuales con las que se haya tenido contacto últimamente.

- 5.- Al personal de salud se le recomienda usar lentes protectores y guantes, así como esterilizar el material quirúrgico.

#### 2.1.4. Sintomatología.

Existe una prueba de laboratorio mediante el cultivo viral para la detección del VIH, que en caso de resultar positivo, adquiere un valor absoluto. Este método es el más específico que existe, sin embargo, no se emplea comúnmente sino solamente en laboratorios especializados de investigación, debido a que su procedimiento es largo y delicado y para lograr aislar al virus se necesita gran concentración del VIH en el paciente.

Otras pruebas utilizadas generalmente son las que manifiestan que un organismo ha desarrollado anticuerpos contra el VIH. Una de ellas es la prueba de ELISA (estudio inmunológico de laboratorio). Es una prueba muy sencilla, de bajo costo y no requiere de mucho tiempo, es la que se emplea para comprobar existencia de VIH en donadores de sangre y en centros de detección del síndrome. "Consiste en una serie de reacciones entre un anticuerpo y un antígeno, cuyo producto

final proporciona una reacción con color. Es positiva cuando se obtiene un nivel de color igual o mayor a uno preestablecido como positivo. Para esto último se puede emplear el suero de un individuo que se sabe está infectado y tiene anticuerpos". (Soler, 1989, pp. 107).

Esta prueba se empezó a utilizar desde el descubrimiento del VIH y ha sufrido transformaciones que la han perfeccionado. De manera que a la fecha resulta muy confiable, más sin embargo, con el simple resultado positivo de la misma, no se puede hacer un diagnóstico definitivo, es necesario repetirla y realizar una prueba confirmatoria.

Las más frecuentemente usadas para la confirmación de la infección son la prueba de Western Blot (Estudio de Inmuno electrotransferencia), que "consiste en identificar distintos grupos de anticuerpos frente a proteínas específicas del virus. Se considera como uno de los métodos analíticos más sensibles que reconoce todos los antígenos virales, además de hacer posible la medición de la respuesta a cada proteína por separado". (Peredo, 1989, pp. 188).

También es importante incluir, entre las pruebas de detección del SIDA, la de inmunofluorescencia, que detecta las células T infectadas y por su gran sensibilidad ante este tipo

de células representa una magnífica opción confirmatoria.

Estas técnicas son las más comunes para la confirmación diagnóstica aunque puedan utilizarse como apoyo otras como radio inmuno precipitación o RIPA.

Cuando el resultado de las técnicas anteriormente descritas resulta positivo, se establece un diagnóstico definitivo de presencia del VIH, ya que su eficacia no permite resultados falsamente positivos. Sin embargo su complejidad y su costo elevado no permiten que su utilización se dé en forma masiva.

Al obtenerse un resultado negativo en la prueba de Elisa, puede significar que efectivamente el paciente no posee el VIH o bien puede darse el caso de que el virus se encuentre ya en su organismo y que éste no haya desarrollado anticuerpos correspondientes para poder detectarlo (aunque en esta circunstancia la persona sí es capaz de transmitirlo). "Se ha demostrado que un individuo tarda un promedio de seis semanas en formar anticuerpos después de haber sido infectado por el virus pero existen casos de individuos que han tardado seis meses o más. A este período se le conoce como 'ventana ciega' en el cual hay infección pero no respuesta inmune". (Soler, 1989, pp. 111). Por esta razón las personas que hayan estado

expuestas al virus deben checar su sangre constantemente.

Ahora bien si una persona obtiene resultados positivos, tanto en la prueba de ELISA como en la confirmatoria, significa que el VIH está presente en su sangre. Pero ser portador del VIH no significa tener SIDA o que necesariamente vaya a desarrollar la enfermedad. Existe un período de latencia entre la entrada del virus al organismo y el desarrollo del síndrome.

"Según investigaciones se calcula que sólo el 2% de los infectados desarrollan SIDA en los 2 primeros años después de la infección, 10% a los 5 años, 23% a los 6 años, 37% a los 8 años y 48% después de los 10 años" (Valdespino, 1989, pp 11).

A las personas que se encuentren en este período de latencia se les llama sero-positivos, es decir, portadores del virus, han desarrollado anticuerpos pero no presentan ninguna manifestación clínica. A este lapso se le conoce como período asintomático.

"Todos los pacientes infectados por VIH pasan por esta etapa asintomática en la cual no se observa en ellos ninguna manifestación clínica se ven bien y se sienten bien, sin embargo están atravesando por un proceso de deterioro en su

sistema inmunológico". (Sanchez Mejorada, 1989, pp. 14). Una etapa más avanzada de los portadores del VIH, es cuando presentan un cuadro conocido como complejo sintomático relacionado al SIDA que se caracteriza por fiebres altas y persistentes, pérdida inexplicable de peso, fatiga intensa, linfadenopatía generalizada y persistente (aumento del tamaño de los ganglios linfáticos en más de un centímetro), tos seca de varias semanas de aparición, diarrea profusa y de larga evolución, letargo, depresión, demencia, presencia de infecciones bucales.

En relación con esta última etapa, "existen 40 tipos de diferentes alteraciones bucales en pacientes infectados por VIH, estas se pueden presentar en infecciones de hongos, bacterias, virus, neoplasias, afecciones neurológicas y otras de origen desconocido". (Editorial de "El Nacional", 1990, pp. 1).

El Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida es el estado más grave de la infección por VIH. Esta se manifiesta por la presencia de infecciones graves causadas por microorganismos llamados oportunistas, ya que "aprovechan" la inmunodeficiencia del organismo para atacarlo.

"Existen infecciones que son comunes y se adquieren en

fases tempranas de la vida. Estas tienen un curso benigno cuando suceden en personas inmunocompetentes, es decir, cuyo sistema inmune es normal. Sin embargo el agente infeccioso no es eliminado del organismo y permanece en forma latente, gracias a un control que se ejerce por mecanismos de defensa. En el paciente con SIDA en el cual el sistema inmune está deprimido, estas infecciones latentes se hacen manifiestas. Por tal razón, en la mayoría de las infecciones del paciente con SIDA no existe riesgo de transmisión a otra persona". (Ruiz Palacios, 1989, pp. 238).

Según Miguel Angel Peredo (1989, pp. 164) las infecciones oportunistas o neoplasias "indicadoras" de SIDA, más frecuentes son las siguientes:

- 1.- Candidiasis esofágica traqueal, bronquial o pulmonar.
- 2.- Criptococosis extrapulmonar.
- 3.- Criptosporidiosis con diarrea de más de un mes de evolución.
- 4.- Citomegalovirus en un órgano que sea hígado, bazo o ganglios en un paciente de más de un mes de edad.
- 5.- Herpes con ulceraciones mucocutáneas de más de un mes de evolución o bronquitis, neumonitis o esofagitis de cualquier tiempo de evolución que afecte a un paciente mayor de un mes de edad.

- 6.- Toxoplasmosis encefálica en pacientes de más de un mes de edad.
- 7.- Microbacteriosis, o enfermedad producida por el complejo del *Mycobacterium avium* o el *M. Kansasi* predominado (en un sitio que no sea la piel, los ganglios linfáticos cervicales o los hilares, además de considerar su efecto en los pulmones).
- 8.- Neumonía por *Pneumocystis Carinii*.
- 9.- Sarcoma de Kaposi que afecte a un paciente menor de 60 años.
- 10.- Linfoma primario de cerebro que afecte a un paciente menor de 60 años.
- 11.- Neumonía intersticial linfóide que afecte a un niño menor de 13 años.
- 12.- Leucoencefalopatía multifocal progresiva.

Para integrar un diagnóstico de SIDA es necesario conjuntar la historia clínica completa del paciente, datos epidemiológicos y los estudios de laboratorio que se requieran, incluyendo las pruebas de detección.

El paciente con SIDA necesita una atención hospitalaria especializada. Su tratamiento es complejo y muy costoso tanto por los medicamentos como por el trabajo multidisciplinario

que implica, ya que un paciente con SIDA requiere especialistas de diversas ramas de la salud como médicos generales, cirujanos, enfermeras, neumólogos, neurólogos, gastroenterólogos, dermatólogos, psiquiatras, infectólogos, oftalmólogos, etc.

Con respecto al pronóstico, la muerte por SIDA se produce aproximadamente en el 48% de los enfermos en los 2 primeros años, su evolución es fatal a corto o mediano plazo y esta considerada hasta el momento como incurable.

#### 2.1.5. Dimensión de la Epidemia en México y en el mundo.

El promedio de edad en la cual los casos de SIDA son más frecuentes se sitúa entre los 25 y los 44 años de edad, la etapa más productiva del ser humano y donde la idea de la muerte se aprecia todavía lejana.

Esto se debe principalmente a que la vía más frecuente de la propagación de la enfermedad es por medio del contacto sexual, y a que estos jóvenes no tienen un pareja sexual estable. A esto se le suma la ausencia de medidas preventivas, ya que se cree que gran parte de la población se siente ajena o simplemente no está enterada del problema.

Todos los seres humanos somos susceptibles de adquirir la infección por VIH. No existen grupos de alto riesgo sino prácticas de alto riesgo, que pueden ser sexuales (penetración vaginal, penetración anal, sexo oral, etc., sin protección alguna) o de tipo sanguíneo (transfusión, punción accidental o voluntaria, administración de hemoderivados, etc.).

En las edades preescolares, además de las transmisión perinatal y de la transmisión por transfusión sanguínea puede suceder el contagio, por abuso sexual de un menor, estando el violador infectado.

Los patrones de transmisión son diferentes para cada región del mundo como lo muestran los médicos José Luis Valdespino y María de Lourdes García (1989, pp. 273), como se describe más adelante.

El número de casos de pacientes con SIDA reportado a nivel mundial por la OMS hasta el pasado 7 de julio de 1990 fue de 266.089, incluyen en este registro a 130 países del mundo.

En la región de África, la transmisión es elevada y ocurre principalmente por contacto heterosexual. En algunas regiones de este continente hasta el 70% de las mujeres que se dedican

a la prostitución están infectadas. La transmisión por transfusión sanguínea constituye un problema de salud pública importante. La transmisión perinatal es también frecuente y en algunas áreas específicas, entre el 5 y el 15% de las mujeres en edad reproductiva están infectadas. La frecuencia de casos entre hombres y mujeres es semejante. El total de casos en este continente hasta el 6 de julio de 1990 reportado a la OMS fue de 65,149.

En Estados Unidos y Europa Occidental la prevalencia de la infección es elevada, la transmisión ocurre principalmente en hombres. Por cada diez casos de hombres se tiene uno en mujeres. La infección se presenta principalmente por las prácticas sexuales de alto riesgo y por la administración de drogas intravenosas. En Estados Unidos existen hasta la misma fecha 133,889 casos y en Europa Occidental se cuentan 35,353.

En América Latina la prevalencia es moderada en personas con prácticas de alto riesgo. La proporción de casos de SIDA en drogadictos intravenosos es menor a la reportada en Estados Unidos y Europa. La transmisión perinatal es poco frecuente. En cuanto a la relación de casos de SIDA por sexo, esta es de 14 a 20 casos de hombres por uno en mujeres. El número de casos en América Latina asciende a 25,178.

En Asia y Oceanía la prevalencia de la infección es incipiente en personas con prácticas de alto riesgo. El virus se transmite entre homosexuales, prostitutas y usuarios de drogas intravenosas. No existen datos de transmisión por hemo derivados y la perinatal no representa un problema importante en esta región. El número de casos en Asia es de 655 y en Oceanía de 2,056.

En América se reportan 162,885 casos de SIDA, de los cuales el índice más alto lo ocupa Estados Unidos con 113,889 casos. En segundo lugar está Brasil con 11,070, el tercer lugar lo ocupa México con 4,416, en cuarto lugar está Canadá con 3,818 casos y el quinto le corresponde a Haití con 2,331 enfermos.

Como ya se vió, según la OMS, México ocupa el 3er lugar en cuanto a número de casos en América Latina. El año pasado ocupaba el cuarto lugar después de Canadá, pero ahora se han invertido los lugares y la tendencia de los casos en nuestro país es ascendente.

Las entidades en donde se encuentra la mayor concentración de casos es en primer lugar el D.F., 34%; Jalisco con 45.6%; Baja California con 39.1%, Morelos 24.7%, Coahuila 18.1% y Yucatán 11.4%.

La tendencia de los casos de SIDA en México indica que la infección se acta transmitiendo rápidamente. El crecimiento de los casos en mujeres y niños es más acelerado que en hombres jóvenes. La transmisión en los hombres heterosexuales es más acelerada que en hombres homosexuales o bisexuales y se espera un incremento de los enfermos en provincia.

"Las predicciones del número de casos de SIDA en México para 1991 permiten estimar una tasa de incidencia acumulada de 0.7 y 0.9 casos por cada mil habitantes. De cumplirse esto, la infraestructura hospitalaria puede resultar insuficiente para la atención de los pacientes con SIDA y esta enfermedad ocupara una de las 3 principales causas de mortalidad en hombres jóvenes". (Valdespino, 1989, pp. 294).

## 2.2. Aspectos Sociales del SIDA.

En este apartado se revisarán algunos aspectos de índole social relativos al síndrome de inmunodeficiencia humana. Tal como se había señalado anteriormente, el SIDA no es únicamente una enfermedad biológica, sino que dadas sus dimensiones, se ha convertido en un complejo fenómeno social que debe ser estudiado multidisciplinariamente. La economía, la sociología, la psicología, el trabajo social, la

antropología, etc., necesitan enfrentar conjuntamente a esta pandemia.

Es el presente es particularmente importante el estudiar los fenómenos psicosociales relativos al SIDA, y es allí donde, por supuesto, se hará especial hincapié.

#### 2.2.1. Psicología y SIDA.

En la introducción de esta tesis se ha mencionado ya, aunque de manera breve, como los psicólogos están colaborando de forma importante, investigando e interviniendo en problemas directamente relacionados con el SIDA. Es importante ejemplificar con situaciones concretas estas áreas de colaboración.

Se tomarán como referencia el evento nacional, quizá más importante sobre SIDA, que se ha llevado a cabo recientemente, el II Congreso Nacional sobre SIDA, convocado por la SSA, la OPS, la OMS, y la UNAM y celebrado en noviembre de 1989 en las instalaciones del palacio de la escuela de medicina. Dada la compleja temática que se abordó en dicho evento, los trabajos de los psicólogos se presentaron en distintos paneles de discusión.

En el panel "Aspectos Psicológicos del SIDA", el Dr. Alfredo Valencia del Instituto Nacional de Nutrición presentó su ponencia titulada "La importancia del estudio de personalidad en el abordaje de una población con prácticas de alto riesgo". En ella expuso las diferentes etapas psicológicas por la que pasa un seropositivo desde que le es anunciada su infección. En ese mismo panel el Dr. Roberto Gaytán de la Sociedad de Psicoanálisis, habló de un tema muy delicado en su trabajo "Extrapolación teórica para el manejo del paciente", en el señaló el objetivo de la terapia psicoanalítica, que es, en su concepto, el alcanzar una muerte digna para el paciente.

La Dra. Isabel Reyes, de la Facultad de Psicología de la UNAM, presentó los resultados preliminares de su investigación sobre las "actitudes de un grupo de universitarios ante el SIDA", utilizando el método de diferencial semántico. Por su parte la Lic. Angeles Figueroa, del Centro de Información sobre el SIDA Zona Sur, habló sobre las reacciones psicológicas de la familia ante la seropositividad de uno de sus miembros, en la que señaló la importancia en la preparación del psicólogo clínico para abordar este tipo de conflictos.

En otro panel sobre aspectos sociales, la Mtra. Claudette Dodet de la Escuela de Salud Pública de México, presentó una

ponencia titulada "Un proyecto de Psicología Social ante el problema del SIDA" en el cual propuso comprender el fenómeno del SIDA a través del estudio del pensamiento colectivo en los grupos sociales. Por su parte la Dra. Teresa Robles del Centro Mexicano de Investigación Clínica reveló en su ponencia, "Desafíos y respuestas de la psicología clínica frente al SIDA", logros importantes en los pacientes seropositivos que se someten a terapia hipnótica. Finalmente, señalaremos la ponencia presentada por Graciela de la Rosa, de la Federación Mexicana de Asociaciones Privadas de Ciudad Juárez, Chihuahua, titulada "Prostitución y SIDA": en la cual narra el trabajo realizado por un equipo de psicólogos sociales con un grupo de transvestis, mejor conocidos en aquel lugar como "vestidas". A este grupo de persona se les dieron varias pláticas con el objeto de que incluyeran el condón en sus actividades sexuales laborales logrando buenos resultados.

Estos trabajos que se describieron anteriormente son sólo algunos ejemplos reconocidos de las múltiples labores que a nivel de investigaciones o de aplicación, han venido realizando los psicólogos en nuestro país. La lista no se agota con estos ejemplos, obviamente, pues se amplía con la participación de los psicólogos en diversas áreas de colaboración

como: en la participación directa con grupos pertenecientes a la sociedad civil, estimulando el estudio del SIDA desde la docencia, participando en programas de intercambio con otros países, etc.

### 2.2.2. Fenómenos psicosociales del SIDA (estigmatización, prejuicios, movilización social, etc.).

Los fenómenos psicosociales son, sin duda alguna, los efectos más visibles y documentados que ha dejado el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Algunos de ellos como el prejuicio, la estigmatización, el pánico y el hostigamiento no son sólo condenables sino que deben ser evitados a toda costa. Sin embargo, la movilización social que se ha generado en torno al SIDA, en apoyo a los enfermos y a sus familias, en el establecimiento de grupos de información sobre la enfermedad, en defensa de los derechos humanos de los pacientes, en demanda de servicios de salud en general, etc., ha mostrado que existen auténticos lazos de solidaridad entre los miembros de la sociedad civil que luchan, por una parte, en poner un coto a la propagación de la epidemia, y por otra, en recuperar la dignidad de los enfermos e infectados.

El prejuicio, el pánico, la estigmatización y el

hostigamiento, regularmente aparecen unidos como fenómenos psicomorales intolerantes. Así que será difícil separarlos cuando se pase a ejemplificarlos en situaciones concretas. Es necesario entonces, definir dichos fenómenos, para después descubrirlos en los ejemplos.

"El prejuicio es una actitud sin fundamento suficiente en la experiencia, que suele apoyarse en una generalización excesiva, manifestándose en una resistencia emocional al cambio" (Jarvaloy, 1986, pp 38). Los prejuicios se construyen en los grupos, los cuales pueden ser endogrupos o grupos de referencia y exogrupos o grupos de los otros. Los fuertes lazos de unión que se establecen entre los miembros de un endogrupo hacen que haya una tendencia a colocar en el centro de referencia los valores del mismo grupo, a esto se le conoce como grupocentrismo que extendido a un nivel nacional se le denomina etnocentrismo. Los prejuicios son formados en el endogrupo: responden a un sentimiento grupo-centrico y se construyen para exaltar los valores, los sentimientos las virtudes, etc., del endogrupo y para a su vez, eliminar la amenaza que representa la presencia del exogrupo.

Como ejemplo clásico del prejuicio, podemos señalar al antisemitismo, que condujo a las huestes hitlerianas a cometer los más abominables crímenes contra los judíos,

durante la segunda guerra mundial.

"El estigma ha sido definido por Goffman (citado por Castro Pérez, 1988) como "un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito. El término estigma, entonces, hace referencia a un atributo profundamente desacreditador". (Castro Pérez, 1988, pp 632). Se han distinguido tres clases de estigmas. En el primero se ubican todos aquellos que padecen enfermedades físicas o deformidades como los sifilíticos, los leprosos, los cancerosos, los mutilados, etc. En el segundo se encuentran aquellos que tienen falta de voluntad, que presentan conductas antinaturales o perversas y los que se dejan llevar por sus pasiones. Tal es el caso de los drogadictos, los homosexuales, las prostitutas, los exconvictos, etc. Finalmente la tercera clase se refiere a la estigmatización asociada a una raza, religión o nación. Aquí se incluyen a los judíos, a los argentinos, a los negros, etc. Los enfermos del SIDA son estigmatizados por su pertenencia al primer grupo y en muchos casos al segundo, por su condición homosexual, drogadictos, prostitutas.

"Una de las formas que toma la conducta de la muchedumbre suele ser el pánico, o estado emocional que se produce como consecuencia de la falta de información sobre alguna

situación que atemoriza o es incomprensible, o bien por una desmedida abundancia de noticias que se manifiestan en acciones impulsivas". (Sherkovin, 1985, pp. 293).

Como ejemplo de este fenómeno psicosocial se pueden recordar los efectos provocados por la famosa transmisión radiofónica narrada por Orson Welles, el 30 de octubre de 1938 desde Nueva York, Estados Unidos. Welles leyó entonces la obra de H.G. Wells "La guerra de los mundos", en la que anunciaba a los radioescuchas la invasión terrestre llevada a cabo por marcianos. Los vecinos de Nueva York fueron presa del pánico, y las ambulancias y los autos de policía eran exageradamente demandados por la población. Las familias se encerraron en sus casas dispuestas a permanecer en cautiverio. El pánico cesó hasta que las autoridades estatales negaron la noticia, cuando ésta era ya conocida prácticamente en todo el país.

El hostigamiento es "el trato discriminatorio con expresiones de desprecio que resultan ofensivas y objetables para quien las recibe, causándole incomodidad y humillación. Es una agresión repetida y no deseada" (García, 1986, pp. 115). Es común que el hostigamiento derive en algún ataque físico.

El ejemplo más conocido del hostigamiento es, sin duda, el hostigamiento sexual que sufren muchas mujeres trabajadoras en México. Ellas, sin motivarlo, reciben desde insinuaciones hasta claros chantajes, donde mediante amenazas veladas o abiertas, se les pretende condicionar su permanencia en el trabajo o un posible ascenso a que establezcan relaciones sexuales con el demandante, que regularmente es un superior dentro de su ámbito laboral.

Antes de iniciar con la ejemplificación de los fenómenos psicosociales que se acaban de definir, es necesario hacer algunas reflexiones sobre la conceptualización que de la enfermedad y de los enfermos de SIDA tienen los sujetos que manifiestan prejuicios, estigmatizaciones y hostigamiento hacia ellos.

Ante la aparición de una enfermedad nueva como es el SIDA, las personas tienen la necesidad de darse una explicación completa acerca de ella y es así como empiezan a construir explicaciones sobre la misma. Cuando la sífilis comenzó a propagarse por todo Europa, recibió distintos nombres. Para los ingleses era el "morbo galico", para los franceses el "morbo germánico", el "mal chino" para los japoneses, etc. El SIDA es ahora el "cancer gay", el "cancer lila", la enfermedad de los negros, el mal de los haitianos, para los japoneses es un mal occidental, etc. Parece ser que el

depositar el mal en los otros, nos libra automáticamente no sólo de responsabilidad, sino también del posible contagio. "Quizás en ello resida el concepto mismo de lo malo que, de un modo arcaizante, aparece como idéntico a lo que no es nosotros, a lo extraño" (Sontag, 1988, pp 55).

Otro elemento importante en esta conceptualización es el hecho de que el SIDA se considere una peste. Las pestes han sido vistas durante mucho tiempo, como la peor de las calamidades colectivas, y han representado el castigo divino que rememora la lluvia de azufre y fuego que envió Dios, sobre Sodoma y Gomorra, para acabar con los pecados y las conductas perversas de los sodomitas.

Esta herencia judeo-cristiana de considerar que las epidemias (y más el SIDA, por sus características) son el castigo que Dios infringe sobre los pecadores por su comportamiento, esta sumamente arraigada aunque no siempre traducida en conceptos religiosos. Puede ser un castigo de la naturaleza, un castigo por abusar del sexo o por no hacerlo como se debe, etc.

De acuerdo a Mejía (1988) el doctor Cipriano Borges Cordero, jefe académico de Gastroenterología, de la Facultad de Medicina de la UNAM, en una entrevista, recordó el pasaje

bíblico de la destrucción de la Pentápolis e hizo un símil llamado "Pentápolis estadounidense" a Nueva York, San Francisco, Newark, Miami y los Angeles, donde se reporta el 70% de los casos de SIDA ocurridos en ese país. "Inquirido por último de porqué la enfermedad sólo afecta a los homosexuales, el doctor Borges dijo que bien pudiera ser obra de un castigo divino" (Mejía, 1988, pp 32)

El SIDA visto como un castigo, ha traído efectos perniciosos en los enfermos y seropositivos que viven con el virus, experimentando mucha culpa y lamentándose de haber llevado una vida sexualmente activa.

Estas dos falsas ideas: el concebir al SIDA como un castigo y el buscar en los otros, en el exogrupo, las causas de la enfermedad, para hacer recaer en ellos la responsabilidad de la epidemia, son elementos que abonan el terreno para que florescan los fenómenos que a continuación se describen

Como caso claro de prejuicio se señala el siguiente hecho. El jueves primero de marzo de 1990, apareció publicada en el periódico "La Jornada" una carta remitida por Luis González de Alba donde denuncia un incidente ocurrido en una agencia funeraria del ISSSTE. El 18 de febrero de 1990 falleció el

hijo de una derechohabiente de ese Instituto. Al llegar el cuerpo del finado al velatorio, el responsable en turno fingió comunicarse con un superior por vía telefónica y al concluir su monólogo, aclaró que un muerto por SIDA no podía recibir esos servicios (velatorios y cremación) y que lo único que podían hacer era inhumarlo al día siguiente. "Pero, eso sí, recordó a sus empleados, que era preciso ponerse doble tapabocas, doble bata y dobles guantes de hule, pues el cadáver ya está arrojando virus al aire". (La Jornada, 1 de marzo de 1990).

Para ejemplificar el fenómeno de estigmatización, se tomará la siguiente nota periodística: "Temor al cáncer lila. Piden aislar a los homosexuales aquí. Agrupaciones de padres de familia piden que los homosexuales sean confinados a "cavernas" para evitar que propaguen el cáncer lila. Salvador Alatorre, miembro de la Sociedad Mexicana de Padres de Familia, al ser interrogado sobre el particular, dijo que es un problema delicado que debe ser atacado prontamente por las autoridades antes de que se convierta en una epidemia. Con referencia a los homosexuales, expresó que si por el fuera, los encerraría en cavernas como a los antiguos leprosos, para cuidar que pervientan y contagien a gente inocente". (El Sol de México, 2a. edición, 29 de agosto de 1985 en Mejía, 1988, pp 30-31)

Para describir el pánico, se narrarán dos sucesos ampliamente conocidos, que se presentaron bajo similares características uno en España y otro en Estados Unidos. Ryan White y Montserrat Sierra Martínez son protagonistas respectivamente de ambas historias.

Ryan White (quien falleció recientemente) estaba infectado por el VIH. El y su madre Jeannie White acudieron a la corte para forzar a la escuela de Kokomo, Indiana a que lo admitieran en sus aulas, ya que Ryan no había vuelto a ser admitido, una vez que en su comunidad se supo de su infección por el virus de inmunodeficiencia humana.

En torno a la demanda de Ryan White se solidarizaron diversos grupos de lucha contra el SIDA y personajes importantes entre los que se incluyó Elton John, el famoso cantante de rock pop inglés, (que inclusive organizó un concierto apoyando su causa). Finalmente, la presión social y el juicio a favor de la demanda de Ryan sensibilizaron a las autoridades escolares que hicieron a un lado sus miedos ya que aceptaron, que su presencia en la escuela, no ponía en peligro la salud de sus compañeros.

Montserrat Sierra Martínez es comúnmente conocida en

España como "la niña del SIDA". Montserrat tiene únicamente cinco años y es hija de una mujer heroinomana, portadora del virus de inmunodeficiencia humana. Montserrat contrajo la infección por VIH al recibir piquetes de heroína que le infringía su madre. Al ser ésta recluida en prisión, la tía de Montserrat tomó la potestad, e inscribió a su sobrina en un kinder de la ciudad de Málaga. "Pero desde que en la escuela se supo que Montse tenía en la sangre el "bichito" mortal, el pánico corrió en toda la comarca. Y las mamás cuervo se negaron a llevar a sus hijos al colegio mientras "la niña del SIDA" acudiera a la misma"... "va a contagiar a nuestros hijos, puede sangrar. Puede morderlos. Puede picarlos, así nomás, por maldad. Esos fueron los argumentos" (La Jornada, 29 de mayo de 1990, pp 27).

Montserrat abandonó la escuela, se deprimió y sus defensas bajaron, comenzaron entonces los primeros síntomas del SIDA. La tía apeló a la Asociación para la Defensa de los Derechos del Niño, esperando una resolución que beneficiara el estado general de Montserrat. La juez impuso al colegio la escolarización de la niña y la salud de Montse, mejoró.

Se necesitó realizar un fuerte trabajo de concientización con las madres de los compañeros de Montserrat, para que entendieran que era infundado su pánico al respecto de una

posible infección de sus hijos. Poco a poco, las madres fueron cambiando su actitud hasta que aceptaron la presencia de Montserrat en el Kinder.

El hostigamiento se puede observar en las siguientes denuncias escritas por el sociólogo costarricense Jacobo Shifter en su libro "La formación de una contracultura". "Para esta población (se refiere al grupo homosexual) la situación vino a deteriorarse significativamente con la aparición de los primeros casos de SIDA en el país y con la campaña lanzada por el Ministro de Salud, Edgar Mohs, desde mediados de 1986, basada en redadas contra todos los centros de gays (especialmente bares), pese a que la homosexualidad dejó de ser delito en Costa Rica desde 1971". "El autor indica que el Ministerio de Salud justificó estas "acciones represivas" presentando públicamente a los homosexuales como "animales lujuriosos, irresponsables y supersexualizados, incapaces de autocontrol" (La Jornada 16 de abril de 1990, pp. 23).

Sin embargo, no todos los fenómenos psicosociales que se han generado a partir de la existencia del SIDA, son impugnables. Los movimientos sociales que "son acciones colectivas con cierta continuidad y dirigidas contra algún aspecto importante y general del orden establecido en la vida social.

con la que se pretende introducir un cambio en la sociedad" (Munné, 1986 a, pp 147), han establecido lazos reales de solidaridad en apoyo y defensa de los seropositivos y enfermos de SIDA.

Durante el Primer Encuentro Ciudad de México-San Francisco, celebrado en la Dirección General de Servicios Médicos de la UNAM, del 26 al 30 de marzo de 1990, se intercambiaron información importante en relación con el SIDA entre las organizaciones mexicanas y norteamericanas. Allí la Dra. Amy Weiss coordinadora del AIDS project Partners of América, relató las experiencias adquiridas en la ciudad de San Francisco (la cual por su alta tasa de infección se le considera un "epicentro de SIDA") donde la movilización espontánea de la sociedad civil ha tomado en buena parte, las riendas de la lucha contra el SIDA. Allí se han formado grupos que se establecen en las calles de la ciudad para organizar discusiones públicas acerca de la epidemia; hay ciudadanos que se anotan en las listas de horarios donde ponen a disposición de los enfermos, sus vehículos; hay grupos de profesionales de la salud (médicos, enfermeras, trabajadoras sociales, psicólogos) que dada la incapacidad hospitalaria para cubrir el alto número de pacientes que solicitan servicio, se presentan voluntariamente a atender en forma domiciliaria; hay personas que cumplen una labor social

tan importante como lo es, acompañar al enfermo en su soledad; hay en esta red establecida de apoyo solidario, grupos cuya labor podría parecer intrascendente, pero que no lo es, que se dedican a cuidar y adoptar mascotas de los enfermos y a regalarlas a aquellos que las necesiten.

Es indudable que estos fenómenos psicosociales, son la culminación de aquello que atinadamente sostiene la antropóloga Ana Luisa Liguori "muchas personas han señalado cómo esta enfermedad saca lo mejor y lo peor de la gente. Esas actitudes a escala social, han ido generando dos bandos. En el primero el problema del SIDA se reduce a uno de moral... Son los que hacen quema de condones. Para ellos el SIDA es una maldición divina, y no se dan cuenta que de haber jinetes del Apocalipsis serían ellos... pero afortunadamente la cosa no queda ahí. Porque está el otro bando los que en medio del desastre adoptan una actitud humanista" (Liguori 1990, pp 11-12).

Para terminar con este apartado de la tesis, es importante concluir que, resulta claro, que el objetivo fundamental de toda campaña preventiva y de educación contra el SIDA, debe incluir contenidos que combatan el prejuicio, la estigmatización, el hostigamiento y el pánico que son auténticos muros que niegan el acceso a una comprensión cabal,

humanista de la enfermedad. campaña preventiva no puede tener éxito siendo puramente informativa, si no tiende a modificar la representación social que del SIDA tienen amplios sectores de la población de nuestro país, que está construida con base en la información de la "nota roja", del "Alarma". de las actitudes homófobas tradicionales en nuestra sociedad, etc. Por otro lado se debe motivar la movilización social solidaria en torno a los enfermos e infectados y en lucha permanente contra la enfermedad. Pero desde ahora y no esperar a que el costo social sea más lamentable para comenzar a actuar. El sector salud tiene las estadísticas, sabe como se va a expandir la epidemia y tiene proyecciones a futuro, las cuales prefiguran una situación grave en términos de infección. Es entonces responsabilidad gubernamental el tomar medidas eficaces para la detención de la epidemia.

### 2.2.3. SIDA y Valores Morales.

Este tema ha resultado ser un aspecto sumamente debatido y polémico no sólo en México, sino prácticamente en todos los países del mundo donde se llevan a cabo campañas preventivas contra el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. La moral que subyace en dichas campañas ha sido el motivo para que

diferentes organizaciones sociales se manifiesten al respecto.

Es indudable que el SIDA es primordialmente un problema de salud pública y no de moral. Sin embargo eso no quiere decir que se evada una discusión importante como la que representa el problema de la moral. Es por eso que estamos de acuerdo con el planteamiento de Carlos Monsiváis cuando argumenta que "el SIDA es asunto de medicina y de la moral, de la salud y de la sociedad" y que en "la lucha contra el SIDA (que es científica medica, moral y social) es causa básica de la sociedad civil y del Estado". (Monsiváis, 1988 pp 126 y 128).

Es necesario establecer antes de comenzar a definir los diferentes tipos de moral que se manejan en las distintas campañas impulsadas tanto por el gobierno, como por los grupos no gubernamentales y los grupos conservadores, que existe una lucha que intenta hacer prevalecer un tipo de moral sobre la otra. La moral conservadora pretende terminar con las conquistas logradas en la "revolución sexual" experimentada en los años sesentas y setentas. Mientras que la moral liberal no sólo intenta conservar esas conquistas, sino que lucha por el respeto, los derechos humanos de los enfermos y contra la estigmatización y los prejuicios hacia

la enfermedad y sus víctimas.

### 2.2.3.1. Moral Liberal.

La moral liberal en la lucha contra el SIDA se caracteriza en primer lugar, por intentar que permanezca la libertad sexual de hace tres décadas. "La libertad sexual fue una conquista de la juventud de los sesentas. No fue la única ni jamás se justificó por sí misma. Era y es una crítica y una propuesta global caracterizada por nuevas formas de comportamiento no sólo sexual sino familiar, cultural, política y social. Las generaciones posteriores asumieron como punto de partida los frutos de aquella imaginación colectiva permitiéndose nuevas formas de vida, experimentándose en ellas. Los privilegios de aquella revuelta generacional forman parte de nuestro disfrute cotidiano" (Luna, 1990, pp 19). Estas libertades sexuales influyeron para que las sociedades contemporáneas occidentales fueran más tolerantes hacia los diferentes movimientos, tanto de liberación homosexual, de lesbianas, de liberación femenina, etc. Las sociedades se relajaron y permitieron que se manifestaran formas más abiertas de conducta sexual, las modas eran más provocativas, el lenguaje hacia lo sexual se modificó y ya no se utilizaba sólo en la

clandestinidad y entre amigos, se pudo discutir abiertamente sobre sexualidad y las revistas y los medios masivos de comunicación difundían abiertamente información relativa al sexo.

Los liberales que participan en la lucha contra el SIDA intentan que todas esas conquistas permanezcan inalterables, a pesar de la existencia de la enfermedad y a pesar del empuje que puedan llegar a tener o que ya tienen los grupos conservadores.

Otro aspecto importante de la moral liberal es la de no permitir que ningún grupo de la sociedad sea estigmatizado debido a la alta tasa de incidencia de la enfermedad que pudiera tener. Es por eso que se plantea que desaparezcan los famosos "grupos de alto riesgo" que además de ser un término peyorativo, puede resultar peligroso como invitación al hostigamiento.

La defensa irrestricta a los derechos humanos y civiles de los enfermos y seropositivos, es otra de las preocupaciones de la moral liberal. Los encierros, por ejemplo aislarlos en hospitales y cárceles, las pruebas de sangre obligatorias para detectar el VIH, los despidos laborales injustificados y el trato inhumano en los centros de salud, son ejemplos de las

situaciones que lucha por erradicar.

Finalmente para concluir con esta breve descripción de la moral liberal; se señalará como otra característica, al apoyo a las campañas preventivas que promuevan la responsabilidad sexual del individuo y que introduzcan la utilización del condón como principal método preventivo para impedir la infección por VIH.

#### 2.2.3.2. Moral Conservadora.

Como una forma de confrontación abierta a las conquistas obtenidas en la revolución sexual de la década de los sesentas, bien se podría hablar de una revitalización de la moral conservadora que se fortalece en la década de los ochentas.

La humanidad ha sido testigos en la década pasada y en el inicio de ésta, de un proceso innegable de derechización del mundo. El socialismo real basado en el control burocrático por parte de los partidos de Estado, en los diferentes países de Europa Oriental, se ha derrumbado. Los proyectos políticos de las izquierdas no se han podido consolidar y se ha puesto en marcha en muchos países, políticas económicas de corte neoliberal que restringen el gasto público-social y que

privatizan empresas antes pertenecientes al Estado, lo cual demanda un nuevo tipo de moral social orientada hacia el individualismo.

En este proceso de derechización, en algunos países como Estados Unidos, se ha intentado terminar con las libertades obtenidas en los sesentas. "Con el ascenso del reaganismo, este país ha sufrido un cierto retroceso que se ha expresado en algunas políticas restrictivas a los homosexuales, en la marcha atrás de conquistas feministas; en movimientos racistas y puritanos como el WASP (white-anglosaxon-protestant) y algunas manifestaciones de antichicanismo". (Palma y Serret, 1988, pp 213). En este contexto mundial, el SIDA aparece como una situación más, que permite promover el establecimiento de una moral conservadora.

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida está, en esta visión conservadora, unida a la actividad y preferencia sexual de los enfermos y seropositivos. Su expresión más radical consiste en la creencia de que el SIDA se debe a un castigo divino. Aunque de manera general se sostiene que la enfermedad es privativa de los homosexuales y bisexuales (debido a la forma "antinatural" de ejercer la sexualidad) y que los heterosexuales corren realmente muy poco riesgo.

Dado que para los conservadores, el SIDA no pone en peligro al grupo heterosexual argumentan entonces que no deben existir campañas masivas de prevención contra ella. Y en múltiples ocasiones han propuesto control y seguimiento al grupo homosexual. (y así se ha llevado a cabo por instrucciones de nuestro exsecretario de salud Dr. Guillermo Soberón, como ya lo indicamos anteriormente).

El punto más debatido en las campañas de prevención contra el SIDA, entre el CONASIDA y los grupos conservadores, por ejemplo Provida ha sido el de la pertinencia o no de promover el uso del condón como método efectivo para prevenir la infección. Según los grupos conservadores, el condón no es un método 100 por ciento seguro, que debe ser rechazado. Además de que fomenta en los jóvenes la perversión, ya que los incita a tener relaciones sexuales prematuras. La moral conservadora considera que la manera de prevención adecuada debe ser, la fidelidad conyugal entre los casados y la abstinencia sexual entre los solteros.

Una vez que se ha caracterizado a estas dos tendencias morales hacia el SIDA, se concluirá con algunas reflexiones. Primero es importante que se dé una discusión respetuosa entre el gobierno y la sociedad civil acerca de la moral y el SIDA. El SIDA como enfermedad y como problema de salud

pública no puede disolverse en un problema de moral, es cierto, pero cualquier campaña preventiva que tenga como fin exponer la dimensión verídica de la epidemia, debe subyacerle una sólida posición moral que provenga del consenso social. En segundo lugar, es importante reconocer que la moral en que se basan las campañas preventivas en el mundo se materializan públicamente en los diferentes medios utilizados para la prevención (carteles, trípticos, videos, folletos etc.). En tercer lugar y para finalizar, se retornará la reflexión de Palma y Serret en torno al conflicto de estas dos tendencias morales: "ambas tendencias morales ocupan un espacio importante en la ideología social; es posible que la aparición del SIDA sea determinante para que una de ellas resulte triunfadora...Potencialmente cualquiera de ellas puede dominar a la otra en un futuro próximo, pero hasta ahora ambas coexisten en una relación de fuerzas en la que es difícil identificar un ganador" (Op cit. pp 214 y 220). de acuerdo con esta reflexión sólo se agregará que el fiel de la balanza en nuestro país es el gobierno, que debe asumir ya una postura que beneficie a la mayoría de los mexicanos.

#### 2.2.4. Campañas Preventivas Contra el SIDA en México.

En este capítulo se describirá las características de las diferentes campañas que contra el SIDA se han llevado a cabo

en nuestro país. Sólo una aclaración introductoria. En México son el gobierno y la sociedad civil los sectores que llevan a cabo dichas campañas. El CONASIDA y los grupos llamados no gubernamentales son las instituciones que hacen el trabajo de información, capacitación, prevención, tratamiento psicológico, etc. Sin embargo, y a pesar de que en rigor los grupos conservadores son no gubernamentales también, se les puede introducir de manera independiente, dadas sus peculiaridades, que hubieran causado confusión de haberlos presentado integrados a los grupos no gubernamentales.

#### 2.2.4.1. Campaña Preventiva Gubernamental.

El Consejo Nacional para prevención y control del SIDA (CONASIDA) fue creado a partir de la convocatoria emitida por la Organización Mundial de la Salud en 1985, y entró en funciones en febrero de 1986. En sus inicios el CONASIDA era un comité integrado por el ISSSTE, el IMSS, PEMEX, el DDF, la Secretaría de Salud, la Marina y el Ejército.

Pero es hasta 1987 cuando comienza la campaña gubernamental de prevención contra el SIDA. La duplicación cada 10 meses del número de pacientes con el síndrome, causa preocupación en el sector oficial y el entonces "Presidente de la República, Miguel de la Madrid, expide, el primero de

abril de ese año, el Decreto de Reforma y Adiciones a la Ley General de Salud, para su discusión y aprobación en las Cámaras de Senadores y Diputados, y sienta las bases del programa gubernamental contra el SIDA" (Mejía, 1988, pp 37). En esa Ley, se prohíbe la libre comercialización de la sangre y se instruye a la Secretaría de Salud, para que controle y analice el plasma a utilizarse. En ese decreto se señalan las funciones normativas del CONASIDA:

Es sin embargo, hasta 1988, cuando a través de un decreto presidencial se le otorga al CONASIDA la responsabilidad gubernamental de prevenir y controlar la epidemia. Sus objetivos y estrategias, se plasman en el "Programa de mediano plazo para la prevención del SIDA, México 1990-1994".

"Las funciones del CONASIDA de acuerdo al decreto de agosto de 1988 son las siguientes:

1. Diseñar el programa nacional para la prevención de la infección por virus de la inmunodeficiencia humana.
2. Promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores público, social y privado en relación a la prevención y control del SIDA/VIH en México.
3. Proponer los mecanismos de coordinación entre las autoridades nacionales y los gobiernos de los estados.
4. Establecer criterios en materia de investigación y

capacitación.

5. Proponer al Consejo proyectos de reformas a las disposiciones jurídicas.
6. Apoyar y realizar la difusión de información sobre prevención y tratamiento del SIDA.

Este organismo está integrado por un Presidente, Coordinador General, Consejo (formado por el Presidente, Coordinador General, Vocales y Secretario de Actas), Patronato, Comités Técnicos y Académicos, Dirección Ejecutiva y los Comités Estatales de Prevención y Control del SIDA (COESIDA)" (CONASIDA, 1989).

Los objetivos generales que señalan en el "Programa de mediano plazo para la prevención del SIDA, México 1990-1994" (pp 59) son:

1. Prevenir la transmisión del VIH en México.
  - 1.1. Prevenir la transmisión sexual.
  - 1.2. Prevenir la transmisión por sangre.
  - 1.3. Prevenir la transmisión perinatal.
2. Reducir el impacto de la infección por VIH en individuos, grupos y la sociedad en su conjunto en México.
3. Reducir la morbilidad y mortalidad asociada con la infección por VIH en México.

4. Unificar, coordinar y evaluar los esfuerzos nacionales (gubernamentales y no gubernamentales) y el apoyo internacional en el combate del VIH/SIDA en México.
5. Reforzar las infraestructuras claves que participan en el desarrollo del programa de prevención y control de VIH/SIDA.
6. Motivar la movilización social, la incorporación de la atención primaria de la salud y la descentralización de las acciones.

Para cubrir estos objetivos generales, el CONASIDA necesita tanto de financiamiento interno como de externo. Las instituciones que aportan ingresos a nivel nacional son: las instituciones del Sistema Nacional de Salud (DIF, SSA, ISSSTE, IMSS), Secretarías de Estado como la SEP y SECTUR, Instituciones no Gubernamentales (Cruz Roja, UNAM, MEX-Fam y otras) y organismos civiles (Fundación Mexicana de Lucha contra el SIDA Confederación de Mexicanos en Lucha contra el SIDA y otros). A nivel internacional aportan recursos la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud, Los Estados Unidos (a través de sus centros de investigación como el CDC) y el gobierno de Canadá.

El desglose presupuestal que dispone CONASIDA durante este

y los próximos cuatro años, así como sus fuentes, aparecen en la tabla No. 1. Aquí resulta importante señalar que a pesar de los diversos orígenes de financiamiento que dispone el CONASIDA, su presupuesto es muy bajo. Los casi 14 millones de dólares que dispone para 1990 son ínfimos, si se compara con los 3 mil 500 millones de dólares que destinan los Estados Unidos, para la lucha contra el SIDA en 1990. "En México, además de la difusión constante sobre las formas de contagio y prevención de la enfermedad, se requiere, como en todas partes del mundo, de sumas cuantiosas para la atención de los enfermos. El problema, pues, es doble: de salud pública y de ética social. Estados Unidos destinara para 1992, 13 mil millones de dólares para la atención de sus enfermos, entre tres y cinco veces, la deuda externa de algún país centroamericano" (Luna 1990, pp 20).

Una vez señalados los objetivos generales y las funciones del Consejo Nacional para la prevención y control del SIDA, se revisará el alcance de sus campañas preventivas.

Sin lugar a dudas, la creación del CONASIDA, por parte del sector gubernamental, ha resultado un logro. El trabajo que realiza es a todas luces encomiable. Sin embargo, no ha sido el bajo presupuesto del que dispone para llevar a cabo su labor, el que le ha dificultado su acción, sino que ha sido

el enfrentamiento con grupos de presión conservadores quienes le han boicoteado sus esfuerzos, como lo veremos posteriormente.

En abril de 1987 inicia el CONASIDA su campaña en dos sentidos. Por un lado, promueve el uso del condón, y por otro comienza a brindar el servicio de información y de apoyo por teléfono o "hot-line". En 1988 comienza transmitir "spots" con dibujos animados en el cual se indicaban las formas de transmisión, de no transmisión y las maneras de prevenirse. Estos comerciales se transmitieron en horario de televisión nocturno, de las 23:00 hrs., a las 01:00 hrs. A pesar del horario de su transmisión los "spots" alcanzaron una buena audiencia y fue en ese momento cuando los grupos conservadores comenzaron a manifestarse fuertemente contra la campaña. "A principios de 1988 ya se tenía un 'spot' en el que la cantante Lucía Méndez interpretaba su éxito 'castigame' y exhortaba 'no catigues a tu pareja, si vas a tener una relación usa el condón'. La Secretaría de Salud también tenía filmados dos comerciales con los cantantes Emmanuel y Guadalupe Pineda. Y en sus plines figuraba Juan Gabriel. Se dijo entonces que el público ya estaba preparado para recibir una campaña, según un estudio previo realizado gratuitamente por el Instituto Mexicano de Opinión Pública. Sin embargo, en los últimos meses del gobierno De la Madrid y

en los primeros de Salinas, todo se suspendió". (Vera, 1989, pp 18).

Durante 1989 prácticamente no hubo campaña masiva de prevención contra el SIDA en nuestro país. (aunque se transmitieron algunos testimonios esporádicos por televisión). La doctora Gloria Ornelas anunció durante el II Congreso Nacional sobre el SIDA en noviembre de 1989, que se iniciaría una ambiciosa campaña preventiva a partir de primero de diciembre de ese año, cuyo escenario principal sería el metro de la Cd. de México. Se contaría además con un "stand" permanente de información sobre SIDA en la estación La Raza. La Campaña inició, "El SIDA no es cosa de suerte, sino de vida o muerte" era su slogan principal, que tenía como referente al juego de la lotería. La campaña se fue debilitando poco a poco, hasta casi no existir ya en la actualidad. Su desfallecimiento comenzó cuando el grupo Pro-vida demandó penalmente al Coordinador General del CONASIDA, Dr. Jaime Sepúlveda, en diciembre de 1989, por alentar en la juventud la promiscuidad, al promover el uso del condón.

Aún con todos los problemas que en el terreno de la prevención ha tenido en su labor el CONASIDA y reconocido por sus propias autoridades como la Dra. Ornelas: "sé que somos culpables de haber empezado una campaña que no ha tenido una

continuidad, que no ha dado toda la información que debiera. incluso algunos posters son contradictorios, son necrófilos" (Pérez, 1988, pp 323). Esta institución gubernamental tiene un ambicioso y encomiable plan de trabajo que incluye una original campaña masiva de información en el metro del Distrito Federal, que tendrá un público cautivo de cinco millones de personas. La campaña se apoyará en spots de television y radio y después será extendida a los metros de Monterrey y de Guadalajara (no se sabe si se refieren a la "campaña de la loteria", que describimos anteriormente, o a otra); se realizarán programas especiales de 30 minutos en television, con teléfono abierto a la teleaudiencia; se producirán tres programas de "Noticieros Epidemiológicos al año; se planea que conjuntamente con Imevisión se produzca un programa llamado "Sexualidad Sana" que será conducido por una persona involucrada en el tema; conjuntamente con una empresa privada se diseña un video sobre el SIDA en el lugar de trabajo; se planea incluir un módulo educativo para estudiantes de secundaria llamado "SIDA y sexualidad" que contendrá guía para el maestro, manual para el alumno, audiovisual, folletos y carteles con la información básica y se integrará un programa de educación pública sobre el poder de la movilización comunitaria.

Es indudable que de alcanzarse los objetivos arriba

planteados, se lograría un avance muy importante en la lucha contra el SIDA. Sin embargo, se considera que todo depende principalmente de la voluntad política que tenga el gobierno, para apoyar sin reservas la campaña de prevención que necesita nuestro país. Posteriormente se retomará esta reflexión al finalizar el apartado.

#### 2.2.4.2. Campañas de los grupos no gubernamentales.

Los grupos no gubernamentales se fueron constituyendo, la mayoría de las ocasiones, a partir de convocatorias de reunión entre amigos, que estaban preocupados por el cariz que iba tomando la epidemia de SIDA en México. Otros grupos, los primeros que comenzaron a trabajar, eran grupos de liberación homosexual, ya organizados, a los cuales la presencia del SIDA les afectaba de forma más dramática (recordemos la manera en que inicialmente se fue difundiendo la epidemia, como ya se explicó antes).

No se conoce a ciencia cierta el número total de grupos no gubernamentales que trabajan en nuestro país, pero se sabe que muchos de ellos están integrados, desde mayo de 1989, en la Confederación de Mexicanos Unidos en lucha contra el SIDA. La Confederación coordina los esfuerzos de los grupos que la integran, pero respetando la autonomía de las organizaciones confederadas.

La primera organización no gubernamental que comenzó a realizar labor contra el SIDA en México fue el grupo Orgullo Homosexual de Liberación. Centro de Apoyo a la Comunidad GAY, A.C. en Guadalajara, Jalisco. Pedro Preciado miembro de esa organización indica: "Desde 1983 organizamos el primer evento sobre el SIDA, cuando en México apenas se estaban hablando del primer caso" (Navarro, 1988, pp. 272). El trabajo que realiza el grupo se concentra principalmente en organizar conferencias sobre el tema, con la participación de conferenciantes distinguidos; en la producción de emisiones radiofónicas (cuando los invitan); distribuyen condones (6 mil en 1988), organizan un centro de información con videoteca y cuentan con un departamento de psicología, con dos psicólogos que atienden básicamente a gente gay.

El grupo Cálamo, Espacios y Alternativas Comunitarias, A.C. es una organización que se formó en 1985, pero no tuvo, como eje original el trabajo de prevención contra el SIDA, sino que conforme avanzaba la enfermedad, fueron integrándolo a sus programas de acciones. Esta organización promueve pláticas en su propia local, o las lleva a cabo ya sea en el bar "El Taller" o en la disco bar "el 9". Regala también condones que le proporciona la Secretaría de Salud.

Su programa de Desarrollo Educativo comprende cuatro módulos. En el módulo primero se brinda información comunitaria en dos

secciones: El taller de sexo seguro y pláticas de salud. En el módulo segundo se abocan a organizar pláticas previas de orientación antes de la prueba de ELISA y se lleva a cabo un taller llamado "Sexualidad, Sexo y Enfermedad en el hombre Gay", por un grupo de médicos de la misma organización. En el módulo tercero se visitan enfermos y van a provincia a impartir un curso de formación de instructores. En el cuarto módulo, trabajan para establecer una casa para pacientes terminales.

Debido a que son muchos los grupos no gubernamentales y a que se carece del espacio suficiente para describir el trabajo que realizan cada uno de ellos, se limitará a presentar la labor que vienen desempeñando cuatro organizaciones importantes que son: La Confederación de Mexicanos Unidos en la lucha contra el SIDA, la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA A.C., el Grupo AVE de México y el Grupo de Investigación Social sobre el SIDA y Defensa de los Derechos Humanos.

La Confederación de Mexicanos Unidos en la lucha contra el SIDA se constituyó, como ya se había indicado, en mayo de 1989, para coordinar los esfuerzos de los grupos no gubernamentales. Estos grupos no pierden su autonomía y se integran a participar mediante comisiones, en el seno de la Confederación.

En la presentación de sus acciones a emprender, la

Confederación anunció que "exigirían la acción de la ley contra dueños de bancos y plasma de sangre donde un número todavía indeterminado de personas fue contaminada, y a los gobernadores y autoridades en general, clérigos y grupos conservadores que impidan la campaña informativa y de prevención contra el SIDA. Concretamente, demandaron una sanción contra Víctor Manzanilla Shaffer gobernador de Yucatán y Jorge Treviño Martínez, de Nuevo León. Guillermo Cossío Vidaurri, de Jalisco y el Presidente Municipal de Guadalajara, Gabriel Covarrubias, quienes, con falsos principios de recato fomentan la transmisión del SIDA al suspender las campañas informativas en sus estados... manifestaron además una enérgica protesta contra la tipificación del delito de SIDA y cualquier acción punitiva en ese sentido" (El Universal, 6 de julio de 1990, pp. 23).

La Fundación Mexicana para la Lucha contra el SIDA es una asociación civil en la que participan diversas personalidades políticas e intelectuales. Gracias a los originales objetivos de esta organización, es por lo que han logrado relevancia entre los grupos no gubernamentales. Una de las propuestas, con la que se identifica a la Fundación, es la de la creación de una o varias casas hogares para los enfermos o seropositivos. Pero la labor principal, como el mismo Luis González de Alba expresa, es la de informar correctamente a la población. Esta Fundación (donde participan Carlos Beltrán como Presidente, Guadalupe Loeza como Vicepresidente, Lilia Roschbach y Braulio

Peralta en la Vicepresidencia de Actos y Ernesto Araiza en Finanzas, entre otros) llevó a cabo el 6 de diciembre de 1987, un gran concierto solidario, en el Auditorio Nacional, donde participaron Jesusa Rodríguez, Eugenia León, Margie Bermejo, Tania Libertad y Betsie Pecanins. Sin embargo, su trabajo no se circunscribe a la organización de este tipo de eventos, sino que buscan espacios gratuitos en los diferentes medios de comunicación, así como estudian posibles proyectos de ley, que beneficien jurídicamente a los infectados y enfermos.

Amigos Voluntarios Educadores (AVE de México), es una asociación civil que se conformó en 1988 por un pequeño grupo de profesionales de la medicina y de otras áreas. Se integraron para informar y crear conciencia sobre el avance del SIDA, y para instrumentar medidas para su prevención. Según la "Propuesta de Lineamientos y Normas de Operación" publicada en abril de 1988, AVE de México cuenta con un Departamento Educativo donde participan educadores de salud para las comunidades homosexuales, heterosexuales y de actividades de alto riesgo (como prostitutas y drogadictos). En ese departamento se llevan a cabo labores de servicio telefónico, producción de materiales impresos y audiovisuales, oficina de instructores y se imparten talleres de sexo seguro. También cuentan con un Departamento de Servicios Sociales en donde realizan trabajo de higiene mental, brindando orientación psicológica a personas con SIDA, con complejo relacionado al

SIDA, así como a sus familias, amigos y seres queridos. De igual manera se da asesoría psicológica a seropositivos y a personas que deseen hacerse la prueba de ELISA. Este departamento cuenta con servicios legales con la asesoría y asistencia de abogados que participan voluntariamente en el grupo. Existen también amigos acompañantes y visitantes en hospitales que acuden a ofrecer apoyo emocional a personas con SIDA (los primeros en sus casas, los segundos en las clínicas) que han sido abandonados por familiares y amigos. Cuentan con una alacena de almacenamiento de alimentos básicos, para proveer a personas con SIDA que no tienen los suficientes recursos económicos para sostenerse, y están trabajando en la puesta en operación de una residencia terminal.

El grupo de Investigación sobre SIDA y Defensa de los Derechos Humanos, han venido trabajando desde hace ya algún tiempo, pero se constituyeron formalmente en marzo de 1990. El día de su constitución, dieron una conferencia de prensa anunciando sus acciones a emprender. Su director, el doctor Francisco Galván Díaz anunció que "el GIS-SIDA" se creó con el objeto de proteger los derechos de quienes además de los estragos de la enfermedad padecen ahora la estigmatización y violación de sus derechos humanos por parte de la sociedad... es por eso que demandará penalmente a empresas privadas y paraetatales, así como al Seguro Social e ISSSTE por negarse a proporcionar a los enfermos, medicamentos existentes en el

mercado mexicano, indispensables para preservar la vida como el AZT y el interferón... Dentro de sus actividades, la nueva organización otorgará asesoría legal a quienes así lo requieran y para ello se firmará un convenio de colaboración con el departamento de Servicio Social de la División de Ciencias Sociales y Humanidades de la UAM-Azcapotzalco" (El Universal, 26 de marzo de 1990, pp. 2).

Es así como se concluye con la presentación de algunas de las organizaciones más representativas de los grupos no gubernamentales. Ahora bien, la importancia de estas organizaciones radica en que, como se ha visto, comenzaron a informar a la población sobre el problema del SIDA antes de que lo hiciera el propio gobierno. Son grupos que a pesar de su escasez de recursos, continúan llevando a cabo su trabajo sin que este sea boicoteado y suspendido por presiones de grupos conservadores, sino que al contrario, su actividad influye positivamente en los grupos con los que laboran. Pero se considera que el aspecto más importante es el hecho de que la existencia de estos grupos no gubernamentales, no sólo constituyen un contrapeso a las demandas retrógradas de grupos conservadores, sino que se establecen como el portavoz de la sociedad civil que demanda al gobierno que asuma las responsabilidades que le corresponde en materia de información, de prevención, de salud pública, pero sobre todo de respeto a los derechos humanos.

#### 2.2.4.3. Campañas de los grupos conservadores.

Se ha esbozado ya, de alguna manera, los planteamientos en que basan su acción los grupos conservadores, cuyo máximo exponente es el Comité Nacional Pro-Vida.

Es importante, antes de pasar a puntualizar más específicamente sus planteamientos, intentar rehacer el pasado histórico de esa organización.

Es indudable que la historia de muchas de las organizaciones conservadoras, es la historia de la ultraderecha en México. En un artículo titulado "Provida: recuerdos de Paco", escrito por un filósofo y exalumno lasallista Ruben del Valle, se narran las actividades de Francisco Serrano Limón como líder en los años 70's de un grupo llamado "Juventudes Lasallistas", la cual fue disuelta por el desprestigio en el que había caído. Se tuvieron que cambiar de nombre llamándose después "Juventud por la Vida". "Juventud Lasallista" desapareció para surgir como Comité Nacional Provida, a cargo del hermano de Paco, Jorge.. Fueron algunos de ellos los que organizaron la golpiza a los actores y al director de la obra "Cúcara Mácara" en 1982... También fueron ellos los que "obligaron" al gobierno capitalino a clausurar la exposición de pintura de Rolando de la Rosa, en el Museo de Arte Moderno, en enero de 1989. Claro, ahí ya como Comité Nacional Pro Vida y con las evidentes alianzas con el

PAN, la Iglesia, la Unión Nacional de Padres de Familia y el PDM. Fueron también ellos los que amenazaron a la excelente productora teatral Jesusa Rodríguez y su magnífico "Concilio de Amor". Y son también ellos los que apoyan las tendencias más reaccionarias del neopanismo a través de organizaciones como DHIAC, "Libertad y Civilización", etc. Son también los que se oponen a la campaña emprendida por las autoridades de Salud del gobierno mexicano en contra del SIDA. Según del Valle (1990), por "Inmorales y atentatorias de los valores católicos de la nación mexicana". Y bajo el estandarte lasallista, fueron ellos quienes escoltaron al Papa cuando visitó las escuelas católicas en el Instituto Miguel Ángel, la consigna obsesiva: "Geyser Fidelis"... Son conocidos, pues, los orígenes de tales grupos. Pero si rascamos un poco más, nos daremos cuenta de que no son nuevos y que vienen de más allá del MURO y del 68. Simplemente se podía hacer una línea muy clara de procedencia de esos grupos del sinarquismo mexicano, donde los apellidos Serrano y Abascal, entre otros, recorren todas las generaciones de Resurgimientos fascistas en nuestro país" (Del Valle, 1990, pp. 10).

Siguiendo con la línea procedente, que propone Del Valle, se puede investigar sobre los orígenes de sinarquismo, para ubicar el germen de lo que hoy constituyen los grupos conservadores. Durante los años de 1932 a 1937, el arzobispo de México, Pascual Díaz y el delegado apostólico Leopoldo Ruiz y Flores, empezaron a organizar las "Legiones", reagrupando a las fuerzas

católicas del país para presionar a los gobiernos del Maximato y del general Lázaro Cárdenas por las decisiones anticlericales que estaban tomando. "La orden de los jesuitas fue la responsable de reagrupar a las fuerzas católicas dispersas desde los acuerdos de 1929 que pusieron fin a la guerra cristera. Como "consejeros", los jesuitas seleccionaron para líderes a probados católicos respetuosos de la autoridad romana, que en su mayor parte pertenecían a los grupos acomodados de ciudades como México, Guadalajara, Morelia, Querétaro y Guanajuato". (Ludlow, 1988, pp. 204).

Es evidente que los grupos conservadores que están presentes actualmente tienen una raíz muy antigua, (no es casual que en 1931 existiese una agrupación denominada Unión de Padres de Familia, que se oponía bajo argumentación católica, a la educación sexual y que en 1990 exista una organización llamada Unión Nacional de Padres de Familia que bajo la misma argumentación se oponga a la campaña gubernamental contra el SIDA) no son grupos espontáneos, pues su historia data de más de cincuenta años.

José Joaquín Blanco en su artículo "Pro-Sida" dice al respecto: "Durante muchas décadas, probablemente durante todas las décadas, el gobierno mexicano se ha negado a reglamentar la actividad del fascismo y de la ultraderecha; ha preferido tolerarlos o negociar con ellos secretamente.. (ellos han

atacado los libros de texto, las vacunas, la planificación familiar, la instrucción sanitaria y sexual a adolescentes y adultos impartida por profesionales de la medicina. Han atacado lo que han querido. Contra ellos jamás ha sido la ley otra cosa que letra muerta. Por eso (por este fuero) ha crecido a extremos intolerables y ya asesinos, su soberbia". (La Jornada, 29 de diciembre de 1989).

El Comité Nacional ProVida se creó en 1978 para impugnar un proyecto de ley, que el Partido Comunista Mexicano había enviado a la Cámara de Diputados, para despenalizar el aborto. ProVida está conformado por 140 organizaciones educativas, civiles y religiosas. "Entre estas figuran los Caballeros de Colon, Juventud por la vida, Movimiento Familiar Cristiano, Juventudes Católicas, Encuentros Matrimoniales Conyugales, Unión Nacional de Padres de Familia, Asociación Cívica Femenina, Familia Educadora en la Fé y Movimiento Juventud, 85-2000... Actualmente ProVida imparte cursos sobre sexualidad en escuelas y parroquias de todo el país: Sexualidad Humana, Paternidad Responsable, Amor y Sexualidad, Educación Sexual al Adolescente, Curso sobre el noviazgo y Educación de los Hijos". (Vera, 1989, pp. 16-19).

En un desplegado, aparecido en los periódicos, el dos de enero de 1990 y firmado por sus treinta representantes estatales, el Comité Nacional ProVida hizo públicas sus

propuestas para combatir al síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Fidelidad Conyugal y Abstinencia Sexual, son en su criterio, los únicos métodos infalibles en el combate al SIDA. Rechazan el uso impositivo del condón ya que puede fallar hasta en un 30 por ciento y además induce a los jóvenes a la actividad sexual prematura. Rechazan la discriminación de que son objeto en algunas instituciones, los enfermos de SIDA. Piden mayores recursos para la investigación científica, con el fin de encontrar cuanto antes una vacuna contra el SIDA. Apoyan al Sector Salud en la evitación del contagio hemático y afirman creer que la epidemia del SIDA no es un castigo divino, sino un llamado racional para que se modifiquen las conductas sexuales de alto riesgo.

Resulta oportuno indicar que ProVida no es el único grupo conservador que hace trabajo sobre el SIDA, pero la mayoría de los otros grupos que se han pronunciado al respecto, están integrados en esa organización, y apoyados discretamente por la Iglesia Católica.

Una vez que se ha terminado de describir las características de estos tres grupos, gubernamental, no gubernamental y conservador. Se hace necesaria una brevisima discusión. Primero, el gobierno tiene realmente una buena oportunidad de poder llevar a cabo una campaña que se apoye en el consenso social. Los grupos no gubernamentales están dispuestos a

presentarse unidos en el combate contra el SIDA, una vez que el gobierno haya asumido las responsabilidades que constitucionalmente debe cumplir (como es el del derecho a la Salud Pública). Ahora bien, "toda política conlleva riesgos, dice el dicho popular". "El que no quiera ver moros que no salga de noche". ¿Podría alguien decirnos hasta dónde llega realmente la capacidad de gobernar del actual grupo político? ¿Acaso la derecha, es tan fuerte o más que el interés de la nación?" (Galván, 1988, pp. 153). Se trata de que el gobierno tome una posición y con firmeza. No es posible que las mismas autoridades del CONASIDA suspendan las campañas, argumentando que han "lastimado susceptibilidades" de diversos grupos de la población, cuando cada ocho meses se duplica el número de casos de enfermos de SIDA en el país. ¿Cuál es la responsabilidad del gobierno con estos infectados cuando no puede sostener una campaña con continuidad, ni siquiera un año?

Es probable que las "amenazas ultraderechistas" (Blanco, 1989) sean interpretadas por el gobierno como posibles acciones de presión fascistas, como las que en el pasado hicieron diversos grupos ultraconservadores, que en los 60's y 70's recurrieron a la amenaza, al secuestro y al asesinato, en acciones terroristas contra el gobierno (Buendía, 1984).

Aún si así fuera, el gobierno no puede actuar bajo amenaza. No deben ser únicamente razones políticas, las que señalen el

camino a seguir para la campaña de prevención, sino que ésta debe responder principalmente a razones de intervención en un grave problema de salud pública. Es ahora cuando el gobierno debe tomar una decisión con carácter de urgente.

#### 2.2.5. Campañas preventivas contra el SIDA a nivel mundial.

En este apartado se hará una breve descripción de las características más importantes que contienen las campañas preventivas contra el SIDA, de seis países del orbe, dos europeos: Francia e Inglaterra, dos africanos: Uganda y Zambia y dos países socialistas: China y Cuba.

La descripción de los elementos más interesantes de estas campañas, nos servirá para comparar, y así poder ubicar a la campaña preventiva gubernamental de México.

La más reciente campaña del gobierno francés comenzó a implementarse a finales de abril de 1987. Se trataba de una serie de anuncios comerciales de televisión en los que se subrayaba que el SIDA es un enfermedad evitable y que es responsabilidad de todos y cada uno poner coto a las transmisión del virus; se incluye en la campaña una base de datos, la cual proporciona información diaria que se pone a disposición de los médicos por conducto del Minitel (sistema telefónico computarizado), se publican dos folletos, uno destinado al público especialista con una tirada de un millón

de ejemplares y otro dirigido al público en general con una producción de 13 millones de ejemplares; esta campaña incluye anuncios radiofónicos y carteles distribuidos en la vía pública.

En la campaña francesa también promueven el uso del condón, pues existen, en los bar y discoteque, maquina tragamonedas que venden preservativos. Se presentan un spot de información sobre el SIDA, antes de cada exhibición cinematográfica.

"La campaña nacional está considerada 'gran causa nacional'. A los 24 millones de abonados del teléfono se les ha enviado por correo, juntamente con las facturas del mes de abril, dos prospectos en el que respectivamente exponen los puntos importantes de la campaña y se solicitan fondos para la fundación" (Pompidou, 1988, pp 19). Otro aspecto interesante del trabajo que se realiza en Francia, es el de que la gente puede comprar jeringas desechables, sin necesidad de comprobar su identidad y sin mostrar receta médica (cosa que antes estaba prohibida para evitar que aumentara el número de heroinómanos).

En Inglaterra, la campaña cuenta con un presupuesto de cuatro millones de libras esterlinas (sólo para su difusión masiva) dirigida especialmente a la gente joven. La campaña comienza con dos comerciales de 30 segundos, transmitidos por televisión en horario nocturno en el cual se le advierte a los

jovenes "que dormir por allí es peligroso", cuando el número de casos de SIDA está creciendo. (Esta parte de la campaña está dedicada a la gente que por motivos de trabajo o viajan constantemente en el interior del Reino Unido).

"Las autoridades de salud, planean realizar una campaña que reduzca la ansiedad, y que vaya dirigida a partes específicas de la población, tendientes a reducir el riesgo de las conductas de alto riesgo" (Health Education Authority, 1988, pp. 2). Se están distribuyendo masivamente folletos: "El SIDA y tú", "El SIDA: La prueba" y "Sexo seguro y uso del condón". La campaña incluye dos spots publicitarios de sesenta segundos cada uno, para transmitir en el cine; se publicará información en la prensa nacional, en las revistas juveniles, en las revistas femeninas y en las publicaciones para varones. Se difunde también un spot televisivo para promover el servicio del "Hot-Line" o ayuda telefónica.

En Uganda se ha fundado ya un Comité Nacional para la Prevención del SIDA que es el que da la directriz a seguir para la campaña preventiva. "Por la televisión y los radios locales se está llevando a cabo una campaña para prevenir la transmisión sexual. El tema "zero grazing" (no pacer/no rozarse) captó la imaginación del público; con esta metáfora se indica a la gente que, al igual que el ganado, no deben descarriarse e invadir pastizales ajenos" (Okware, 1988, pp.

21). En las muchas comunidades donde no tienen acceso la radio y la televisión, son los grupos políticos y religiosos los que difunden información sobre el SIDA. En Uganda "hemos preferido abstenernos de recomendar abiertamente el uso del condón mientras no conozcamos bien las prácticas culturales y las actitudes de las poblaciones locales" (Op cit. pp. 22). Finalmente, es importante mencionar que el gobierno Ugandés cuenta con un equipo de psicólogos y de eclesiásticos que brindan apoyo psicológico y espiritual a los enfermos.

En Zambia desde 1987 la Dra. Kristine Baker ha llevado a cabo una campaña preventiva dirigida a adolescentes, apoyada por el propio ministerio de salud. El trabajo de la Dra. Baker se orientó en un principio a informar a los jóvenes de nivel secundaria en sus salones de clases. Pero a partir de la idea de algunos de los muchachos, se empezaron a conformar los clubs "anti-SIDA". Ahora existen 150 clubs Anti-SIDA a lo largo del país. Los grupos han trabajado con éxito y la Dra. Baker explica el por qué: "La primera promesa es que cada miembro del grupo se protegerá a sí mismo o a sí misma evitando el sexo antes del matrimonio. En la cultura zambiana tal promesa es totalmente aceptable dado que cada niño espera casarse y tener una familia. En una comunidad que pone un premio alto en la castidad femenina, la idea de esperarse hasta el matrimonio es bien recibida especialmente por las niñas.. Yo propuse el uso de condones pero los mismos jóvenes lo deshecharon. Ellos

sintieron que cualquier información que hablara de que los condones reducían el riesgo de infección por VIH, sería tomado como una cláusula de escape por los miembros del grupo" (Special Report, 1989.)

Ahora veremos los aspectos más relevantes de las campañas en los países socialistas. Comenzaremos con China.

En China, la campaña oficial de prevención contra el SIDA, comenzó en enero de 1989, al ser detectados 3 casos de personas infectadas con el virus de inmunodeficiencia humana. Las autoridades sanitarias piensan que el virus penetró al país por dos vías. Una por la importación de productos derivados de la sangre, que estaban contaminados; y otra por los contactos sexuales que chinos han establecido con personas extranjeras. Para evitar que se siga transmitido el virus el gobierno ha optado, en primer lugar, por llevar a cabo una campaña sanitaria. "Así, en muchas ciudades se ha instituido reglas estrictas para prevenir que extranjeros y chinos, tengan encuentros en lugares como discoteques. Muchos extranjeros tienen prohibido entrar en salones de baile... De igual manera, el gobierno ha tomado pasos para limitar las relaciones sexuales casuales con visitantes y requiere a todos los extranjeros, excepto a los diplomáticos, que esperen vivir en el país más de un año, que se hagan la prueba de anticuerpos al SIDA!" (Curri, 1989, pp. 1) En el trabajo de información

preventiva, el gobierno chino a través del "Estudio de Educación Cinematografía y de la Ciencia de Beijing" está realizando un documental, dirigido al público en general

Para concluir con esta exposición se revisara el trabajo preventivo que se hace en Cuba. Mejía (1988) señala que Fidel Castro, primer ministro de Cuba señaló en un discurso en 1987, que la medida preventiva de cuarentena era apropiada para su país y que las críticas que recibía de otros países eran provocados, en cierta forma, porque esos países no podían llevar a cabo la misma iniciativa, dado el alto número de infectados y enfermos con los que contaban. Después, en una entrevista concedida por el Dr. Héctor Terry, ministro comisionado de Salud Pública del gobierno cubano, dijo lo siguiente: "La medida de cuarentena para los infectados de SIDA consiste en un sanatorio de aislamiento para 31 mujeres y 110 hombres portadores de virus, entre homosexuales, heterosexuales y bisexuales. Los confinados allí, tienen un amplio programa de actividades, hacen ejercicio, practican deportes, hacen gimnasia, tienen cine, TV, videos y todo tipo de actividades recreativas: son sacados a pasear a la playa y a otros lugares" (Mejía, 1988 pp. 26).

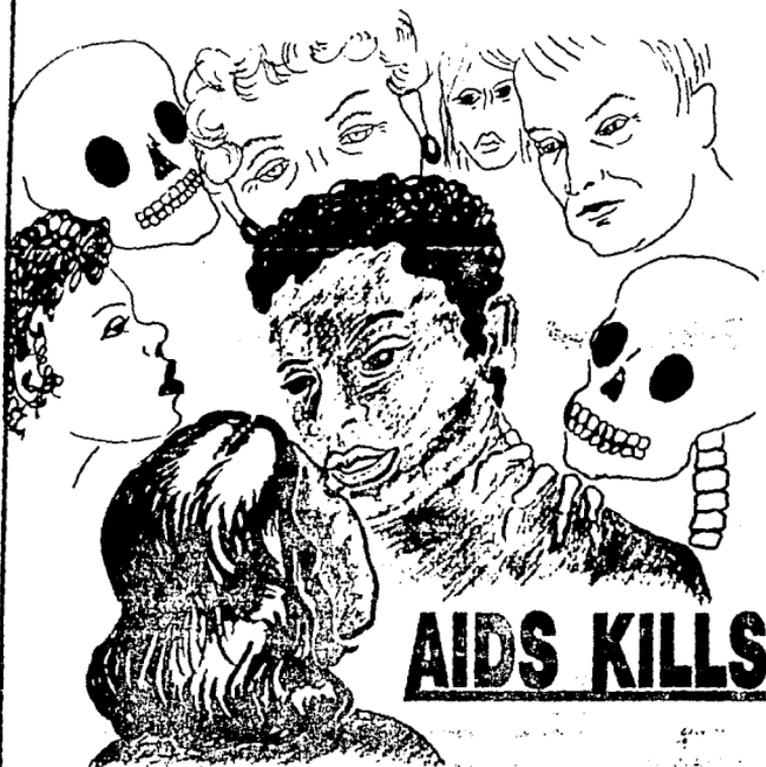
Concluidas ya las descripciones de las campañas en otros países, resulta asombroso por lo distintas que son, dadas las diferentes bases que los sustentan. No es difícil asegurar que a cada una de ellas le subyace una moral distinta. Algunas son

conservadoras y otras liberales.

La campaña en México estaría en un lugar intermedio si se compara con Francia y con Cuba por ejemplo. En nuestro país no es política pública gubernamental violar tan flagrantemente los derechos humanos de los enfermos, como se hace en Cuba. Pero sí en cambio en se violan los derechos humanos de los seropositivos y enfermos, por prejuicio de los administradores públicos y de diversos funcionarios menores y no por razones de Estado. Se debe luchar por tener una legislación que salvaguarda los derechos de seropositivos y enfermos.

Por otro lado, hay que reconocer que a la campaña gubernamental mexicana le hace falta mucho por hacer. Como ya habíamos indicado, debe fortalecerse internamente y tomar una definición moral que le de sustento. Las campañas europeas pueden ser, si bien no paradigmas a seguir, si modelos orientadores de los que se puede retomar algunos principios.

# WILL YOU LOVE ALL HIS PARTNERS?



## AIDS KILLS

MINISTRY OF HEALTH, LABOUR, HOUSING, BROADCASTING AND INFORMATION

ST. LAWRENCE ASSOCIATION

HEALTH EDUCATION COORDINATOR

### III. ADOLESCENCIA, SIDA Y SEXUALIDAD.

#### 3.1. Prácticas sexuales de los adolescentes.

Antes de iniciar con la exposición sobre las prácticas sexuales en la adolescencia, se hace necesario definir que es lo que se entiende, por ese término.

"La palabra adolescencia deriva de la voz latina *adolescere*, que significa crecer o desarrollarse hacia la madurez" (Muus, 1984, pp. 10). La adolescencia es por lo tanto una etapa de desarrollo en los seres humanos, cuyo inicio se establece en base a diversos criterios fisiológicos, psicológicos y cronológicos. El comienzo de la adolescencia bien puede situarse "al inicio de la pubertad"; un año antes de la pubertad; al presentarse la primera menstruación en las niñas; a los 13 años; al comenzar el "estirón" o al ingresar a la secundaria" (Powell, 1963, pp. 13).

Todos los criterios anteriormente mencionados se sitúan en un lapso bastante limitado de tiempo, entre los 12 y los 13 años. Lo difícil es ubicar la finalización de este período de vida. Se han propuesto, entre otros indicadores de terminación, los siguientes: al completarse el desarrollo sexual, al alcanzar la madurez emocional o intelectual; a los 18 años

(tal como lo marca la ley); al contraer matrimonio; al entrar a la universidad; al lograr la independencia económica, etc." (Op. cit. pp. 13)

Es importante ahora, ahondar un poco más en los problemas relativos al estudio de la adolescencia. Al respecto, Carreiro (1985) menciona que resulta evidente que existe mucha psicología popular en torno a la adolescencia, que ha derivado en mitos y estereotipos de ella. Los tres principales estereotipos que se han erigido son: 1.- que los jóvenes viven una edad turbulenta, llena de crisis personales y perturbaciones emocionales; 2.- que los jóvenes ineluctablemente experimentan conflictos generacionales, rechazando los valores familiares y finalmente, 3.- que los adolescentes están sumidos en una crisis permanente de identidad sufriendo diversos problemas en relación a su imagen. A pesar de que estas características concuerdan fielmente con la idea que la mayoría de la gente tiene sobre la adolescencia, los datos científicos parecen no sostener tal concepción.

Otra idea generalizada alrededor de la adolescencia es la creencia de que representa un fenómeno universal. Sin embargo, Carretero y Cols (1985, pp. 34) consideran que "la adolescencia es, en cierta medida, una construcción social

derivada del desarrollo de las sociedades modernas e industrializadas. En épocas pasadas no puede decirse que existiera una etapa similar a la adolescencia". Inclusive, Carretero retoma fuentes históricas que señalaban que es en el siglo XVIII con Rousseau, cuando se comienzan a referir a la adolescencia como un período específico de la vida, y es en el continente americano en la segunda mitad del siglo XIX cuando se produce la invención o descubrimiento de la adolescencia, cuyo objetivo fundamental era prolongar más tiempo la etapa infantil. "El fenómeno occidental contemporáneo de una adolescencia prolongada, con el tradicional alargamiento de la minoría de edad bajo forma de servicio militar obligatorio y junto sobre todo, al reciente correlato de una educación prolongada, siempre más larga, despierta la sospecha de que responde nada más a poderosos, aunque subyacentes, mecanismos económicos que retienen fuera del mercado de trabajo a nuevas generaciones de hombres y mujeres (Malmquist citada por Carretero, Op. cit., pp. 103).

Aún siendo la adolescencia un fenómeno típico de casi todo el mundo occidental, resulta indispensable comprender, partiendo de una reflexión dialéctica, que la adolescencia no es un fenómeno inmutable, sino que cambia conforme pasan las generaciones y varían las condiciones socioculturales en cada país.

Ahora bien, ¿qué es lo que caracteriza a la adolescencia?. Haciendo a un lado los estereotipos antes mencionados y toda la psicología popular que en torno a ella se ha creado. La adolescencia puede ser vista, desde el punto de vista de la psicología colectiva, como una forma de pensamiento que se ha constituido en un universo intersubjetivo. Un universo con símbolos, valores, lenguajes, modas, actitudes, etc., que varían según los diferentes grupos culturales y las distintas clases sociales (para ejemplificar lo anterior, sólo basta comparar a un grupo de adolescentes "cholos" de Tijuana con un grupo de amigos adolescentes de las Lomas. Obviamente sus universos socialmente compartidos son en forma absoluta, distintos). En este sentido también es relevante considerar a los medios masivos de comunicación, pues han alimentado de manera importante, el universo intersubjetivo de los adolescentes, proponiendo estereotipos de lo que es o debe ser la juventud.

Desde un punto de vista meramente evolutivo, la adolescencia es el momento en el que los hombres integran y estructuran todas sus capacidades y competencias frente al entorno social, y en el cual se consolidan sus ajustes y adaptaciones que serán los que más duren a lo largo de la vida. Es el momento donde se internalizan los valores sociales y las pautas culturales. Es además, la época donde

se desarrollan sus habilidades sociales y donde se gana la autonomía frente al medio. Sin embargo, es posible que en esta búsqueda de independencia y autonomía frente a la autoridad, a la familia, a los padres o a los iguales, no siempre perdure el equilibrio. Es común (no ley, ni característica) que los adolescentes puedan experimentar conflictos en diversas áreas de su vida personal.

Evidentemente que la intención en este trabajo no es la de abordar todos los problemas a los que se enfrentan los adolescentes, sino más bien situar su problemática en el terreno de la sexualidad.

Es innegable que las costumbres sexuales se han venido modificando a partir de la terminación de la segunda guerra mundial y aún más en la llamada "revolución sexual" de los 60's las prácticas sexuales se han liberalizado volviéndose mucho más frecuentes, esto claro, también entre los jóvenes mismos. Sin embargo, los cambios que han llegado a modificar nuestras sociedades en el sentido de una mayor apertura y tolerancia hacia lo sexual, no han ido acompañados de una auténtica educación sexual que le permita a los adolescentes ejercer su sexualidad con seguridad y confianza. "La contradicción está en que hay mucha información desorientadora junto con restricciones morales y culturales

que limitan el pleno ejercicio de la sexualidad en los jóvenes" (González, S. Comunicación Oral, 1990).

Para el presente trabajo es de particular interés el conocer las prácticas sexuales que realizan los adolescentes. Y esto por dos razones principales: primero, para inferir a partir de los datos presentados, el peligro real que tienen los jóvenes de contraer el SIDA por vía sexual, y segundo, para hacer hincapié, en las campañas preventivas contra el SIDA y de educación sexual, en aquellos conocimientos que deban reforzarse.

Las investigaciones empíricas tipo encuesta para conocer el comportamiento sexual de las sociedades, las inició Kinsey en 1948 en los Estados Unidos, al realizar un estudio sobre la conducta sexual de los varones. A partir de allí diversos autores continuaron investigando en ese mismo terreno durante las siguientes décadas. El mismo Dr. Kinsey en 1953 llevó a cabo un estudio sobre la conducta sexual de las mujeres (en ambos estudios, Kinsey estudió las siguientes conductas: orgasmo, juego heterosexual, juego homosexual, contacto con adultos, masturbación, sueños sexuales nocturnos, "petting" premarital, coito premarital, coito marital, coito extramarital, respuestas homosexuales y contactos con animales); Masters y Johnson estudiaron la sexualidad

femenina en 1960 (estudiaron eyaculación masculina, orgasmo, ciclo de respuesta sexual en hombres y estudios anatómicos comparativos) y Shere Hite llevó a cabo en 1976, un reporte nacional sobre sexualidad femenina en Estados Unidos (allí estudió masturbación, orgasmo, intercambios, estimulación clitoridiana, lesbianismo, esclavitud sexual y sexualidad en mujeres mayores).

Estos estudios, sin embargo, han recibido alguna crítica que van dirigidas tanto a la metodología de la investigación (tamaño de la muestra y su composición y formas en la recolección de datos) como a sus resultados mismos. Pues se supone que en nuestra sociedad, para los varones es motivo de orgullo los logros en la vida sexual, y no es raro que exageren un poco sus respuestas. Al contrario de lo que ocurre en las mujeres que muchas de sus confidencias en el área sexual podrían resultar vergonzosas. Coleman (1988) mencionan que se han realizado ajustes estadísticos y se ha comparado los resultados de estos estudios con otros provenientes de un país cultural y socialmente similar, como lo es Inglaterra para mantener la confiabilidad de dichas investigaciones. De cualquier manera, la información contenida en esas investigaciones es sumamente significativa ya que señalan un cambio importante en las costumbres sexuales de la población estudiada.

En 1953, Kinsey y colaboradores "hallaron que hacia los 17 años, aproximadamente un 10 por ciento de las jóvenes norteamericanas habían tenido relaciones sexuales. A los 20 años dicha cifra se elevaba a un 18 por ciento de la población estudiada. Treinta años más tarde Kanter y Zelnick (1972) hallaron que un 27 por ciento de las adolescentes habían tenido relaciones sexuales a los 17 años, y a los 19 años un 46 por ciento informaron que poseían experiencia sexual. "... Respecto a los varones, Kinsey informó en la década de 1940 que un 61 por ciento había tenido ya relaciones sexuales a los 17 años y 72 por ciento a los 20. Tales conclusiones son apoyadas hasta cierto punto por el trabajo, más reciente de Finkel y Finkel (1975) los cuales demostraron que, en la década de 1970, un 59 por ciento de los muchachos de 17 años habían tenido relaciones sexuales" (Coleman, J. 1988 pp. 161-163). Kinsey y colaboradores también "informaron que un 95 por ciento de varones adolescentes, para los 15 años de edad ya se ocupaban de actividades conducentes al orgasmo" (Powel, 1963, pp. 225).

Como se puede observar, es evidente que los jóvenes norteamericanos han comenzado (conforme pasan los años) a tener relaciones sexuales a una edad cada vez menor. Lo que resulta impresionante particularmente en el caso de las mujeres, con un aumento de casi 30 puntos porcentuales. Sin

embargo, es menester complementar estos datos con otras estadísticas que nos indiquen un aumento en la actividad sexual, para después pasar al caso concreto de México.

En datos proporcionados en la I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes se indicó que "en Estados Unidos una de cada 10 mujeres de 15 a 19 años se embaraza cada año. De éstas el 53 por ciento, termina en aborto y el 34 por ciento termina en nacimiento fuera del matrimonio" (Morris, L., 1986, pp. 8-9).

En cuanto al porcentaje de mujeres de 19 años no casadas que han tenido relaciones sexuales en cinco países desarrollados, podemos ver que "el 66 por ciento de las jóvenes norteamericanas ya han tenido alguna relación sexual. En Inglaterra el 62 por ciento; en Francia el 70 por ciento, en Suecia el 88 por ciento y en Holanda el 58 por ciento". (Ver tabla 2). (Morris, L., 1986, pp. 11).

Estados Unidos tiene una tasa de fecundidad específica (número de nacimientos por 1000 mujeres) a la edad para jóvenes de 15 a 19 años, relativamente bajo, del 52.9, en comparación con El Salvador, por ejemplo, que tiene una tasa de 142.1. "En Estados Unidos entre 1974 y 1980, la tasa de embarazo para todas las mujeres de 15 a 19 años aumentó en un

8.2 por ciento, aun cuando la tasa de fecundidad disminuyó en un 9 por ciento de 58.4 a 53.0 por 1000 mujeres: (Op.cit. pp. 17). Esto supone necesariamente la existencia de una alta tasa de abortos en nuestro vecino país del norte.

Hass (1981) tras un exhaustivo estudio realizado en Estados Unidos encontró que los jóvenes son vistos por los adultos como expertos sexuales. Siendo que la realidad demuestra que los adolescentes necesitan mucha información sobre la sexualidad.

Al analizar los datos anteriormente expuestos, concluimos que en un país desarrollado como lo es los Estados Unidos, existe un incremento significativo de la actividad sexual de los adolescentes, que los ponen en evidente peligro ante la epidemia del SIDA. Ahora se revisará el caso de nuestro país, para observar si existe o no una situación similar.

En México no se cuenta con estudios tan extensos como los anteriormente señalados, que indiquen cómo es el comportamiento sexual de los mexicanos. Sin embargo, se cuenta con algunas investigaciones dirigidas a develar aspectos particulares de la sexualidad que nos ayudarán a demostrar que los adolescentes mexicanos tienen vida sexual activa desde una edad muy temprana.

En datos obtenidos en la interesante "Encuesta Nacional sobre sexualidad y familia en jóvenes de educación media superior", realizada en 1988, por la CONAPO, se observa que existe una diferencia evidente en el comportamiento sexual entre hombres y mujeres. Por ejemplo, un total de 14.1 por ciento de los hombres encuestados con 14 años de edad tenían ya relaciones sexuales. Mientras que a esa misma edad, ninguna de las mujeres encuestadas tenía relaciones sexuales. A la edad de 19 años el 60.3 por ciento de los hombres y el 11.3 por ciento de las mujeres tenían ya experiencia sexual. Y el rango que va de los 21 años a los 25 años de edad el 74.6 por ciento de los hombres por el 23.9 por ciento de las mujeres, habían tenido ya alguna relación sexual. (Ver tabla 3). (De ser ciertas estas estadísticas, significarían que el porcentaje de mujeres mexicanas con experiencia sexual a los 20 años, es aún inferior al que reportó Kinsey para las adolescentes norteamericanas en la década de los cuarentas: 15.4 por ciento en México y 18 por ciento en Estados Unidos).

Los hombres encuestados señalaban, en un 54.7 por ciento, que su primera relación sexual la habían tenido con una amiga, mientras que un 22.4 por ciento la habían tenido, por primera vez con su novia y un 20.5 por ciento con una prostituta. Las mujeres manifestaban en un 76.5 por ciento, que la primera relación sexual la habían tenido con su novio,

un 10.8 por ciento con un amigo y un 8.4 por ciento con su esposo (Ver tabla 4). Estas cifras coinciden con las reportadas en el total de la muestra, sobre condición de relaciones sexuales por sexo y condición de noviazgos, ya que un 10.4 por ciento de las mujeres con novio tienen relaciones sexuales, a diferencia de un 2.2 por ciento de mujeres sin novio que sostienen tales relaciones (Ver tabla 5).

Otro dato interesante sobre el comportamiento sexual de los adolescentes mexicanos constituye el de la frecuencia en las relaciones sexuales. A despecho de las creencias comunes de que es el varón adolescente el que tiene más actividad sexual, los resultados de la encuesta parecen desmentir en algo tal afirmación. Son los varones adolescentes con experiencia sexual los que efectivamente parecen tener mayor actividad desde los 14 hasta los 17 años, debido a que hay un mayor porcentaje de mujeres que han tenido relaciones sexuales un sola vez (27.3 por ciento de los hombres por 39.1 en las mujeres). Sin embargo, a partir de esa edad las estadísticas comienzan a nivelarse y a cambiar, evidenciado una mayor actividad femenina en el rango de edad que va desde los 21 a 25 años. Es en esas edades cuando un 22.2 por ciento de las mujeres encuestadas manifestaron tener relaciones sexuales 2 o 3 veces por semana y un 25.9 por ciento tenía relaciones 2 o 3 veces al mes. De los hombres de ese mismo

rango de edad, un 4.6 por ciento manifestaba tener relaciones 2 o 3 por semana y un 16.3 por ciento las tenían 2 o 3 veces al mes. A partir de los 26 años es mayor la actividad sexual masculina, pues un 33.3 por ciento de los encuestados de esa edad, señalaban tener relaciones sexuales 2 o 3 veces por semana, a diferencia de un 16.7 por ciento de las mujeres, que tenían relaciones con la misma frecuencia (Ver tabla 6).

Se considerarán ahora algunos datos reproductivos de los jóvenes mexicanos tomados por Morris (1986). En el año de 1979 en nuestro país, el 50 por ciento de las mujeres cuyas edades fluctuaban entre los 20 y 24 años estaban casadas antes de cumplir los 20 años. De ellas, el 42 por ciento provenían del medio urbano y 59 por ciento del medio rural. Estos datos concuerdan con los encontrados en 1985. En ella se encontró que un 12.1 por ciento de las mujeres cuyas edades comprendían los 15 y los 19 años, estaban casadas, anteriormente casadas o vivían en unión consensual. En el rango de edad de los 20 a los 24 años, existía un 44.1 por ciento de mujeres casadas, pero si se le sumamos los otros dos estados civiles (anteriormente casados, y en unión libre) se alcanza un cifra de 55.3 por ciento (Ver tabla 7).

En cuanto a la tasa de fecundidad específica (de la que ya se había hablado) que es el número de nacimientos por 1000

mujeres entre 15 y 19 años. México tiene un porcentaje (dato de 1979) del 103.5, lo que significa que uno de cada 10 nacimientos proviene de una mujer cuya edad fluctúa entre los 15 años y los 19 años. "En México se ha estudiado que las mujeres se unen desde temprana edad y que esa edad no ha cambiado sustancialmente (Mojarro 1986 cita a Quilodrán). Para el caso de mujeres jóvenes a la edad de 19 años, el 40 por ciento ya se habían unido, y lo hicieron en promedio a los 16 años; las mujeres de 24 años, 77 por ciento se habían unido en promedio a los 18.7 años. El patrón de nupcialidad de los jóvenes no parece tener grandes cambios de 1976 a 1982; las mujeres jóvenes si bien tienden a unirse cada vez menos, aquellas que contraen su unión lo siguen haciendo a la misma edad" (Mojarro, O. 1986, pp. 49).

Para concluir con la presentación de las estadísticas reproductivas en México, se presentarán los datos importantes que nos servirán para prever la conducta sexual en los adolescentes. Recurriendo otra vez a la "Encuesta Nacional sobre sexualidad.." se puede observar que la edad deseada para casarse en la totalidad de las mujeres encuestadas es en un 38.9 por ciento, entre los 19 y los 25 años; un 7.9 por ciento, entre los 26 y más de 32 años; un 1.7 no piensa casarse y un 31.1 no lo ha pensado. En el caso de los hombres, un 41.1 por ciento de la totalidad de la muestra,

desea casarse entre los 19 y los 25 años de edad; un 16.2 por ciento, entre los 26 años y más de 32 años; un 1.6 por ciento no piensa casarse y un 32.5 no lo ha pensado (Ver tabla 8).

Los datos anteriores muestran, definitivamente que hay una fuerte tendencia entre los adolescentes mexicanos a establecer uniones o matrimonios jóvenes.

En otra estadística también significativa, tomada de Morris (1986) se puede observar el tamaño promedio de la familia deseada, comparando a las mujeres de 15 a 19 años de edad con las mujeres de 45 a 49 años de edad (datos establecidos en 1979). Las mujeres cuyas edades fluctuaban entre los 15 y los 19 años, deseaban tener un familia compuesta por 3.8 elementos, a diferencia de las mujeres de 45 a 49 años de edad cuya familia ideal tendría 5.8 integrantes, 2.0 hijos de diferencia. Morris se pregunta ¿Acaso estas mujeres más jóvenes tienen conocimientos y acceso a los servicios que les permitan hacer algo en cuanto a su deseo de tener menos hijos? (Op cit, 1986, pp 14).

Lo que se quiere demostrar en este apartado de la tesis, es que los adolescentes del mundo, pero especialmente los de México, son víctimas potenciales del SIDA, debido a que una gran cantidad de ellos son sexualmente activos, como ya se

ha visto, a una edad muy temprana. Es imposible sostener entonces, ante estas circunstancias, el argumento de la "ingenuidad" o "inocencia sexual" de los adolescentes tempranos. Al contrario, son muchos los problemas por los que pasan los jóvenes (en el sentido de poder ejercer libremente su sexualidad), que deben ser considerados en un programa de educación sexual, para la eficaz prevención del SIDA. Pero estos temas se tratarán en los siguientes apartados.

### 3.2 Adolescencia y SIDA.

Después de haber presentado algunas investigaciones que mencionaron cómo se comportan sexualmente los adolescentes, se revisará ahora cuál es la incidencia del SIDA en esa población a nivel mundial.

La importancia de conocer las costumbres sexuales de los jóvenes y los peligros reales del contagio del SIDA por la vía sexual, recae en que "los adolescentes representan una ventana de oportunidad para romper el ciclo de la transmisión del VIH y su impacto en futuras generaciones. Para los muchachos y las muchachas que crecen esperando iniciar un familia, la información acerca del VIH y del SIDA antes de que se vuelvan sexualmente activos puede motivarlos a hacer elecciones sexuales más seguras" (Special Report, 1989, pp 1).

Es realmente difícil conocer el número exacto a nivel mundial, de adolescentes infectados por el virus de inmunodeficiencia humana. Sin embargo "la OMS considera que la mitad de todos los hombres y mujeres infectados por el VIH, tienen edades inferiores a los 25 años y que cerca de un 20 por ciento de toda la gente con SIDA está en sus "veintes". Una larga proporción de ellos se infectaron probablemente entre los 15 y 19 años. (Op cit. pp. IX).

Son muchas situaciones socioeconómicas las que hacen que los adolescentes (sobre todo aquellos que viven en países en vías de desarrollo) se enfrenten con mayor riesgo al SIDA.

Los niños de la calle son un grupo especialmente vulnerable a la infección del VIH. La gran mayoría de ellos han abandonado sus hogares por maltratos físicos y emocionales, y por la pobreza extrema. La OMS en el Special Report de noviembre 1989, expone los siguientes casos: En Khartoum, la capital de Sudán, 7 por ciento de 100 niños callejeros cuyas edades iban desde los 6 a los 14 años, resultaron seropositivos en 1988. En Nueva York, una fuente estimó que casi el 7 por ciento de más de 1100 jóvenes de 16 a 21 años de edad, que vivían en las calles y que no consumían drogas, resultaron positivos a la prueba de Elisa. En México "según estadísticas de la Comisión Económica para

América Latina (CEPAL) y la UNICEF, viven en la extrema pobreza 12 millones de niños en el país, de ellos, 40 mil niños viven en las calles de la Ciudad de México" (el gobierno del D.D.F. sólo reconoce 20 mil) (La Jornada, 14 y 15 de agosto de 1990). Es evidente que la situación de indefensión en la que viven estos niños, y la pobreza extrema a la que se enfrentan, hacen de ellos víctimas propicias del abuso sexual y de la prostitución.

La infección del VIH a través del intercambio de jeringas hipodérmicas contaminadas, es otro problema al que se enfrentan los jóvenes drogadictos. En México, este problema es prácticamente nulo ya que hasta el 31 de mayo de 1990, el número de enfermos de SIDA por esa causa ascendía a 22 (el 0.6 por ciento del total). En otros países como Francia, se estima que entre el 60 y el 80 por ciento de los heroinómanos franceses están contaminados por el virus del SIDA (Pompidou 1988, pp 19). En los Estados Unidos, el impacto dramático de la incidencia del virus en la población adolescente, se refleja directamente en los casos pediátricos. El Special Report de noviembre de 1989, señala que en los Estados Unidos, cerca de 2 mil niños norteamericanos se infectaron con el VIH a través de sus madres. Simplemente en el Bronx en Nueva York, uno de cada 58 bebés nace con anticuerpos al VIH y se estima que para 1991, una de cada 10 niños en los

hospitales internos de Nueva York, Newark y Miami estará sufriendo de una enfermedad producida por el VIH. "Cerca de un 73 por ciento de los niños con la enfermedad perinatalmente adquirida tuvieron madres que eran drogadictas intravenosas o lo eran sus parejas sexuales", (Bowen, 1988, pp. 325).

Para evitar que el SIDA se siga transmitiendo por esta vía los gobiernos de diferentes países han tomado medidas al respecto, Francia por ejemplo, ha permitido la libre venta de jeringas sin necesidad de receta médica, y en Inglaterra se ha establecido un programa en el cual se intercambian las jeringas usadas por otras nuevas. Este programa no ha incrementado el uso de la heroína y sí se ha evitado el aumento de infecciones por VIH.

Una vez consideradas estas dos situaciones a las cuales los adolescentes (y los niños también) deben enfrentarse, se mencionará la prevalencia del SIDA en la población joven de México, para finalizar este apartado, conociendo sus actitudes hacia el condón, haciendo hincapié en la necesidad de su uso.

En datos proporcionados por el Consejo Nacional de Prevención contra el SIDA (CONASIDA), hasta el 31 de mayo de 1990, en el grupo que va de los 15 a los 24 años de edad,

había un total de 598 casos de los cuales 409 (el 79.88%) se transmitieron vía sexual; 81 (el 15.82%) por transfusión sanguínea; 10 (1.9%) por intercambio de jeringas y 19 (3.71%) en hemofílicos. En el grupo de edad de menores de 15 años (casos pediátricos), se ha presentado 187 casos de los cuales 115 (61.7%) fueron infectados por transmisión sanguínea; 56 (34.52%) no están documentados. En México el índice de prevalencia en estos grupos de edad no es tan alto como en el grupo de edad que va de los 25 años a los 44 años. (Ya que el número de enfermos de SIDA en el grupo de menores de 15 años, representa el 4.19 por ciento del total y los enfermos del grupo de 15 a 24 años conforman el 9.18 por ciento, mientras que los 2571 casos, en el grupo de edad que va de los 25 a los 44 años, representan el 65.9 por ciento del total de casos de SIDA en nuestro país).

Como ya se había citado anteriormente, la adolescencia temprana representa la mejor opción para romper la infección por el VIH ya que esos jóvenes se encuentran en el umbral de iniciar su vida sexual activa. Es en esa edad donde deben fortalecerse las campañas preventivas y en forma muy particular incluirse una cultura en el uso del condón.

## USO DEL CONDÓN EN JOVENES

El uso del condón, dentro del contexto del sexo seguro, es el método más eficaz para prevenir la infección por el VIH, en aquellas personas que son sexualmente activas. (Como es el caso de un gran número de adolescentes). Sin embargo, su uso no ha parecido incrementarse entre los jóvenes, a pesar de la dimensión de la epidemia y de la publicidad que se le ha dado en las distintas campañas preventivas. Veremos algunos ejemplos: El gobierno del Reino Unido encontró que después de un año de iniciada su campaña de prevención contra el SIDA; "hasta un 93 por ciento de los adolescentes sabían en que forma se transmite el VIH. Pero hasta la mitad de los jóvenes entre 16 y 24 años dijeron que la ausencia de un condón no les impediría tener relaciones sexuales" (Mariasy, 1988, pp 2). En un interesante estudio realizado en San Francisco, Estados Unidos por Kegels y Col (1988), con la intención de conocer los cambios a través de un año en cuanto al conocimiento, actitudes y uso del condón en jóvenes, se encontró, con que 40.3 por ciento de las mujeres y un 69.4 de los varones reportaban que habían tenido más de un pareja sexual, en el transcurso del año de la investigación. Al finalizar el estudio, el 23 por ciento de las mujeres señalaron que su pareja sexual había utilizado el condón y el 49 por ciento de los varones reportó su utilización.

Solamente, el 2.1 por ciento de las mujeres y el 8.2 por ciento de los varones habían utilizado el condón todas las veces que tuvieron relaciones sexuales en ese año.

Uno de los hechos que limitan el uso del preservativo es el problema al que se enfrentan las mujeres al pedirle a su compañero que utilice el condón. Sin embargo Kegeles, indica que ese no es un problema real, ya que los varones entrevistados perciben el deseo de su compañera de que se utilice el condón, y ellos estarían dispuestos a hacerlo. Lo interesante de estos datos, es de que a pesar de que el estudio fue realizado en una área que tiene una alta incidencia de SIDA en su población, los jóvenes que conocen la necesidad del uso del condón, no lo utilizan.

En México, (remitiéndose a la Encuesta Nacional sobre sexualidad y familia) el 81.6 por ciento de los adolescentes varones y el 45.4 por ciento de las adolescentes mujeres, conocen el preservativo y lo identifican como método anticonceptivo, cuando un 42.9 por ciento de ellas no utiliza método alguno.

Ante estas estadísticas, sólo queda intentar diseñar alguna estrategia que vaya dirigida a los jóvenes y que pueda incrementar el uso de condón en nuestro país. Esto también lo

retomaremos posteriormente.

### 3.3. La educación sexual en México.

En este apartado final, se dará una definición de la educación sexual, haciendo un poco de historia sobre su desarrollo en México, para finalizar aportando elementos que deben tomarse en cuenta para una mejor educación de la sexualidad en México.

La educación sexual o mejor dicho la educación de la sexualidad, es el estudio de la sexualidad "que engloba íntegramente los aspectos biológicos, psicológicos y socioculturales del sexo. Se incluyen aquí temas como papeles sexuales, vivencias y desarrollo del propio ser como ser hombre o mujer, fenómenos sociales relacionados con la sexualidad como pornografía, enfermedades venéreas, relaciones interpersonales, etc." (Alvarez Gayou, 1987, pp. 3).

La educación sexual debe considerarse como una manera de controlar al desarrollo humano y social (CRESALC, 1989).

Es indudable que gran parte de la educación sexual se recibe, (antes de tomar alguna clase formal en el medio

escolar) es transmitida por los padres de familia, abuelos o hermanos mayores. Después, los medios masivos de comunicación adquieren relevancia en su papel socializador y por ende se tornan en importantes educadores de la sexualidad. Es más, todos nosotros tomamos en algún momento de nuestra existencia ese papel, aunque sea de manera inconsciente.

Desde hace mucho tiempo, hasta la actualidad, las intenciones de querer insertar la educación de la sexualidad dentro de la instrucción formal pública, ha recibido el rechazo de algunos grupos de la sociedad civil, que consideran como un atentado a la moral, que un conocimiento privado, (que debe ser enseñado en el seno familiar) se vuelva público (y que pervierta entonces a los niños que no tienen la edad suficiente para entender tal educación y que como consecuencia, los anime a tener prácticas sexuales prematuras).

Saavedra señala que el inicio de la educación sexual en México se puede situar en el año de 1932, cuando la recién creada Sociedad Mexicana de Eugenesia le envía a la Secretaría de Educación Pública, un estudio preliminar para la implantación de la educación sexual en nuestro medio. La SEP, a través de su Comisión Técnica Consultiva rinde un dictamen, que entre otros puntos declara:

"1.- La SEP debe establecer, organizar y dirigir la educación sexual en nuestro medio y asumir la responsabilidad de ella".

"2.- La educación sexual debe impartirse concretamente desde el tercer ciclo de la escuela de la primaria y en algunos grados de la escuela secundaria".

"8.- El Departamento de psicopedagogía e higiene se encargará también juntamente con el de Primaria y Normal, con el de Enseñanza Secundaria y el de Enseñanza Técnica, de organizar conferencias de educación sexual, para los padres de familia y para muchachos adolescentes, de uno y de otro sexo, que no asisten a las escuelas".

"9.- El propio Departamento se encargará de dar preparación a los maestros de las escuelas primarias y secundarias que deban impartir educación sexual, así como determinar con la colaboración de maestros y psicólogos fines, métodos y programas y la interpretación y alcances de dichos programas". (Saavedra, M.A., 1967, pp 35).

Las reacciones ante la educación sexual no se hicieron esperar. En 1933, la Unión de Padres de Familia solicita al gobierno que suspenda la impartición, en el Instituto Normal de Puebla, de la materia de Eugenesia. Se organizan mítines

en contra de la educación sexual como el celebrado en la Ciudad de México, el 10 de junio de 1933 en las puertas del Frontón Hispano Mexicano. El 11 de junio de ese año, la Unión de Padres de Familia publica un artículo en "El Universal" en el que afirman que "no están dispuestos a exponer a sus hijos a los peligros de la corrupción". "La serpiente paradisíaca ha servido para inspirarla a todos los hombres". El 7 de abril de 1934 acontece el conflicto más grave ya que una manifestación contra la educación sexual fue disuelta por la policía. El rector de la Universidad resultó lesionado e intervinieron estudiantes de las facultades de Medicina y de Ciencias Sociales.

La historia termina de la siguiente manera: "Por motivos internos en relación con el magisterio y por la pugna encendida en contra de la educación sexual. El Lic. Narciso Bassols presentó su renuncia como Secretario de Educación Pública, el 9 de mayo de 1934" (Op Cit. pp 106).

Durante las décadas posteriores, el gobierno no formalizó otro programa de educación sexual, tan bien estructurado como el presentado en 1932. Tuvieron que transcurrir cuarenta años para que se presentara otro programa público de este tipo.

"En México el gobierno emprendió en 1972 una reforma

educativa con un definido espíritu renovador, tanto en la estructura científica de las materias de estudio, como en la orientación pedagógica al magisterio. Con este enfoque quedó incluido el tema relacionado con la reproducción humana en los libros de texto que proporciona la SEP" (CONAPO, 1982, pp. 215). En este programa se introdujeron contenidos a partir del quinto año de primaria con una orientación básicamente biologicista. Y ahora, en septiembre de 1990, se pondrá a prueba un programa piloto de enseñanza primaria y secundaria, (dentro del marco del Programa de Modernización Educativa) donde se enseñará en el segundo año de secundaria, la materia llamada "Adolescencia y Sexualidad".

Ahora, se expondrán algunas estadísticas sobre el tema, tomadas de la Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia. Se hará referencia a los principales canales que proporcionan información sobre sexualidad. En el caso de los hombres, el 39.4 por ciento del total de entrevistados, recibían la información a través de su maestro, el 34 por ciento a través de libros y el 20.9 por ciento y el 28.6 por ciento, lo recibían por conducto de su madre y padre respectivamente. En las mujeres, el 64.7 por ciento de la totalidad de las encuestadas recibían la información sexual a través de sus madres, el 37.6 por ciento por conducto de sus maestras, el 29.5 por ciento a través de amigas y el 11.6 por medio de su

padre.

Esta estadística nos enseña los diferentes canales de información de la sexualidad, que por género, ha institucionalizado nuestro medio sociocultural. (Lo cual resulta interesantísimo, pues plantea la necesidad de aprovechar los canales ya utilizados, para diseñar una campaña preventiva contra el SIDA que sea eficaz).

En cuanto al nivel escolar en el que desean recibir educación sexual, no varía mucho la respuesta entre los varones y los mujeres, ya que un 28.1 por ciento de los varones y un 30 por ciento en las mujeres, desean recibirla en la primaria; un 69.7 por ciento de los hombres y un 67.6 por ciento de las mujeres, preferirían recibirla en la secundaria; el 55.4 por ciento de los muchachos y el 55.1 por ciento en las muchachas creen conveniente recibir la educación sexual en el nivel bachillerato y un 24.2 en hombres y un 23.9 por ciento en las mujeres prefieren recibir tal educación hasta el nivel superior.

Este deseo de los jóvenes encuestados modificaría la situación de la educación sexual en la actualidad, ya que el mayor peso en información dentro de los programas escolares públicos, es en el quinto año de primaria, donde se imparten

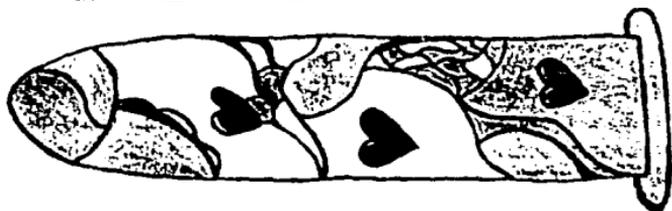
temas específicos de sexualidad, como la menstruación y el ciclo biológico reproductivo.

Para finalizar con este capítulo de la tesis, se retomarán algunas conclusiones del estudio de Monroy y Cols (1986) sobre Educación Sexual y actitudes de jóvenes en dos delegaciones de la Ciudad de México: Al realizar el diagnóstico sobre la situación actual de la educación de la sexualidad concluyen que "muchas veces las clases son impartidas por profesores que no están siempre capacitados adecuadamente, que los jóvenes al recibir estas clases ya tienen en su acervo mucha información sexual en la mayoría de los casos deformada y carente de valores familiares y sociales, y que las clases de educación sexual siguen apoyando una "doble moral" en donde se restringe y limita mucha más a las mujeres que a los varones" (Op cit. pp 104-105).

Sería necesario fortalecer la educación sexual en México a través de programas adecuadamente diseñados para la población dirigida, que sean impartidos por maestros capacitados en esta área que hagan a un lado el sexismo y la enseñanza moralizante. La educación sexual debe dejar de ser un tema particular de la biología, para que pase a ser comprendida en sus múltiples aspectos psicosociales. Los temas relativos al SIDA necesitan insertarse en un programa más amplio de

educación sexual, para que sean comprendidos en ese contexto. De esta manera se podrá educar de tal forma, que los jóvenes no experimenten miedos y culpas, que sean responsables de su cuerpo y de sus conductas dándoles elementos para su autocuidado y el de los demás.

LÀ OÙ  
Y'A



Y'A DU  
PLAISIR

Compagnie  
de promotion  
de FAER Suisse  
CONTRE LE SIDA  
en collaboration  
avec l'Office Fédéral  
de la Santé Publique

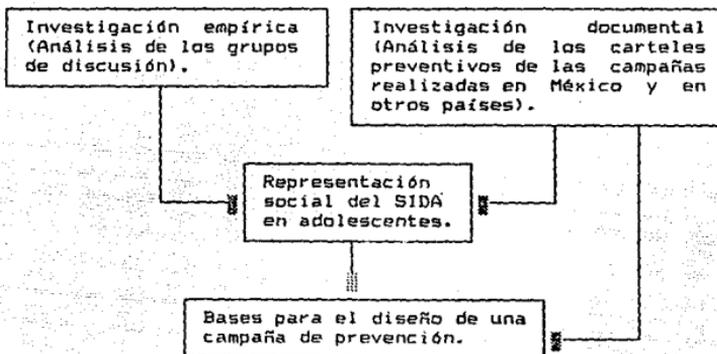
STOP  
SIDA

AIDE SUISSE CONTRE  
LE SIDA - Cour de Moges 40  
Léman 14 8 1127/1417  
tel. 01 201 20 33  
Office Fédéral  
de la Santé Publique  
Boulevard 31  
3007 Berne

## IV. DESARROLLO GENERAL DE LA INVESTIGACION.

## CUADRO:

A continuación se presentan las diferentes etapas por las que atraviesa esta investigación antes de llegar a establecer las bases para el diseño de la campaña de prevención:



## 4.1. Desarrollo de la investigación empírica.

## 4.1.1. Objetivos.

Conocer cómo es la representación social, que del SIDA tienen estudiantes adolescentes de dos escuelas secundarias

(una de enseñanza activa y otra de enseñanza tradicional) en el Distrito Federal y zona metropolitana.

#### 4.1.2. Problema de investigación:

¿Cuál es la representación social que los adolescentes entre los 12 y los 14 años de edad, tienen del SIDA?

#### 4.1.3. Hipótesis.

##### 4.1.3.1. Hipótesis conceptual.

La hipótesis conceptual en la que se fundamenta la investigación es:

"El concepto de representación social designa una forma de conocimiento específico, el saber del sentido común, (...). En sentido más amplio, designan una forma de pensamiento social... La caracterización social de los contenidos o de los procesos de representación han de referirse a las condiciones y a los contextos en los que surgen las representaciones, a las comunicaciones mediante las que circulan y a las funciones a las que sirven dentro de la interacción con el mundo y los demás. (Jodelet, 1984, pp. 474-475)".

#### 4.1.3.2. Hipótesis de trabajo.

Las hipótesis de trabajo fueron:

- I.  $H_0$ : No hay diferencias en la representación social del SIDA entre:
  - a) los diferentes grupos que por sexo integran la investigación (varones de Cd. Neza y varones del Centro Activo Freyre (CAF) y mujeres de Cd. Neza y mujeres del CAF).
  - b) Los diferentes grupos integrados por escuela de procedencia (escuela activa y escuela tradicional).
  
- II.  $H_1$ : La representación social del SIDA es diferente entre:
  - a) los diferentes grupos que por sexo integran la investigación (varones de Cd. Neza, varones del CAF, mujeres de Cd. Neza y mujeres del CAF).
  - b) Los diferentes grupos integrados por escuela de procedencia (escuela activa y escuela tradicional).

#### 4.1.4. Variables.

Las variables que se se estudiaron en esta investigación fueron:

I. Variable dependiente: La representación social del SIDA.

II. Variables independientes: Sexo y escuela de procedencia.

a) Sexo: bajo la manipulación de esta variable se integraron finalmente cuatro grupos: hombres y mujeres de la escuela tradicional y hombres y mujeres de la escuela activa.

b) Escuela de procedencia: Se eligió trabajar con sujetos de dos sistemas diferentes de enseñanza, el sistema activo y el sistema tradicional. Para el primero, se seleccionó al Centro Activo Freyre (CAF), ubicado en Hortencias No. 22, Col. Florida, y para el segundo, se seleccionó a la escuela Secundaria Federal No. 112 que se encuentra en la calle de Tacubaya esq. Coyoacán. Col. Metropolitana 3a. sección en Ciudad Nezahualcoyotl.

#### 4.1.5. Tamaño de la Muestra.

Para conocer cuál era la representación social que del SIDA tenían los adolescentes, se trabajó con un total de 60 sujetos, 30 varones y 30 mujeres. Para llevar a cabo las entrevistas se conformaron 12 grupos con 5 integrantes cada uno. Finalmente, la composición del total de los grupos quedó así:

- 3 grupos de 5 participantes cada uno, integrados por adolescentes varones del CAF.
- 3 grupos de 5 participantes cada uno, integrados por adolescentes varones de la escuela de Cd. Neza.
- 3 grupos de 5 participaantes cada uno, integrado por adolescentes mujeres del CAF.
- 3 grupos de 5 participantes cada uno, integrados por adolescentes mujeres de la escuela de Cd. Neza.

#### 4.1.6. Instrumentos.

Los instrumentos por medio de los cuales se obtuvo la información fueron: un guión de entrevista, 2 grabadoras y 6 cassettes fonomagnéticos.

El guión de entrevista contenía 19 preguntas que se referían a diversos aspectos del campo representacional (ver anexo 1). Los aspectos del campo de representación investigados fueron: "Síndrome y agente" (preguntas, 1, 2 y 3), "Origen" (preguntas 4 y 5), "Formas de contagio" (pregunta 6), "Formas de no contagio" (preguntas 6a), "Dimensión de la epidemia" (preguntas 7 y 8), "Síntomas" (pregunta 9), "Trato a los enfermos" (preguntas 10, 11, 12 y 13), "Prevención" (preguntas 14 y 15), "Fuentes de información" (pregunta 16), "Campañas" (preguntas 17 y 18) y

"Conciencia" (pregunta 19).

#### 4.1.7. Trabajo piloto.

En el piloto se trabajó con dos grupos de cinco sujetos cada uno. Un grupo estuvo integrado por cinco mujeres del CAF y el otro por cinco varones de la escuela de Cd. Neza.

A pesar de que el principal objetivo del trabajo piloto era el evaluar el instrumento, es decir, si se comprendían con claridad las preguntas planteadas, fue en ese ámbito donde hubo muy pocas modificaciones (se suprimieron dos preguntas dirigidas "¿Crees que el SIDA es una enfermedad mortal?" y "¿Es correcta la manera como se le trata a los enfermos?", y se replanteó otra "¿Qué es lo que causa el SIDA?", pues en ambos grupos nos contestaron "la muerte", y no era ese el sentido de la pregunta en relación por ejemplo, a la manera como se aborda la discusión en los grupos.

Con base en la experiencia se hizo lo siguiente: primero, modificamos nuestra actitud inicial frente a los grupos de discusión. Dado que se pensó que podían ser rechazados al tratar un tema que está indisolublemente ligado a la sexualidad, se abordó con "pinzas" el guión de entrevista (el cual se respetó de principio a fin). El lenguaje de los

investigadores resultó acartonado con respecto al que utilizaron los jóvenes y la actitud fue más bien parca. Se comprendió entonces que era necesario ser más flexibles, para rescatar la mayor información posible que los sujetos estaban dispuesto a dar. Fue así que decidimos no restringir más a los participantes y utilizar nuestro guión de entrevista como guía de la discusión. En ese sentido fue que acordamos no limitar la participación de los sujetos, ni en tema ni en tiempo, y darnos las posibilidad de introducir preguntas no acordadas en el guión de entrevista.

Segundo, se incluyeron las siguientes reglas para el mejor funcionamiento de los grupos de discusión. Estableciendo de antemano que no se trataba de un examen y que por lo tanto no debían sentirse presionados ante la entrevista. Se aclaró de qué se trataba, de la siguiente manera: "somos estudiantes de la Facultad de Psicología de la UNAM, estamos realizando nuestra tesis y nos interesa conocer qué es lo que piensan sobre el SIDA. No se trata de que todos estén de acuerdo necesariamente y manifiéstense en desacuerdo si no opinan igual con algo que se diga durante la discusión.

#### 4.1.8. Definición de categorías.

Para poder realizar el análisis de esta investigación

empírica, se hizo necesario establecer una serie de categorías, donde se pudiera incluir todas aquellas respuestas que tuvieran las mismas características. Este es el paso previo que nos llevó al análisis y a la comprensión de la representación social. Las categorías que se establecieron fueron las siguientes:

**Científica.**- Son todas aquellas respuestas que basan su explicaciones en contenidos académicos (medicina, biología, química, etc.) o que retoman la información de fuentes científicas.

**Política.**- Pertenecen a esta categoría todas aquellas respuestas que plantean una situación de conflicto, ya sea entre agrupaciones, países o grupos de la sociedad.

**Social-Cotidina.**- Pertenecen a esta categoría todas las respuestas que plantean relaciones sociales cotidianas en el ámbito de su comunidad o sociedad (se hace hincapié en los roles establecidos, en la moral, en los sentimientos colectivos, etc.).

**Psicológica.** Pertenecen a esta categoría, todas las respuestas que basan sus explicaciones en mitos, creencias, supersticiones, etc.

Indefinida.- Son todas aquellas respuestas que no son socialmente compartidas (que no alcanzan más del 50 por ciento para poder establecerse como categoría compartida).

Nula.- Es cuando los integrantes de los grupos o no responden a la pregunta planteada, o ignoran la respuesta.

#### 4.1.9. Descripción de la investigación empírica.

Una vez conformados los 12 grupos, se estableció el rapport y se dieron las instrucciones para cada uno de estos, siendo el moderador un hombre o una mujer según coincidiera con el sexo de los participantes en cada caso. Las discusiones se llevaron a cabo en ambas escuelas, en espacios amplios como salas de juntas o cubículos, donde se trabajó con tranquilidad. La duración de las discusiones varió de 25 a 40 minutos.

Concluidas ya las 12 entrevistas grupales, se transcribieron de las audiocassettes a una libreta (ver anexo 2 donde presentamos 2 entrevistas completas). Posteriormente, se agruparon las respuestas similares (pregunta por pregunta) y se anotaron las frecuencias con las que fueron pronunciadas. Cesto para cada uno de los grupos de discusión, ver en el anexo 3 un ejemplo). Es importante hacer una explicación para

este último punto. Aquí, al ir agrupando las respuestas se descubrió dos tipos de ellas. Unas contradictorias, que eran cuando algunos sujetos de los grupos de discusión apoyaban una idea, por ejemplo, que el SIDA se había originado por tener relaciones sexuales con monos, y otros participantes apoyaban otra por ejemplo que el SIDA se había originado en un laboratorio norteamericano para acabar con los negros. En esta situación se buscó las frecuencias que apoyaran a cada una de las posiciones y se plasmaron en el reporte. Pero había otro tipo de respuestas que no eran contradictorias sino complementarias. Así ocurrió cuando se les preguntó si conocían las formas de contagio y un sujeto respondía: "teniendo relaciones sexuales con infectados" y otro sujeto nos decía "por recibir sangre contaminada"; y otro se refería a que una madre con SIDA contagia a su producto. En estos casos no había contradicción ni desacuerdo, por lo que se entendieron estas respuestas como complementarias. Los dos tipos de contestaciones se pueden ver con claridad en las tablas de agrupamiento de respuestas por frecuencias (anexo 3).

Terminando el agrupamiento de respuestas, se inició la categorización de las respuestas con base en las categorías establecidas: científica, política, social-cotidiana; psicológica, indefinida y nula. En este proceso de

categorización únicamente se incluyeron aquellas respuestas que fueran mayores al 50 por ciento en cada uno de los cuatro grupos a comparar, hombres del CAF, hombres de Cd. Neza, mujeres del CAF y mujeres de Cd. Neza. Esto con la intención de contar sólo con aquellos conocimientos que se pudieran considerar socialmente compartidos. (ver anexo 4).

El análisis de la tabla de categorización de respuestas, de las gráficas y el análisis estadístico de los datos obtenidos, dieron la pauta para que, junto con el estudio de los procesos dinámicos de la representación social, la objetivación y el anclaje, y la actitud, la información y el campo de representación, se iniciará el análisis de la representación social del SIDA en adolescentes.

#### 4.1.10. Análisis de los resultados de la investigación empírica: Análisis Cualitativo.

En este apartado de la tesis, se realizó el análisis cualitativo de los resultados de la investigación empírica, para que en el siguiente punto, complementemos el análisis a través del enfoque estadístico. Es importante establecer que en este análisis, no se refiere a la representación social como tal. La discusión sobre si existe o no la representación social del SIDA, se plasma en el punto destinado a las

conclusiones.

La mecánica del análisis es la siguiente: la realizamos grupo por grupo, en base a la información obtenida en cada uno de los aspectos del campo representacional. Al finalizar el análisis por grupo se hacen algunas consideraciones generales.

Se comenzará con el grupo de adolescentes varones de Cd. Neza. En cuanto al aspecto del campo representacional, "Síndrome y agente", los jóvenes conciben al SIDA, como una enfermedad que se adquiere por medio del sexo, y hacen énfasis en que son las mujeres de la calle y los homosexuales, los que la difunden. El SIDA, para ellos se produce por los espermatozoides, los testículos y el aparato reproductivo. Es decir, por elementos participantes en las relaciones sexuales. Desconocen las características del organismo que produce el SIDA. Los elementos de su representación son, en este aspecto, social-cotidianos.

En relación al aspecto del campo de representación denominado "origen" (orígenes de la enfermedad), los adolescentes varones de Cd. Neza no expresan una respuesta definida acerca de cómo se originó la enfermedad. Sin embargo, se observa, que entre las varias teorías que

enuncian, hay una tendencia a explicar el origen de la enfermedad mediante una causalidad basada en la sexualidad. "Desde que comenzaron a tener relaciones los hombres con las mujeres", "se originó por las mujeres, por las prostitutas, que se contagiaron y propagaron la enfermedad" y "por el abuso del sexo", son las respuestas, que en un porcentaje un poco menor a la mayoría simple, dieron los miembros de este grupo. Por otro lado, los jóvenes desconocen el lugar donde se generó la enfermedad. Al no contar con elementos compartidos en su representación, sus respuestas se ubicaron en las categorías nula e indefinida.

En cuanto al aspecto del campo representacional referido a las "formas de contagio", los adolescentes de Cd. Neza relacionan la infección del virus, con las formas de ejercer la sexualidad. Las formas de contagio son: "por tener relaciones hombres y mujeres, pero fuera de lo normal", "cuando un hombre besa o tiene relaciones con otro hombre", "cuando tienen relaciones dos mujeres" y "por hacer el amor". En este aspecto del campo representacional, los jóvenes poseen elementos social-cotidianos en sus representación.

"Ni por los besos, ni por el saludo, ni por abrazarse, ni por hablar de frente, ni se contagio en el baño", es la respuesta dada por los varones de Neza, en el aspecto del

campo representacional "formas de no contagio". La respuesta se inserta en la categoría científica ya que está tomada, directamente, de una fuente de información que tiene ese carácter.

En cuanto al aspecto del campo representacional orientado a develar la "dimensión de la epidemia", es importante observar, por un lado, que los sujetos no tienen una idea clara de qué tanto ha avanzado la epidemia en nuestro país, ya que dan una variedad de respuestas, muy distintas, y por otro, los jóvenes continuaron relacionando directamente la sexualidad, con las formas de contagio más frecuentes en México. En las respuestas sobresale la tendencia de señalar a las mujeres como las causantes del contagio, por ejemplo, "yendo con las mujeres de la "candelaria", "tener relaciones con una mujer y luego ir con la esposa" y "por tener relaciones con turistas mujeres de otros países que tienen SIDA". Las respuestas dejan ver el lugar en que los jóvenes conceptualizan a la mujer. Las afirmaciones de los adolescentes varones de Neza, se ubican en la categoría social-cotidiana.

En referencia al aspecto del campo representacional "síntomas", los jóvenes consideran como manifestaciones físicas visibles "el ponerse flacos" y "el cubrirse de

manchas". Estas afirmaciones forman parte de la sintomatología científica del SIDA, por lo que las incluimos en esa misma categoría. Sin embargo, los jóvenes también consideran como evidencias de la enfermedad "por su conducta, por su forma de hablar, de vestirse, como si fueran del sexo femenino". Esta peculiar representación la incluimos dentro de la categoría psicológica.

En el aspecto del campo representacional "trato a los enfermos" se encontraron elementos peculiares en su representación. Los adolescentes varones de Cd. Neza manifestaban por un lado, una gran confianza hacia los médicos y hacia los hospitales afirmando que lo más conveniente es llevar a los enfermos con gente especializada que sabe cómo tratarlos y que en las clínicas de salud los atienden a todos por igual y no los menosprecian. En cambio, opinan que en la sociedad "los hacen a un lado, los molestan, los desprecian, les dejan de hablar y hacen que se decaigan". Estas respuestas se incluyeron dentro de la categoría social-cotidiana.

La información obtenida en el aspecto del campo representacional "prevención" está inscrita por un lado en la categoría científica ya que los jóvenes de Neza manifiestan que el SIDA se previene usando condón, lo cual implica que la

información científica ha permeado a esta población. Por otro lado se inserta en la categoría social-cotidiana pues los sujetos afirman que "no teniendo relaciones con cualquier persona, fijarse bien con quien se mete uno", son formas de evitar la infección. Sin embargo, los jóvenes de Neza dan varias respuestas diferentes, cuando se les interroga acerca de la manera cómo ellos se previenen, lo que indica indefinición al respecto.

En referencia al aspecto del campo representacional "fuentes de información", se observó que los jóvenes de Neza reciben la información a través de los medios social-cotidianos, ya que es por la televisión y por las pláticas que establecen entre ellos, como han ido conformando los elementos que forman su representación.

En cuanto a la información obtenida en el aspecto del campo representacional "campañas", los adolescentes opinan que las campañas preventivas que se han hecho en México "están bien porque pasan información en la tele de cómo prevenirnos y nos dan el teléfono en donde nos dan información". "Es eficiente y ha evitado que haya más enfermos". Aparte de que evalúan bien las campañas, los jóvenes proponen que éstas deben incluir información directa en las escuelas y que se deben utilizar la televisión y la

radio. Ambas respuestas se incluyeron en la categoría social-cotidiana.

Nos corresponde ahora, dentro del análisis de los resultados de la investigación empírica para este grupo en particular, revisar la información obtenida en el aspecto del campo representacional "conciencia". Los adolescentes varones de Neza afirman que, desde que existe el SIDA, sus vidas no se han afectado en nada, pero consideran que sí se afectarían si alguien cercano, algún familiar o amigo se infectara.

Como consideraciones generales se puede anotar lo siguiente:

Primero, una cantidad importante de explicaciones causales acerca de la enfermedad la relacionan directamente con la actividad sexual de las personas. En este sentido el SIDA estaría provocado por un abuso de la actividad sexual o por no hacerlo "como se debe", las mujeres y los homosexuales se consideran como la causa fundamental de la enfermedad. Inclusive el travestismo es para ellos una manifestación física del síndrome.

Es necesario reflexionar también sobre lo que estos jóvenes opinan acerca del trato hacia los enfermos. Ellos

tienen una gran confianza en las instituciones médicas y el personal de salud, mientras que consideran que la sociedad da un trato injusto a los enfermos.

Otro aspecto relevante de los elementos de esta representación lo constituyen sus opiniones acerca de la campaña preventiva ya que ellos consideran que la campaña preventiva gubernamental es oportuna y que ha beneficiado a muchas personas, pues da información y ha evitado que haya más contagios. Sin embargo esto contrasta con el nivel real de información que tienen estos jóvenes, que es muy desigual (no conocen el agente infeccioso, ni sus características, no conocen plenamente las formas de contagio, ni de prevención). También es importante considerar la propuesta que hacen los adolescentes sobre la mejor manera de informar a los jóvenes. Ellos indican que hace falta que personas capacitadas, acudan a las escuelas a dar pláticas y conferencias.

Para concluir con el análisis de los resultados obtenidos en este grupo, mostramos algunas citas expresadas por los miembros durante la discusión:

".. o sea cuando el hombre tiene mucha o sea como quien dice quiere hacer una relación con alguien, entonces la mujer es, como está enferma lo atrae y entonces allí está eso y por

radio. Ambas respuestas se incluyeron en la categoría social-cotidiana.

Nos corresponde ahora, dentro del análisis de los resultados de la investigación empírica para este grupo en particular, revisar la información obtenida en el aspecto del campo representacional "conciencia". Los adolescentes varones de Neza afirman que, desde que existe el SIDA, sus vidas no se han afectado en nada, pero consideran que si se afectarían si alguien cercano, algún familiar o amigo se infectara.

Como consideraciones generales se puede anotar lo siguiente:

Primero, una cantidad importante de explicaciones causales acerca de la enfermedad la relacionan directamente con la actividad sexual de las personas. En este sentido el SIDA estaría provocado por un abuso de la actividad sexual o por no hacerlo "como se debe", las mujeres y los homosexuales se consideran como la causa fundamental de la enfermedad. Inclusive el travestismo es para ellos una manifestación física del síndrome.

Es necesario reflexionar también sobre lo que estos jóvenes opinan acerca del trato hacia los enfermos. Ellos

eso se atrae lo del SIDA" (Grupo 1, Hombres Neza).

"..Luego hay muchachas de otros países, también allá existe el SIDA, que vienen para acá, entonces aquí es donde el hombre las ve y como quien dice, están bien buenas ¿no?, entonces allí es donde se meten con ellas y como ellas traen el SIDA desde hace mucho tiempo, entonces agarran y contagian a los demás" (Grupo 1, Hombres Neza).

"...El SIDA no es contagiable sino por medio de las mujeres que se venden" (Grupo 1, Hombres Neza).

"... No pues como decía Miguel, no juntarse con maricones y no juntarse con "mujeres de la calle", también ¿no?, viene siendo lo mismo" (Grupo 2, Hombres Neza).

"...O sea no caminan bien, sino como si fuera una mujer, pero pues no lo son, aunque lo aparenten, se visten igual se inyectan para que tengan forma" (Grupo 3, Hombres Neza).

"...Solamente las mujeres son las que les, no pues vente vamos a echarnos un 'caldo' y acá y aparte del 'caldo' pues se pasan y ya se siguen con más, son de esas chavas que hacen eso, o sea, porque a mi me lo han dicho ¿no?. Como mi compañero este Meza 'el greñas' ese, que casi nunca entra a

la escuela, se van echar 'caldos' que a una casa y van a ver películas pornográficas y dice que la chava es ahí donde le empieza a pegar en la pierna y no sé yo digo que les ha de gustar. Son más las mujeres que hacen eso, ya los que lo hacen son los hombres más grandes" (Grupo 1, Hombres Neza).

A continuación se analizarán los resultados obtenidos en las discusiones con el grupo de varones del CAF. Para las preguntas que conforman el aspecto del campo representacional "síndrome y agente", se observa que los jóvenes conceptualizan al SIDA basándose en las características propias de la enfermedad. Así, los sujetos afirman que "hay un virus que ataca las defensas del cuerpo, así te las quitas y te puedes morir de lo que sea, poco a poco, de una gripe te puedes morir". Los adolescentes conocen al agente infeccioso, y sobre las características de ese organismo, afirman: "se te mete a la célula y comienza a reproducirse y a invadir a otras, te quita todas las defensas porque te mata todos los glóbulos blancos, se mete al sistema inmunológico y lo traba". Otra descripción de tipo científico, pero menos afortunada que la anterior, es la siguiente: "las células, no me acuerdo bien, tienen que hacer una frase de no me acuerdo cuantos números, tienen que hacer la misma para poder prevenirla o hacer la vacuna". En estas afirmaciones se aprecia con claridad la concepción científica que los sujetos

tienen de la enfermedad, por lo tanto sus respuestas fueron incluidas en la categoría científica.

Toca el turno al aspecto del campo representacional "origen". Aquí los adolescentes varones del CAF sostienen que el virus se creó en un laboratorio norteamericano con la intención de fabricar una arma bacteriológica. Esta respuesta la insertamos dentro la categoría política.

En referencia al aspecto del campo representacional "formas de contagio", los jóvenes plantean las tres formas reconocidas mediante las cuales se contrae la enfermedad. "Por el contacto sexual", "por la transfusión de sangre de un sidoso" y "si la madre tiene SIDA el bebé nace con SIDA", son las afirmaciones que sostienen los sujetos. Las respuestas pertenecen a la categoría científica ya que son precisamente esas fuentes, las que difunden este mensaje.

En cuanto al aspecto del campo representacional "formas de no contagio", los adolescentes consideran que ni por la saliva, ni por saludar de mano, ni por contacto casual, se transmite el virus. Estas respuestas nos indican que los sujetos se han influenciado por la información científica. por lo tanto, sus respuestas se adentran en la categoría científica.

El siguiente aspecto del campo representacional por analizar es el de la "dimensión de la epidemia". Para este aspecto, los jóvenes del CAF carecen de una idea clara sobre el grado de incidencia de la infección en nuestro país, ya que dan una diversidad de cifras que evidencian una posición indefinida al respecto. Pero, por otro lado, afirman que la forma de contagio más frecuente en México es en "la mayor parte por contacto sexual". Sin matizar la respuesta, sin estigmatizar a ningún grupo de la sociedad, la aseveración la incluimos dentro de la categoría científica.

En lo que se refiere al aspecto del campo representacional "síntomas" los adolescentes varones del CAF mencionan como manifestaciones de la enfermedad, la aparición tanto de manchas en el cuerpo, como de ronchas en la boca y en la lengua. Estas manifestaciones aparecen en la etapa terminal de los pacientes, por lo que, de alguna manera, la información científica ha alimentado su conceptualización de los síntomas. Su respuesta pertenece a la categoría científica.

La información obtenida en relación con el aspecto del campo representacional referido al "trato a los enfermos", es la siguiente: los jóvenes del CAF opinan que ante la eventual

destinarían a una persona normal, es decir, ni ser en exceso amable con él, ni rechazarlo. Sin embargo, ante la situación hipotética de que su novia se enfermara, los sujetos no tienen una posición compartida, pues expresan una amplitud muy variable de respuestas, lo que hizo que las adentráramos en la categoría indefinida. Respecto a cómo son tratados los pacientes en la sociedad y en los hospitales, los adolescentes opinan que los desprecian, los aíslan y los discriminan, porque creen que con sólo tocarlos se van a contagiar, además de considerarlos como homosexuales o prostitutas, por el solo hecho de tener SIDA. Su opinión es de que se deben aceptar a las personas como son, respetando sus preferencias sexuales, a la vez de no aislarlos tanto, pero sí tener cuidado. Sus respuestas las incluimos en la categoría social cotidiana.

Para el aspecto del campo representacional orientado a establecer los elementos de la representación en materia de "prevención", se obtuvo la siguiente información: los adolescentes varones del CAF identificaron como formas de prevención el usar condón, el vigilar a través del sello de garantía que la sangre a transfundir haya sido previamente analizada y el utilizar jeringas desechables. Estas respuestas la incluimos en la categoría científica. Por otro lado, los jóvenes del CAF expresan varias respuestas

diferentes acerca de su propia prevención, lo que nos indica que su posición al respecto es indefinida.

Analizando el aspecto del campo representacional que se refiere a las "fuentes de información", pudimos observar que los sujetos acuden a fuentes de tipo social cotidianas. "Por pláticas con la gente", "hablando con mis papás", "los carteles que ponen en el metro", "en la televisión", "en el periódico" y "en folletos", son los medios por los cuales los jóvenes obtienen su información.

En cuanto al aspecto del campo representacional "campaña" los jóvenes del CAF evalúan de manera peculiar a las campañas que se llevan a cabo en México. Según su opinión, no se han hecho los esfuerzos suficientes para que la campaña permanezca, ya que Provida "armó un relajó" para que no dijeran condón, mientras que el Opus Dei y la Iglesia "estorban mucho". Por su parte el Papa prohibió el uso del condón y existe ya una campaña en contra de su uso. Estas respuestas las incluimos dentro de la categoría política. Acerca de sus propuestas para diseñar una campaña dirigida a adolescentes, los participantes expresaron la necesidad de que "se dé información en las escuelas" y que "la televisión, que es un medio masivo muy fuerte, debería pasar propaganda". Estas respuestas pertenecen a la categoría social-cotidiana.

El último aspecto del campo representacional a considerar es el denominado "conciencia", en el cual los jóvenes del CAF manifiestan que desde que existe el SIDA, su vida se ha modificado en el sentido de que ahora se preocupan al respecto y se previenen. Sus aseveraciones las integramos dentro de la categoría social-cotidiana.

Cómo consideraciones generales se puede anotar las siguientes: Es evidente que los adolescentes del Centro Activo Freyre poseen en su representación una mayoría de elementos científicos. Así ocurre en el aspecto del campo representacional "síndrome y agente" donde se aventuran a introducir teorías (no muy claras) de tipo bioquímico. Igual ocurre con los aspectos del campo representacional "formas de contagio", "formas de no contagio" y "síntomas", también cuando enuncian formas de prevención y la forma de transmisión más común en nuestro país. Para estos aspectos del campo representacional se puede inferir que la información científica, ya sea de manera directa o indirecta, ha influenciado la representación de los jóvenes.

Por otro lado resulta interesante el hecho de que los adolescentes del CAF poseen en su representación, elementos de tipo político. Los sujetos de este grupo están persuadidos de que el SIDA se generó a partir de las investigaciones de

norteamericanos en sus laboratorios, que perseguían como fin último, crear una arma bacteriológica. A su vez, los jóvenes afirman que las campañas preventivas contra el SIDA han resultado "pobres" ya que han sido combatidas por instituciones como la Iglesia, el Opus Dei, el Papa y Provida quienes han prohibido el uso del condón.

Los jóvenes del CAF consideran que a las personas infectadas hay que tratarlas de una manera normal, ni ser en exceso amables con ellas, ni rechazarlas. Pero opinan también, que los malos tratos que reciben los pacientes en los hospitales o en la sociedad se debe, principalmente, al desconocimiento de la enfermedad y a la estigmatización de los pacientes.

Son múltiples las fuentes de información a las que acuden los adolescentes del CAF, que van desde la lectura del periódico hasta la plática con sus padres. Sobre las propuestas que los miembros de este grupo hacen para diseñar una buena campaña dirigida a los adolescentes, opinan que es necesario que se acuda a las escuelas para informar allí sobre la enfermedad, aparte de seguir contando con los medios masivos de comunicación. Para concluir con el análisis de los resultados obtenidos en este grupo, se presentaran algunas citas textuales de lo que expresaron los participantes de los

grupos de discusión.

"No, es que las células, no me acuerdo bien, que tienen que hacer una frase de no me acuerdo cuantos números, tiene que hacer la misma para poder prevenirlo" (Grupo 1, Hombres CAF).

"Pues es una enfermedad que si quieres se te contagia y si no quieres no" (Grupo 2, Hombres CAF).

"Yo pienso que a la gente marginada no le llegan estas campañas y no tienen medidas para protegerse" (Grupo 2, Hombres CAF).

"Pero hay otro problema, hay gente demasiado religiosa que piensa que es castigo de Dios. Entonces piensa que por persignarse o cosas así ya no les va a dar" (Grupo 3, Hombres CAF).

"Pero aún así es mala onda porque por ejemplo el dinero que se gasta el gobierno en cosas que no sirven, bueno en ellos, se lo podría gastar más en material para información o sea investigación y eso..." (Grupo 3, Hombres CAF).

"Se necesita mucho dinero, por ejemplo si las grandes

potencias, la URSS y Estados Unidos, no se pasaran tanto tiempo pensando en la guerra y no en una medicina y ciencia. Y eso, que invirtieran todo el dinero, bueno no todo el dinero, pero o sea para fabricar armas y se uniera para hacer la cura, creo que no tardaría tanto". (Grupo 3, Hombres CAF).

"Solamente con siete proyectiles de un portaviones, de esos de lanza misiles, pueden mantener al mundo en un año con comida para todos, entonces se gastan millones en armamento, se deberían gastar más en medicina" (Grupo 3, Hombres CAF).

"Luego también los papás no tienen mucha libertad de hablar con sus hijos, por ejemplo, están viendo los hijos en la tele un anuncio de CONASIDA y le dicen 'deja de ver eso que no sé qué', y luego no los dejan informarse, ni les platican y luego tienen una serie de broncas, esos chavos no saben nada de SIDA" (Grupo 2, Hombres CAF).

Se continuará con el grupo de las mujeres de Cd. Neza. En lo que respecta al aspecto del campo representacional denominado "síndrome v agente", las jóvenes opinaron que el SIDA era una enfermedad incurable, muy grave y producida por un virus. Esta aseveración la incluimos dentro de la categoría científica. En cuanto a las características del organismo que produce el SIDA, las adolescentes mencionaron

que "es un virus que mientras va creciendo, se va deshaciendo en células y se reproduce cada vez más". Esta respuesta de pretensión científica, se incluyen también dentro de la categoría científica.

Son varias las respuestas que las jóvenes de Neza expresan a las preguntas que pertenecen al aspecto del campo representacional "origen", lo que hace que las jóvenes carezcan de conocimientos compartidos que correspondan al cómo y al dónde se generó la enfermedad. Sus respuestas se adentran en la categoría indefinida.

En lo referente al aspecto del campo representacional "formas de contagio", las participantes consideraron que "por tener relaciones con mujeres de la calle", con "mujeres que se venden" con "mujeres elegantes", era una de las formas de transmisión del virus. Por otro lado aseguraron que también "por tener relaciones sexuales fuera del matrimonio o con varias personas (no como debe ser)", era otra forma de contagio. Ambas respuestas las ubicamos dentro de la categoría social-cotidiana. Pero también reconocieron como formas de transmisión de la enfermedad, el que "si la madre está infectada, el bebé nace con SIDA" y "por usar jeringas contaminadas". Estas respuestas las se insertan en la categoría científica.

Con respecto al aspecto del campo representacional "formas de no contagio", las participantes expresaron situaciones ampliamente comprobadas de no transmisión, como el estar junto a una persona con SIDA, el tocar a un infectado y el besarlos, por lo que se decidió incluirlas en la categoría científica.

Nos corresponde ahora analizar las respuestas a las preguntas pertenecientes al aspecto del campo representacional "dimensión de la epidemia", en la cual se puede observar que las participantes de este grupo no tienen una idea clara de qué tanto está extendida la epidemia en nuestro país, por lo que sus varias respuestas se adentraron en la categoría indefinida. Pero, por otra parte, las jóvenes de Neza señalaron que la forma de contagio más frecuente en nuestro país la constituía las relaciones sexuales, respuesta que sin matices, decidimos incluirla en la categoría científica.

En lo que se refiere al aspecto del campo representacional denominado "síntomas", las participantes identifican, en primer lugar, al hecho de que "les empiezan a gustar los hombres", para continuar con "se poden faldas", "se pintan y se dejan el pelo largo" y con "todos sus órganos ya los tienen como mujer, les crecen los pechos y se convierten en

mujeres". "El único cambio que hay es que quieren convertirse en mujeres". Estas consideraciones acerca de lo que las jóvenes toman como manifestaciones físicas de la enfermedad, se incluyó dentro de la categoría psicológica, ya que pensamos que esta representación es producto de una elaboración psicológica.

El análisis de la categoría dió los siguientes resultados: "trato a los enfermos". Las adolescentes de Cd. Neza opinan que el trato que se le debe brindar a una amiga que tuviera SIDA, sería básicamente el mismo sin rechazarla. Dado el caso que su novio se infectara, las jóvenes consideran que "todas los dejaríamos, para que no nos contagie" aunque "le seguiríamos hablando, lo trataríamos como antes, lo apoyaríamos, pero como novias ya no". Ambas respuestas se incluyeron en la categoría social-cotidiana. Por otro lado, las participantes manifiestan desconocer cual es el trato que le dan a los enfermos en las clínicas (por lo que su respuesta se adentró en la categoría nula) y no tienen una posición definida con respecto al trato que la sociedad les brinda a los enfermos.

En cuanto al aspecto del campo representacional "prevención" las jóvenes de Cd. Neza opinan mayoritariamente, que la mejor manera de prevenirse es fijarse bien con quien

se tienen relaciones sexuales, aunque ellas afirman que aún no utilizan ninguna medida preventiva. Ambas respuestas quedaron insertas en la categoría social-cotidiana.

"En la televisión, en las noticias, en el periódico, en la plática con familiares y en las revistas" son los medios a los que acuden las adolescentes de Neza, según lo afirmaron a la pregunta perteneciente al aspecto del campo representacional "fuentes de información", por lo que sus contestaciones se insertaron en la categoría social-cotidiana.

Corresponde ahora hacer el análisis a las respuestas de las preguntas pertenecientes al aspecto del campo representacional "campañas". Las jóvenes de Neza evalúan las campañas preventivas contra el SIDA, positivamente, pues señalan que "están bien, porque dan orientación a las personas para que se prevengan y si ya la tienen, para que no la transmitan. La campaña nos informa y nos ayuda". En cuanto a sus propuestas para diseñar una mejor campaña preventiva dirigida a adolescentes, las adolescentes opinan que se deberían hacer juntas de información abiertas, señalan que es necesario informar, sobre todo, a jóvenes de su edad, ya que apenas van a iniciar su actividad sexual y proponen hacer propaganda en la televisión, en el radio y por medio de carteles en las calles. En ambos casos, sus respuestas se

adentraron en la categoría social-cotidiana.

Con referencia al aspecto del campo representacional denominado "conciencia", las jóvenes de Neza dieron una variedad de respuestas que mostraron indefinición sobre una posible afectación de sus vidas desde que existe el SIDA.

Es importante hacer notar que las jóvenes de Cd. Neza, al igual que los varones de su mismo grupo, poseen en su representación sobre formas de contagio, elementos de tipo social-cotidiano donde las relaciones extramaritales, al igual que el tener relaciones sexuales con "mujeres de la calle", con "mujeres elegantes", constituyen las formas principales de contagio.

Es interesante observar, que las adolescentes mujeres de Cd. Neza tienen representaciones científicas en varios aspectos del campo representacional. Por ejemplo, en "síndrome y agente", las jóvenes poseen una conceptualización tanto del SIDA, como de su agente infeccioso, de tipo científico. Igual ocurre con los aspectos del campo representacional "formas de contagio" (donde también la comparten con una representación social-cotidiana). "formas de no contagio" y "dimensión de la epidemia" (en cuanto a la principal forma de contagio en México).

La información obtenida en el aspecto del campo representacional "síntomas" es particularmente importante. Las adolescentes mujeres de Cd. Neza, al igual que los jóvenes de su mismo grupo de pertenencia, han establecido una relación muy estrecha entre el travestismo, transexualismo y el amaneramiento como sintomatología de la enfermedad. Esta es, sin lugar a dudas, un elemento distintivo de su representación.

Las adolescentes opinan que a los enfermos de SIDA se les debe brindar el mismo trato que a una persona no infectada. Las jóvenes manifiestan también, que dejarían a sus novios para que ellas no se enfermaran, si éstos estuvieran contagiados con el VIH. Pero, por otro lado, manifiestan desconocer como son tratados los enfermos en las clínicas y no tienen opinión definida a este respecto.

Al igual que los varones de Cd. Neza, las mujeres de este grupo afirman que la forma de prevenir la enfermedad es fijándose bien con quien se van a establecer las relaciones sexuales. Otro punto de coincidencia entre ambos grupos, consiste en su evaluación positiva hacia las campañas preventivas que se realizan en México, pues informan y ayudan. Además de proponer que se hagan juntas de información dirigidas en especial a gente de su edad.

Se concluye que: el análisis de este grupo, anotando algunas citas que nos muestran el pensamiento propio de estas jóvenes.

"Hay inyecciones también para el SIDA, para que les crezca el pecho y se formen como mujer, hay unos pues que se operan" (Grupo 2, Mujeres Neza).

"No porque nosotras las mujeres ya estamos formadas, ya no tenemos necesidad de que nos peguen el SIDA" (Grupo 2, Mujeres Neza).

"El SIDA significa que es cuando una mujer tiene relaciones con bastantes hombres y uno de ellos está casado, tiene relaciones con esa persona, éste se lo contagia a su familia, su familia los tiene, su mujer y su hijos también, se hace una enfermedad más familiar y también pues la verdad empieza a traducirse más en la población" (Grupo 3, Mujeres Neza).

"SIDA significa la mitad que es una epidemia, pues se puede traducir muy rápido y la otra mitad significa que es sensual" (Grupo 3, Mujeres Neza).

"Cuando les da SIDA, es cuando ya les empiezan a gustar

los hombres, se quieren pintar. Como yo conozco a una persona que iba a los bailes, se empezó a poner faldas y se pintan. Un hombre tiene su pelo hasta acá y ya se hace una mujer" (Grupo 3, Mujeres Neza).

Corresponde ahora hacer el análisis de resultados obtenidos en el grupo de adolescentes mujeres del Centro Activo Freyre. En lo que se refiere al aspecto del campo representacional denominado "síndrome y agente", las jóvenes del CAF vierten elementos de tipo científico en sus explicaciones sobre la enfermedad. Un ejemplo de lo anterior constituye esta respuesta "es una enfermedad que se transmite por medio de un virus que afecta a todo el cuerpo y hace que no tengas defensas para cualquier tipo de enfermedad. Por ejemplo, de gripa te pones muy mal o te puedes morir de cualquier cosa. Uno siempre tiene las enfermedades dentro, te mata las defensas y te puedes enfermar de mil cosas". De igual manera tienen una concepción científica del agente infeccioso y de sus características, por ejemplo "el virus cambia la información genética de las células". Todas las respuestas se incluyeron en la categoría científica.

Las jóvenes del CAF dieron respuestas que las incluimos en la categoría política en el aspecto del campo representacional "origen". Así, para las participantes, "los gringos"

crearon el virus en sus laboratorios, para utilizarlo como arma bacteriológica en la guerra, ya sea para matar nicaraguenses o negros.

En lo que respecta al aspecto representacional "formas de contagio", las adolescentes identificaron las vías de infección reconocidas y señaladas en la información preventiva y en textos especializados como el de que "por los vasos sanguíneos que se rompen en las relaciones sexuales por vía anal". Enunciaron, principalmente las tres vías de contagio, sexual, sanguínea y perinatal. Sus respuestas las insertamos en la categoría científica.

Señalaron también, en el aspecto del campo representacional denominado "formas de contagio" vías por las que no se transmite el VIH. "Los mosquitos no la pueden transmitir" y "ni por la saliva". Ambas respuestas con fundamento científico, fueron incluidas precisamente en esa categoría.

En lo que se refiere al aspecto de campo representacional "dimensión de la epidemia", las adolescentes del CAF muestran indefinición en cuanto hace, al grado de incidencia de la infección en nuestro país, ya que señalan una gran variedad de cifras, que demuestran que no hay conocimientos

compartidos al respecto. Sin embargo, poseen una representación de tipo científico en relación a la vía principal de infección en México.

Las adolescentes del CAF identifican, en el aspecto del campo representacional "síntomas", varias manifestaciones físicas de la enfermedad. "Se ponen flacos", "les salen manchas en todo el cuerpo" y "les dan diarreas muy continuamente" son síntomas que evidencian el síndrome. Sus respuestas se incluyeron dentro de la categoría "científica".

En el aspecto del campo representacional "trato a los enfermos" se obtuvo la siguiente información. Las participantes no tienen una opinión definida en cuanto al trato que debe recibir una amiga cercana si ésta tuviera SIDA. Pero en una situación hipotética similar, donde fuera su novio el que estuviera infectado, responden "terminaríamos con él, le decimos que mejor como amigos sin alejarnos de él. Sería en beneficio de los dos, uno para que no le dé y otro para que no sienta responsabilidad". En referencia a cómo son tratados los enfermos tanto en los hospitales como en la sociedad, las jóvenes consideran que los enfermos son bastante discriminados, sufren encierros y los aíslan. En los hospitales son maltratados e incomprendidos por el personal médico. Estas situaciones encuentran su base en que la gente

está mal informada y eso les produce miedo. Sobre este trato, las participantes piensan que en el caso de las enfermeras, eso está muy mal, ya que como personal de salud deberían tener una idea de lo que es el SIDA, pero por otro lado señalan "ese trato está mal, porque esta enfermedad, la puede adquirir cualquier persona. Por qué hay que ayudarlos, dado que aún no tienen cura y no importa como lo hayas adquirido". Todas sus respuestas se adentraron en la categoría social-cotidiana.

En cuanto al aspecto del campo representacional denominado "prevención", las adolescentes del CAF mencionan tres formas reconocidas para prevenir la infección por el VIH, tales como el uso del condón, el no utilizar jeringas usadas y el asegurarse que la sangre a transfundir haya sido previamente analizada. Estas respuestas se insertan dentro de la categoría científica. Por otro lado, las jóvenes expresaron varias respuestas diferentes en la pregunta formulada para conocer cómo se previenen actualmente, lo que hizo que sus respuestas se incluyeran en la categoría indefinida.

Es importante observar que las respuestas dadas en el aspecto del campo representacional "fuentes de información", pertenecen a dos categorías. Por un lado, las jóvenes del CAF señalaron que un medio importante de información, lo

constituyen las pláticas con familiares, respuesta que fue incluida en la categoría social-cotidiana. Pero a su vez, afirmaron que ha sido a través de conferencias que les han dado en la escuela, como también se han ido informando. Esta última respuesta se insertó dentro de la categoría científica.

En lo que se refiere al aspecto del campo representacional denominado "campañas", las adolescentes del CAF opinaron acerca de las campañas preventivas realizadas en México, las cuales desde su punto de vista, han resultado "pésimas" ya que Provida ha prohibido los anuncios. Pero "Super-barrio" ya sacó unos carteles con la mujer maravilla, para ponerlos en los barrios". También señalan que mucha gente niega las campañas, entre ellas los cristianos que han prohibido el uso del condón. Estas aseveraciones las incluimos dentro de la categoría política. Acerca de la respuesta de las personas hacia las campañas, las jóvenes afirman que "la gente no va a hablar por teléfono ni va a ir a CONASIDA por flojera o porque le da pena". Esta respuesta se insertó dentro la categoría social-cotidiana. Las propuestas que las participantes hacen para diseñar una buena campaña dirigida a adolescentes, se basa en que se debe informar a través de pláticas y conferencias a todas la población. Esta debe comenzar en la escuela, abarcando la primaria, la secundaria

y la preparatoria o ir directamente a las casas de las gentes a informar y acudir a los parques y las unidades. Estas propuestas se insertaron en la categoría social-cotidiana.

En lo referente al aspecto del campo representacional "conciencia", las jóvenes del CAF opinaron que a ellas poco les ha afectado en sus vidas el hecho de que exista el SIDA, ya que sienten la enfermedad como algo muy lejano.

En cuanto a las consideraciones generales de los resultados obtenidos en este grupo se hará énfasis en dos importantes elementos de la representación que son características de los grupos del CAF. Por una lado está la información obtenida en el aspecto del campo representacional "origen" en el cual las participantes afirmaron que el SIDA fue creado en un laboratorio norteamericano con la intención de crear una arma bacteriológica, lo que nos señala indudablemente, una representación política. Por otro lado, se observa que las jóvenes mantienen una postura crítica en relación con las campañas que se han llevado a cabo en nuestro país, donde identifican a los actores principales del conflicto, es decir CONASIDA, Provida, Opus Dei, Iglesia, etc., lo que hace que esta representación sea también política.

Otras características del pensamiento de las jóvenes del CAF, las constituyen las gran cantidad de categorías científicas en las que se insertaron sus respuestas. Así ocurre en los campos representacionales "síndrome y agente", "formas de contagio", "formas de no contagio", "síntomas", "prevención", "dimensión de la epidemia" y "fuentes de información". Lo que supone que buena parte de la información científica que circula, ha influenciado en la construcción de su representación social sobre el SIDA.

Otro aspecto importante que debe ser considerado es el de la opinión de las jóvenes del CAF acerca de cómo son tratados los enfermos de SIDA en la sociedad y en los hospitales. Ellas afirman que en general la sociedad los desprecia y los aísla y que en los hospitales se les maltrata y se les aparta. Resulta interesante observar que esta opinión, compartida también por los varones de este grupo, difiere radicalmente de la opinión expresada por los jóvenes de Neza.

Se debe reflexionar en lo siguiente, a pesar de toda la información con lo que cuentan estas jóvenes, ellas manifiestan que sienten la enfermedad como algo muy lejano, lo que indicaría que el cúmulo de información no las ha sensibilizado del todo.

Para terminar con este apartado se anotarán una serie de citas que expresan el pensamiento propio de las adolescentes.

"Bueno, es que una amiga trabaja en CONASIDA, entonces nos contó que había un muchacho en el hospital que tenía SIDA y que se murió, porque ya se murió, pero no se murió de SIDA, se murió de hambre porque ninguna enfermera le quería llevar de comer" (Grupo 1, Mujeres CAF).

"Si, yo vi que ellas, las prostitutas, si no era con condón les dan una patada y se van" (Grupo 1, Mujeres CAF).

"Aparte, bueno, se me hace medio ilógico, que le den más importancia a la drogadicción que al SIDA, porque la drogadicción, a pesar de que uno no esté informado, pues ya, si uno quiere" (Grupo 1, Mujeres CAF).

"Si mi novio tuviera SIDA, yo lo querría muchísimo más".  
(Grupo 2, Mujeres CAF).

"Mi mamá me dice 'siempre que quieras tener una relación sexual, exige el condón hija, exígelo' así me dice mi mamá".  
(Grupo 2, Mujeres CAF).

"Yo pienso que desde antes de que hubiera, que empezara a

subir el nivel de enfermos de SIDA, deberían de haber dicho todo esto, porque antes ni acá del condón, el condón, o sea ¿qué es eso?" (Grupo 2, Mujeres CAF).

"Mi maestra me dijo que era un virus, que la información de todos los cromosomas eran iguales, pero eran 21 diferentes, algo así, entonces que por eso no lo podían agarrar, porque es como si nosotros fuéramos con la misma información genética, pero distinta" (Grupo 3, Mujeres CAF).

"No es, aunque lo hayas adquirido como lo hayas adquirido, debes estar bien atendido, no te tendrían que discriminar por nada" (Grupo 3, Mujeres CAF).

"... o sea, hasta que alguien que sea más cercano, se muera de SIDA, yo creo que se va a cambiar un poco, porque yo al menos no creo que las cifras sean tan bajas aquí en México y hasta que se muera alguien cercano no lo voy a sentir" (Grupo 3, Mujeres CAF).

Para concluir con este análisis, se puede consultar el anexo No. 5, en donde se encuentra la tabla que describe de manera general los resultados de la investigación empírica.

#### 4.1.11. Análisis estadístico de los resultados de la investigación empírica.

Con la intención de contar con pruebas que validaran los resultados obtenidos, se recurrió tanto de la estadística inferencial como de la descriptiva.

De la estadística inferencial no paramétrica se utilizó la prueba de la Chi cuadrada ( $\chi^2$ ) para establecer si existían diferencias significativas entre los resultados de cada grupo.

De la estadística descriptiva se utilizaron, gráficas de barras con sus respectivos porcentajes, para exponer los resultados de los grupos comparados.

La  $\chi^2$  utilizada para comparar los resultados de los cuatro grupos: Hombres de Cd. Neza, Hombres del CAF, Mujeres de Cd. Neza y Mujeres del CAF, dió como resultado que se acepta la  $H_0$  y por consiguiente se observó que no existían diferencias significativas entre los grupos (ver anexo No. 6).

Se realizó otra  $\chi^2$  para determinar si existían diferencias significativas entre los grupos de Neza y del CAF. El resultado hizo que rechazamos la  $H_0$  y se afirma que sí

existen diferencias significativas entre los grupos (ver anexo No. 7).

En la prueba de la  $X^2$  para determinar si existían diferencias significativas en los resultados obtenidos entre los grupos de hombres y mujeres, dió un resultado menor a la  $X^2$  esperada, por lo que aceptamos la  $H_0$  y se dice que no existen diferencias significativas entre los grupos (ver anexo No. 8).

Al realizar la prueba de la  $X^2$  para comparar los resultados obtenidos entre ambos grupos de Cd. Neza se concluyó que no existen diferencias significativas entre los grupos (ver anexo No. 9).

En la prueba de  $X^2$  para determinar si existen diferencias en los resultados entre hombres del CAF y mujeres del CAF, aceptamos la  $H_0$  y se dice que no existen diferencias significativas entre los grupos (ver anexo No. 10).

Al aplicar la prueba de la  $X^2$  para encontrar diferencias significativas en las respuestas de los grupos de mujeres de Cd. Neza y mujeres del CAF, el resultado obtenido fue menor que la  $X^2$  esperada por lo que se acepta la  $H_0$  y se afirma que no existen diferencias significativas entre los grupos (ver

anexo 11).

La prueba de la  $\chi^2$  para comparar a ambos grupos de hombres, los de Neza y los del CAF, dio un resultado superior a la  $\chi^2$  esperada, por lo se rechaza la  $H_0$  y se dice que sí existen diferencias significativas entre los grupos. (ver anexo No. 12).

Al realizar la prueba de la  $\chi^2$  para determinar si existían diferencias significativas en los resultados de los grupos de hombres de Neza y mujeres del CAF, se obtuvo una  $\chi^2$  superior a la  $\chi^2$  esperada, por lo que se rechaza la  $H_0$  y afirmamos que sí existen diferencias significativas entre los grupos (ver anexo No. 13).

Finalmente, se realizó una prueba de  $\chi^2$  comparando los resultados obtenidos en los grupos de hombres del CAF y de mujeres de Cd. Neza. El resultado de la prueba hizo que se aceptara la  $H_0$  y que se afirme que no existen diferencias significativas entre los grupos (ver anexo No. 14).

Para resumir, se puede observar que existen diferencias significativas en los resultados entre los siguientes grupos: Neza y CAF, hombres Neza y hombres CAF y hombres Neza y mujeres CAF. No existen diferencias significativas en las

comparaciones de los siguientes grupos hombres Neza; hombres CAF, mujeres Neza y mujeres CAF; hombres y mujeres; hombres Neza y mujeres Neza; hombres CAF y mujeres CAF; mujeres CAF y mujeres Neza y hombres CAF y mujeres Neza.

En el anexo No. 15, se puede observar como se distribuyen las respuestas por categoría en cada uno de los cuatro grupos participantes en la investigación empírica. Al encontrar mediante la  $X^2$  que existen diferencias significativas entre los grupos CAF y Cd. Neza, se decidió mostrar esas diferencias a través de gráficas de barras.

Así, en el anexo No. 16 se muestra una gráfica de barras donde se muestra que el 61.7 por ciento del total de respuestas pertenecientes a la categoría "social-cotidiana" pertenece al grupo de Cd. Neza, por el 38.2 que pertenece al grupo del CAF.

En el anexo No. 17 se muestra la distribución en ambos grupos del total de respuestas pertenecientes a la categoría "científica", de las cuales el 65.3% pertenece al CAF y el 34.6% al grupo de Neza.

En el anexo No. 18 se muestra la distribución en los grupos del total de respuestas de la categoría "política" en

la cual el 100% pertenece al CAF y el 0% a Neza.

En el anexo No. 19 se puede apreciar la forma como se distribuye en los grupos el total de respuestas pertenecientes a la categoría "psicológica". El 100% en el grupo de Neza y el 0% en el grupo del CAF.

En el anexo No. 20 se muestra cómo se distribuye el total de respuestas pertenecientes a la categoría "indefinida", en el cual el 57.1% pertenece al grupo de Cd. Neza y 42.8% al grupo del CAF.

Para finalizar se puede observar en la tabla No. 21, la forma cómo se distribuye en ambos grupos, el total de respuestas pertenecientes a la categoría "nula". El 100% pertenece al grupo de Cd. Neza y el 0% al grupo del CAF.

#### 4.1.12. Conclusiones y discusión.

Se llega por fin, al punto en el que se debe exponer las conclusiones derivadas de la discusión sobre los datos obtenidos en la investigación empírica. Se comenzará el desarrollo de este punto retomando el debate, apenas enunciado anteriormente, de si existe representación social en cada uno de los grupos o si no existe. Posteriormente se

identificarán ambos mecanismos de la representación social, es decir, al anclaje y a la objetivación. Concluyendo este apartado se analizarán los elementos constitutivos de la representación social, que son: la actitud, la información y el campo de representación.

Vale la pena comentar que una vez que se ha concluido el análisis de los resultados, se entrará en un fructífero debate acerca de qué interpretación se puede dar a los datos. Parece evidente que los adolescentes del CAF compartían mayormente su conocimiento sobre el SIDA en relación a los jóvenes de Cd. Neza (se comprueba al observar que coincidían en 18 categorías, mientras que los de Neza solo en 11) y se piensa que se podría hablar de la existencia de una auténtica representación social en este grupo. El problema surgió cuando se abordan los datos obtenidos en el análisis del grupo de jóvenes de Cd. Neza. Allí no sólo se encontraron hechos empíricos que apoyaban tanto la idea de que no existía representación social (existencia parcial de un conocimiento socialmente compartido) como la idea de que sí existía esa representación social. (elementos distintivos en su representación) por lo que se entró en un debate sino teórico en donde encontramos autores que apoyaban a ambas posiciones.

Por un lado, nos podíamos apoyar en los argumentos de Claudine Herzlich, quien citando a Moscovici señala las tres condiciones que debe tener la representación social que son: dispersión de la información, desigualdad de focalización y presión a la inferencia. Nos interesó fundamentalmente la primera condición, de la que dice "Ante todo siempre hay - dice Moscovici - dispersión de la información y desfase entre la efectivamente presente y la que sería necesaria para constituir el fundamento sólido del conocimiento" (Herzlich, 1975, pp. 397). Esta afirmación aunada al razonamiento de que la representación social como forma de conocimiento del sentido común no debe tener condiciones de estructuración (en el sentido de las teorías científicas, que es otra forma distinta del conocimiento) que validen su existencia, nos llevó a apoyar en un inicio, esta postura.

Sin embargo, nos encontramos con otra argumentación que manifestaba un planteamiento distinto. Esta es la postura de Tomás Ibañez (1988) quien dice "ciertos autores insisten sobre el carácter estructurado de las representaciones sociales. Es el caso, por ejemplo, de Di Giacomo: "Todo conjunto de opiniones no constituye sin embargo una representación social..., el primer criterio para identificar una representación social es que esté estructurada" (Di Giacomo, 1987)... "Puede que un determinado objeto tan sólo

dé lugar a una serie de opiniones y de imágenes relativamente inconexas. Esto nos indica también que no todos los grupos o categorías sociales tienen que participar en una representación social que les sea propia. Es posible, por ejemplo, que un grupo tenga una representación social de un cierto objeto y que otro grupo se caracterice tan sólo por el hecho de disponer de un conjunto de opiniones, de informaciones o de imágenes acerca de ese mismo objeto, sin que esto suponga la existencia de una representación social" (Ibañez, 1988, pp. 34-35).

El debate (no sólo en el contexto de esta tesis) plantea un problema teórico a lo interno de la propia teoría ya que se puede plantear ¿cuál es el grado de estructuración que debe tener una representación social para poder considerarse como tal?. El propio Ibañez identifica ese problema cuando afirma "una representación social no es un cajón de sastre donde se amontonan elementos dispares y más o menos inconexos, sino que se presenta como una unidad funcional fuertemente organizada. Esto significa, por una parte, que los diversos elementos se funden en una estructura integradora, pero, por otra parte, queda planteada la difícil cuestión de saber cómo es posible compaginar esta heterogeneidad constitutiva con las exigencias de una fuerte estructuración". (Op. cit., pp. 46).

La manera en que se resolvió este dilema fue aceptando, por un lado, que el conocimiento que en torno al SIDA tienen los jóvenes de Neza (a diferencia de los del CAF) no está totalmente estructurado, pues hay lagunas evidentes en su representación. Pero también se reconoció que entre los jóvenes de Neza hay elementos socialmente compartidos que pueden indicar la existencia de un proceso de construcción de la representación social.

No se puede rechazar la idea de que existan elementos socialmente compartidos en el grupo de adolescentes de Ciudad Neza, que en su mayoría son del tipo social cotidiano. Ni podemos hablar acerca de una unidad funcional fuertemente organizada. Si se concibe a la representación social como un proceso, no sólo como un producto, bien se puede sostener la conclusión antes expuesta. Los integrantes del grupo de Neza están integrando conocimientos nuevos en su construcción de la representación social del SIDA.

Ahora bien, ya se ha afirmado que existe una representación social del SIDA en los integrantes del grupo del CAF y un proceso de construcción del SIDA en los jóvenes de Cd. Neza, ¿cuáles son entonces las características de estas representaciones?.

Los elementos de la dinámica de la representación social: la objetivación y el anclaje nos ayudarán a establecer estas características. Se comenzará con los miembros del CAF. Parece, después de haber realizado el análisis de los resultados de la investigación empírica y después de haber categorizado las respuestas, que hay suficientes datos como para concluir que la representación social del SIDA en los jóvenes del CAF es de tipo científico.

La objetivación del SIDA en los jóvenes del CAF se manifiesta con claridad en las respuestas que dan directamente sobre la enfermedad. Es decir, los elementos de la objetivación serían: la salud del individuo está resguardada por unas defensas, las cuales no permiten entrar a cualquier enfermedad. El virus entra por vías claramente identificadas: sexual, sanguínea y perinatal, llega hasta el aparato inmunológico y acaba con sus defensas, dejando al cuerpo en total indefensión ante cualquier enfermedad. Estas enfermedades llegan al organismo humano y éste muere. (Esta descripción bien podría ser corporizada a través de una metáfora bélica). Este elemento central, que inclusive podría trazarse como un núcleo figurativo, es compartido socialmente entre los miembros del grupo del CAF.

El anclaje del SIDA en su red preestablecida de categorías

y conceptos se da, de la siguiente manera: los jóvenes del CAF integran al SIDA, como enfermedad, dentro de su red de conocimientos científicos. Esto resulta obvio cuando los jóvenes aventuran teorías (que algunas resultan desafortunadas) acerca de la acción del VIH por ejemplo: "Las células, no me acuerdo bien, tienen que hacer una frase de no me acuerdo cuántos números, tienen que hacer la misma para poder prevenirla o hacer la vacuna". "Es un virus mutante que cambia constantemente. Hasta ahora no saben como curarlos, porque hay tantos tipos y van cambiando que no saben que tipo de SIDA es el que tienen". "El virus cambia la información genética de tus células". Estos ejemplos muestran con claridad que la comprensión que los jóvenes tienen de la enfermedad es indisociable de sus conocimientos de diversas disciplinas como la biología, la medicina, la genética, etc.

Si la representación social que los jóvenes del CAF tienen, parte fundamentalmente de la enfermedad misma, es decir de sus aspectos biológicos, se puede observar que no ocurre lo mismo con los jóvenes de Cd. Neza, quienes desconocen o no tienen un conocimiento acabado de los aspectos biológicos de la enfermedad y que basan su representación en los aspectos social-cotidianos de la misma.

La objetivación del SIDA en los adolescentes de Cd. Neza

se da, según se observó nosotros, de la siguiente manera: El SIDA es el resultado (que bien podríamos denominar castigo) de una conducta sexual anormal o desordenada y que se representa en los aspectos social-cotidianos de la misma.

La objetivación del SIDA en los adolescentes de Cd. Neza se da, según se observó, de la siguiente manera: El SIDA es el resultado (que bien podríamos denominar castigo) de una conducta sexual anormal o desordenada y que se puede evidenciar por formas de conducta determinadas. Así, el travestismo, el transexualismo, la conducta afeminada etc. son casos concretos, corporizaciones de la enfermedad. La enfermedad vista como un castigo a la actividad sexual anormal, el no hacer las relaciones como se debe, las relaciones homosexuales, el ir con "las mujeres de la candelaria" y luego tener relaciones con la esposa, el tener relaciones entre mujeres etc., son ejemplos de conductas que devienen en SIDA. Esta objetivación es socialmente compartida entre los miembros de este grupo.

El anclaje del SIDA en este grupo se da de la siguiente manera: El SIDA se inserta en la red de conceptos que articulan las relaciones sociales, es decir, el SIDA adquiere sentido o relevancia no como una enfermedad en sí misma, sino cuando se establece una relación social determinada. Por

ejemplo, cuando uno va con "mujeres elegantes"; cuando tiene relaciones con una turista extranjera que tiene "harto SIDA" o porque uno invita a una chava a salir y luego ya no es una vez, sino varias veces o porque una conoció a un muchacho en su colonia que después terminó pintándose y vistiéndose como mujer, etc. El SIDA se conforma en un eslabón que articula la comprensión de situaciones cotidianas.

Para este análisis de la dinámica de la representación social, se retoma las características del pensamiento de ambos grupos, que de manera eminente, surgieron durante el desarrollo de la investigación. Ahora se continuará con el análisis de los elementos constitutivos de la representación social, la actitud, la información y el campo de representación.

"La actitud se manifiesta como la disposición más o menos favorable que tiene una persona hacia el objeto de la representación y expresa por lo tanto la orientación evaluativa en relación hacia ese objeto" (Ibañez, 1988, pp. 46).

Evaluando la actitud de los adolescentes del CAF hacia el SIDA encontramos que en su mayor parte, ésta resultó neutra. Así ocurrió en los siguientes aspectos del campo representacional: "síndrome y agente", "formas de contagio",

"síntomas", "prevención", "fuentes de información" y "conciencia". En lo que hace al aspecto del campo representacional "origen", pudimos notar que los jóvenes del CAF mostraron una actitud negativa hacia la forma como ellos piensan que se originó el virus, es decir, el virus que fue creado en los laboratorios de los "gringos" cuando desarrollaban una arma bacteriológica.

En cuanto al aspecto del campo representacional denominado "trato a los enfermos", los adolescentes del CAF tuvieron una actitud positiva hacia el trato que se les debe brindar a los enfermos; sean estos amigos, parientes, novios, etc. pero mostraron también una actitud negativa hacia el trato que se les da a los pacientes, tanto en los hospitales como en la comunidad. Un buen ejemplo de esto sería la afirmación "había un muchacho en el hospital y que se murió, porque ya se murió, pero no se murió de SIDA, se murió de hambre porque ninguna enfermera le quería dar de comer". Otra actitud negativa, la tienen los jóvenes del CAF hacia las campañas llevadas a cabo para prevenir el SIDA en México. Las califican de pobres o de pésimas debido a que han sido boicoteadas por Provida por la iglesia o por el Opus Dei.

La actitud de los adolescentes de Cd. Nezahualcóyotl hacia el SIDA es en general, negativa. Así ocurre en los aspectos del campo

representacional "síndrome y agente" donde afirman que "es una enfermedad que les da por el sexo a las mujeres de la calle porque se las violan y a hombres que tienen relaciones con otros hombres"; en "formas de contagio" afirman que se obtiene el SIDA por tener relaciones sexuales fuera del matrimonio, no como debe ser; en "síntomas" donde consideran como evidencia física del SIDA "por su conducta, su forma de hablar, de vestir, como si fueran del sexo femenino" y en "prevención" donde manifiestan que la forma de evitar la infección es "no teniendo relaciones con cualquier persona, fijarse bien con quien se mete uno".

Sin embargo, muestran actitudes positivas en "tratos a los enfermos"; y en "campañas" donde manifiestan una actitud positiva hacia las campañas preventivas llevadas a cabo en México para prevenir al SIDA.

"La información remite a la suma de conocimientos poseídos a propósito de un objeto social, a su cantidad y a su calidad (más o menos trivial u original por ejemplo)". (Herzlich, 1975, pp. 399). En este sentido, podemos darnos cuenta de que la información se distribuye de manera desigual, tanto en términos cuantitativos como cualitativos, en los dos grupos.

Resulta evidente que existe una mayor información en el

grupo de adolescentes del CAF que en el grupo de adolescentes de Cd. Neza, la diferencia en la cantidad y la calidad de información que gozan los jóvenes del CAF, se debe a su propia posición en la estructura sociocultural. Estos jóvenes que estudian en una escuela activa, son en una gran mayoría, hijos de intelectuales o de científicos que se han desarrollado en un medio donde se privilegia el conocimiento científico y el razonamiento intelectual. Situación que contrasta con la de los jóvenes de Cd. Neza que son hijos de obreros, de trabajadoras domésticas, para los cuales el conocimiento revelante está en función de que le dé posibilidades de desempeñar un trabajo remunerado. Es esta ubicación en la estructura social la que determina el tipo de representación social que cada grupo tiene. Los adolescentes del CAF de tipo científico y los jóvenes de Cd. Neza de tipo social-cotidiano. Pero continuando con el análisis de la información, es evidente que aunque comparten muchos medios de comunicación para estar informados sobre el SIDA, varían en algunos, por ejemplo la principal fuente de información en los adolescentes de Cd. Neza es la televisión, mientras que la principal fuente en los jóvenes del CAF son las pláticas con familiares.

Esta última situación plantea de inicio la posibilidad de que la información puede ser retroalimentada. Es también

importante observar que los jóvenes del CAF tienen acceso a una mayor diversidad de fuentes informativas.

"El campo de representación hace referencia a la ordenación y a la jerarquización de los elementos que configuran el contenido de la misma. Se trata concretamente del tipo de organización interna que adoptan esos elementos cuando quedan integrados en la representación" (Ibañez, 1988, pp. 47).

Resulta claro que con respecto al campo representacional, los adolescentes del CAF, que cuentan con una representación social integrada del SIDA, tienen una jerarquización que parte de los aspectos biológicos de la enfermedad, de las características mismas del virus, su acción dentro del cuerpo humano, cómo acaba con los glóbulos blancos, cómo se reproduce, etc. De allí, de ese núcleo, parten muchas opiniones acerca de cómo se generó, de cómo son tratados los enfermos en la sociedad y en los hospitales y mucha información acerca de cómo se previene uno de la enfermedad y cómo se contrae etc. Esta jerarquización de los elementos de la representación social, no solamente aparece muy clara en su estructuración, sino que parece muy sólida dado que es ampliamente compartida entre los miembros de este grupo.

En el caso de los jóvenes de Neza parece que no se puede hablar acerca de una jerarquización integrada de los aspectos del campo representacional. De cualquier manera se puede indicar que el cariz que está tomando este proceso de desarrollo de la representación social se dirige a integrar dichos aspectos del campo representacional en torno a los elementos sociales a los que ya se había hecho referencia anteriormente. Siendo así, nos podemos dar cuenta de que los jóvenes de Neza comparten elementos social-cotidianos en su representación y que de ésta parten otros elementos de tipo científico o de tipo indefinido, etc. Es más, las jóvenes de Neza difieren de sus compañeros del mismo grupo, en lo que a estos elementos secundarios se refiere. Se podría incluso aventurar la hipótesis de que las jóvenes de Cd. Neza están más avanzadas en el proceso de desarrollo de su representación social, que los jóvenes de su mismo grupo.

#### 4.2. Desarrollo de la investigación documental.

##### 4.2.1. Objetivo.

Los objetivos de la investigación son dos:

- a) Conocer cuál es la influencia que tienen los carteles de las campañas de prevención contra el SIDA llevados a cabo

en nuestra ciudad (tanto la gubernamental, como lo no gubernamental) en la representación social que del SIDA tienen los adolescentes.

- b) Conocer los tipos de mensajes que subyacen en cada uno de los carteles tanto de América y de Europa como de México.

#### 4.2.2. Problemas de investigación.

- a) ¿Cuál es el impacto que tienen, en la representación del SIDA de los adolescentes, los carteles de las campañas preventivas (tanto gubernamentales como no gubernamentales), llevados a cabo en nuestra ciudad?

- b) ¿Cuál es el mensaje implicado en cada uno de los carteles europeos y americanos?

#### 4.2.3. Hipótesis.

##### 4.2.3.1. Hipótesis conceptuales.

"Por medio de la prensa se propaga y se socializa la representación social como un proceso de formación y de instrumentación de la misma" (Moscovici, 1961, en Flores M. 1988, pp. 73-74).

## 4.2.3.2. Hipótesis de trabajo.

I)  $H_0$ : No hay ninguna influencia en la representación social que tienen los adolescentes del SIDA, por parte de las campañas:

- a) Gubernamental y
- b) No gubernamental.

$H_0$ : no existen diferencias en cuanto a los contenidos que se manejan en los carteles de las campañas preventivas:

- a) Entre la de los países de América y los países de Europa.
- b) Entre los mexicanos y los de los otros países incluidos en la investigación.

II)  $H_1$ : Si hay influencia en la representación social que tienen los adolescentes del SIDA, por parte de las campañas:

- a) Gubernamental y
- b) No gubernamental.

$H_1$ : Sí existen diferencias en cuanto a los contenidos que se manejan en los carteles de las campañas preventivas:

- a) Entre la de los países de América y los países de Europa.
- b) Entre los mexicanos y los de los otros países incluidos

en la investigación.

#### 4.2.4. Variables.

Las variables observadas y utilizadas en esta investigación fueron:

I) Variable dependiente: El tipo de mensaje que se maneja en los carteles.

II) Variables independientes:

a) Lugar de procedencia del cartel: se contó con carteles provenientes de 11 países americanos y 8 países europeos. De los países de América se tuvieron los siguientes Brasil, USA, Costa Rica, Honduras, Canadá, Islas Vírgenes, Surinam, El Salvador, Bolivia, Panamá y Guatemala. De los carteles europeos se contó con ejemplares de: Suiza, Alemania, Austria, Dinamarca, España, Inglaterra, Bélgica y Holanda.

b) Sector: En el caso de los carteles mexicanos, se contó con carteles de campañas gubernamentales (CONASIDA) y de campañas no gubernamentales.

#### 4.2.5. Material de análisis.

La muestra consistió en un total de 91 fotografías de 10 X 15 cms. de 92 carteles de diversos países. 36 correspondieron al continente americano (8 de Brasil, 8 de Estados Unidos, 5 de Costa Rica, 2 de Honduras, 2 de Canadá, 2 de Islas Vírgenes, 2 de Surinam, 2 de El Salvador, 2 de Panamá, 2 de Guatemala y 1 de Bolivia) y 35 carteles eran europeos (17 Suizos, 9 alemanes, 2 austriacos, 2 daneses, 2 belgas, 1 español, 1 inglés y 1 holandés). De México se obtuvieron 22 carteles (12 gubernamentales y 10 no gubernamentales).

Todas las fotografías de los carteles, se tomaron de ejemplares de la colección que posee el Departamento de material educativo del CRIDIS de CONASIDA. Es importante señalar que los carteles fueron seleccionados aleatoriamente.

#### 4.2.6. Definición de categorías.

Basándose en el marco teórico se puede afirmar que existen dos tipos de campañas, unas que promueven un mensaje liberal y otras que difunden mensajes conservadores (ver 2.2.3. SIDA y valores morales, 2.2.3.1 Moral liberal y 2.2.3.2 Moral conservadora). Siendo así, se ubica los carteles en dos categorías: Liberal y Conservadora. Las categorías quedaron

definidas por las siguientes características.

**Conservadora:** Son aquellas que manejan contenidos moralistas, estigmatizan a un grupo determinado de la sociedad, difunden el miedo como factor motivacional del cambio, proponen como única forma de prevención la abstinencia y la fidelidad conyugal, se dirigen únicamente a heterosexuales no drogadictos y no se dan alternativas de prevención.

**Liberal:** Son aquellas que se muestran respetuosas de las diversas prácticas sexuales, las que se dirigen sin discriminación a todos los grupos de la sociedad, las que promueven la responsabilidad sexual de las personas, las que estimulan la solidaridad social y las que entienden la enfermedad como un problema de salud pública y no de moral.

Para el caso específico de México también se analizaron los carteles, incluyéndolos en las categorías elaboradas para el análisis de la investigación empírica. Estas categorías son: científica, política, psicológica, social-cotidiana, indefinida y nula. Esto se hizo con la intención de poder determinar después, el grado de influencia que tienen las campañas realizadas en México en la representación social que del SIDA poseen los adolescentes.

Las categorías establecidas por tipo de cartel, según sus objetivos quedaron definidas de la siguiente manera:

**Informativa:** son todos aquellos carteles que dan información de la enfermedad de manera general.

**Preventiva:** son todos los carteles que informan sobre las formas en las que se puede evitar la infección (uso de condón, utilización del sexo seguro, la no compartición de jeringas, etc.)

**Social-solidarios:** son todos los carteles que promueven el respeto y la comprensión hacia los enfermos, que promuevan el combate a la estigmatización y al prejuicio y difunden la movilización social.

**Tradicionales:** se incluye en este tipo de cartel, todos los que proponen a la fidelidad conyugal y al peligro a la familia, como medidas para evitar la infección.

**Concientizadores:** Se incluyen todos los carteles que tienen como intención fundamental el hacer que la población se concientice del problema.

**Publicitarios:** Son todos aquellos carteles que tienen como

objetivo básico invitar a seminarios, conferencias, cursos, etc.

Se observaron sin embargo, otras categorías utilizadas para describir con más precisión las características de los carteles. Estas categorías fueron:

- a) Objetivo del cartel. En este punto discriminamos 6 tipos de carteles según el objetivo que buscaban: informativos, preventivos, social-solidarios, concientizadores, tradicionales y publicitarios.
- b) Población dirigida: Los carteles, según su mensaje, podían estar dirigidos a toda la población, al grupo homosexual, a drogadictos intravenosos, a hombres heterosexuales, a estudiantes, etc.

#### 4.2.7. Descripción de la investigación documental.

Teniendo ya las fotografías de los carteles provenientes de las campañas de América y Europa, se analizaron una por una, ubicándola según sus características, en los siguientes rubros: país, población dirigida, tipo de cartel y categoría. La categorización en liberales y conservadores se hizo de la siguiente manera: se buscó el mensaje central del cartel.

Este mensaje, en la mayoría de los casos, estaba plasmado tanto en el lenguaje visual como en el escrito, lo que aseguró que no existiera confusión entre el mensaje central y el mensaje contextual (o sea, la información complementaria). Posteriormente, y una vez terminado el análisis de contenido de los carteles de ambos elementos, se elaboró una tabla general que se presenta en el anexo No. 22.

Para el caso particular de los carteles de las campañas en México a la vez de hacer el análisis anteriormente descrito, se agregaron dos rubros: el sector de procedencia: gubernamental o no gubernamental y las categorías utilizadas en la investigación empírica, es decir se observó si contenían mensajes científicos, social-cotidianos, políticos, psicológicos, nulos o indefinidos. Los resultados generales se observan en la anexo 23.

#### 4.2.8. Análisis de los resultados de la investigación documental.

Toca ahora mostrar los resultados obtenidos en la investigación documental tanto en la comparación de los carteles americanos y europeos, como de la campaña de los carteles mexicanos según su sector de procedencia.

Con base en el anexo No. 22 se puede observar que se contó con un total de 71 carteles de los cuales 36 provenían de algún país americano y 35 eran de países europeos.

De los 36 carteles americanos, 27 estaban dirigidos a la población en general, 8 a heterosexuales, 1 a drogadictos intravenosos y ninguno a homosexuales. Mientras que de los 35 carteles europeos, 21 eran dirigidos a toda la población, 8 a heterosexuales, 8 a homosexuales y 1 a drogadictos intravenosos.

En los que respecta al tipo de cartel, se obtuvo la siguiente distribución: dentro de los carteles americanos 15 fueron preventivos, 5 tradicionales, 5 informativos, 7 concientizadores, 4 social-solidarios y ningún publicitario. De los carteles europeos 27 fueron preventivos, 2 tradicionales, 2 informativos, 2 concientizadores, 2 social-solidarios y ningún publicitario.

En cuanto a su ubicación en las diversas categorías utilizadas para esta investigación documental, se puede observar que de los carteles americanos, 21 fueron categorizados como liberales y 15 como conservadores. Dentro de los carteles europeos 31 fueron considerados como liberales y 4 como conservadores.

Ahora bien, retomando la información del anexo No. 23 donde se comparan los carteles mexicanos según su sector de procedencia, podemos observar que de los 22 carteles disponibles, 12 pertenecían al sector gubernamental y 10 al sector no gubernamental.

Considerando los distintos tipos de carteles, se encontraron, dentro de los provenientes del sector gubernamental, los siguientes: 9 preventivos, 2 concientizadores, 1 informativo y ninguno de los tipos tradicional, publicitario y social-solidario. En cuanto a los carteles de las campañas de los grupos no gubernamentales, 2 fueron preventivos, 6 publicitarios, 1 informativo, 1 concientizador y ninguno de los tipos tradicional y social-solidario.

En cuanto a las categorizaciones de los carteles mexicanos utilizando las categorías elaboradas para la investigación empírica, se puede observar lo siguiente: de los carteles procedentes del sector gubernamental, 7 tenían características social-cotidianas, 4 científicas, 1 indefinida y ninguno características políticas, psicológicas y nulas. Por otra parte, de los carteles no gubernamentales 7 compartían características social-cotidianas, 2 científicas, 4 políticas, 2 indefinidas y ninguno psicológicas y nulas.

Finalmente, se puede observar que en la inserción de los carteles a las categorías elaboradas para esta investigación documental, por parte del sector gubernamental, 11 fueron liberales y 1 conservador. Mientras que de los carteles no gubernamentales, 9 resultaron ser liberales y 1 conservador.

#### 4.2.9. Análisis estadístico de los resultados de la investigación documental.

Para realizar este análisis estadístico se utilizó únicamente, la prueba de la Chi cuadrada ( $X^2$ ), para determinar la existencia o no, de diferencias significativas entre los grupos.

Se realizó la prueba de la Chi cuadrada en la comparación entre los carteles europeos y los americanos, para determinar si existían diferencias entre ambos, en cuanto a su categorización en liberales y conservadores. La  $X^2$  obtenida fue superior a la  $X^2$  esperada por lo que rechazamos la  $H_0$  y decimos que sí existen diferencias significativas entre los grupos (ver anexo No. 24).

Para observar las diferencias entre los carteles mexicanos gubernamentales y los no gubernamentales se realizaron tres pruebas de la  $X^2$  para apoyar estadísticamente nuestros

resultados. Estas pruebas las presentamos inmediatamente.

Hicimos primero una prueba de la  $X^2$  para determinar si existían diferencias significativas entre los carteles gubernamentales y los no gubernamentales, en cuanto a su categorización en liberales y conservadores. La  $X^2$  obtenida fue inferior a la  $X^2$  esperada, por lo que aceptamos la  $H_0$  y se afirma que no existen diferencias significativas entre los grupos. (ver anexo No. 25).

Aplicando otra  $X^2$  para determinar la existencia o no inexistencia de diferencias significativas entre los carteles gubernamentales y no gubernamentales en cuanto a su inserción en las categorías utilizadas en la investigación empírica. El resultado hizo que aceptáramos la  $H_0$  y que afirmáramos que no existen diferencias significativas entre los grupos. (ver anexo No. 26).

Sin embargo, al realizar la prueba de la  $X^2$  para determinar la existencia de diferencias significativas entre los carteles gubernamentales y no gubernamentales en cuanto al tipo de cartel, se obtuvo que la  $X^2$  observada era mayor que la  $X^2$  esperada, por lo que se rechazó  $H_0$  y afirmamos que sí existen diferencias estadísticamente significativas entre éstos grupos. (ver anexo 27).

#### 4.2.10. Conclusiones y Discusión.

Con base en el análisis de los datos obtenidos y al análisis estadísticos se puede observar con claridad que en los carteles europeos predomina una moral liberal en relación con los carteles americanos. Esta moral se ve plasmada en las imágenes de los carteles en los que se presenta al cuerpo humano desnudo y en donde se hace referencia de manera explícita a las relaciones sexuales hetero u homosexuales.

Otra diferencia significativa se encontró en el tipo de cartel que se difunde tanto en América como en Europa. Entre los carteles europeos se encontraron con mayor frecuencia los de tipo preventivo, lo que hace suponer que es allí donde tienen mayor peso sus campañas. Hay una mayor diversidad en cuanto al tipo de cartel en las campañas americanas en donde hay un número importante de carteles tradicionales y carteles concientizadores lo que hace pensar que su mayor interés es concientizar a la gente sobre el problema.

En cuanto a los carteles mexicanos contrariamente a lo que se había pensado en un inicio, se encontró con que no existen diferencias significativas en la mayoría de las comparaciones. Por ejemplo, los carteles gubernamentales resultaron ser tan liberales como los de los grupos no

gubernamentales y en cuanto a la categorización de los carteles dentro de las categorías utilizadas en la investigación empírica, tampoco se encontraron diferencias estadísticamente significativas. Sin embargo se encontraron diferencias en cuanto al tipo de cartel que predomina en ambos grupos, ya que en el sector gubernamental hay un mayor número de carteles de tipo preventivo (75%), mientras que en los no gubernamentales predomina un tipo de cartel publicitario donde se invita a cursos, conferencias y demás eventos.

Otra diferencia importante consiste en que los carteles no gubernamentales van dirigidos a toda la población mientras que los carteles gubernamentales contemplan varios tipos de público como son mujeres, chavos banda y estudiantes universitarios.

Ahora bien, adentrándose en la discusión de que en qué tanto influyen las campañas en la representación social que tienen los jóvenes sobre el SIDA, se puede hacer la siguiente reflexión: si los mensajes que difunden ambas campañas no son muy diferentes ¿por qué no han dado los resultados esperados?. En primer lugar se piensa que los carteles que difunden CONASIDA tienen las características positivas en general, es decir, son liberales, llevan

mensajes diferenciados y de tipo social cotidiano. Pero suponemos que se debe a la falta de difusión de los mismos (provocada por las presiones de los grupos conservadores) lo que ha traído como consecuencia que la campaña del gobierno tenga poca influencia entre la población.

Por otra parte se piensa que en el caso de los grupos no gubernamentales la poca influencia de sus campañas se debe a 2 razones principalmente. En primer lugar se debe al bajo presupuesto con el que cuentan y que determina sus acciones a seguir y en segundo lugar porque su trabajo se enfoca hacia otras actividades, como son, los cursos de sexo seguro, las conferencias sobre el SIDA, el apoyo psicológico, el respeto a los derechos humanos de los pacientes, etc.

Para terminar este punto, se reitera la importancia que tiene el hecho de que el gobierno asuma sus compromisos e impulse una campaña preventiva contra el SIDA, que por lo que se puede apreciar tiene las intenciones de llevarla a cabo. Por otro lado es necesario apoyar en todos los sentidos la labor de las organizaciones civiles en torno a esta lucha contra el SIDA.



*Fidelidad*

**LA SIDA** NO TIENE CURA  
LO MEJOR ES LA  
PREVENCIÓN



LA SIDA

## V. BASES PARA EL DISEÑO DE UNA CAMPAÑA DE PREVENCIÓN.

Se hace necesario, antes de proponer las bases para el diseño de la campaña preventiva dirigida a adolescentes, recapitular brevemente el camino recorrido hasta ahora. Sobre el capítulo de la representación social, es particularmente importante concebir que el conocimiento se construye a través de la interacción comunicativa con los demás y que la representación social es una forma específica de conocimiento que tiene una dinámica particular.

En el capítulo sobre el SIDA se ha mostrado que la epidemia avanza considerablemente, sin distinguir sexos o edades. También se ha mostrado que la gente actúa ante la enfermedad de diversas maneras según sea la moral en que base su conducta. Se ha intentado también describir la acción de los diversos grupos sociales que trabajan en torno al SIDA y cual es su situación política.

En el capítulo dedicado a la adolescencia se ha visto que los jóvenes inician sus actividades sexuales compartidas a una edad cada vez menor. Esto nos puede señalar que los jóvenes son un grupo ideal para romper la cadena infecciosa del VIH.

En la investigación empírica se mostró cual distinta es la representación social que del SIDA tienen los diversos grupos de la investigación. Este conocimiento nos puede señalar los contenidos necesarios para el diseño de una campaña preventiva.

Finalmente la investigación documental nos mostró, en primer lugar, que existe diferentes tipos de campañas. Si bien no sería correcto imitar a las campañas europeas, estas bien podrían servir como paradigmas. En segundo lugar, encontramos que la campaña gubernamental y la no gubernamental no difieren en cuanto al tipo de moral que le subyace. Sin embargo es necesario fortalecer ambas campañas para que su impacto sea mayor.

Considerando lo anterior, se pasará a proponer las bases para el diseño de una campaña preventiva dirigida a adolescentes:

1) Debido a su compromiso constitucional, la campaña debe estar dirigida y promovida por el gobierno federal.

Se afirma lo anterior con base en los artículos 4º. y 73º fracción XVI, 2º, de la Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos que, a la letra dicen:

**Artículo 4º: (Segundo párrafo)**

Toda persona tiene derecho a la protección de la salud. La ley definirá las bases y modalidades para el acceso a los servicios de salud y establecerá la concurrencia de la Federación y las Entidades Federativas en materia de salubridad general, conforme a lo que dispone la fracción XVI del artículo 73 de esta constitución.

**Artículo 73º, fracción XVI**

2º. En caso de epidemias de carácter grave o peligro de invasión de enfermedades exóticas en el país, el Departamento de Salubridad tendrá obligación de dictar inmediatamente las medidas preventivas indispensables, a reserva de ser después sancionadas por el Presidente de la República.

Queda claro entonces que con base en nuestra Carta Magna, es el gobierno federal el que tiene la responsabilidad de llevar a cabo las medidas sanitarias indispensables que prevengan, controlen y combatan la epidemia de SIDA en nuestro país.

Se piensa que el gobierno federal debería asumir este compromiso fortaleciendo, por un lado, al propio Consejo

Nacional de Prevención y Control del SIDA (CONASIDA) y apoyando, por otro lado, las acciones de las asociaciones civiles de lucha contra el SIDA.

2) Considerar a los adolescentes tempranos (aquellos que tienen entre 12 y 14 años de edad) como la población ideal para romper con la infección del VIH.

Como se ha afirmado ya en el capítulo III "Adolescencia, SIDA y Sexualidad", los jóvenes comienzan a tener relaciones sexuales a una edad cada vez más temprana, lo que significa que es falsa la creencia de que los jóvenes carecen de actividades sexuales compartidas.

Es por eso que resulta importante trabajar con adolescentes tempranos, conocer más sobre su vida sexual, estudiar sus actitudes, evaluar sus conocimientos acerca de la sexualidad y reconocer a la vez, que esta población está expuesta al riesgo de infección por el VIH.

Se hace necesario entonces identificar a esta población como el grupo ideal para romper con la infección del SIDA a través de una campaña preventiva.

3. Se piensa que es imprescindible para el buen desarrollo de

la campaña considerar que en México país existe una gran diversidad de grupos socioculturales que viven realidades diferentes (tal como lo pudimos observar en la investigación empírica con la participación de los adolescentes del CAF y los jóvenes de Neza. Esto implica que una sola campaña preventiva contra el SIDA no puede generalizarse a toda la población.

4. Integrar grupos multidisciplinarios que trabajen directamente en las comunidades.

Se sugiere la integración de grupos multidisciplinarios de trabajo donde participen especialistas de diferentes áreas como podrían ser médicos, psicólogos, trabajadores sociales, diseñadores gráficos, comunicólogos, y psicólogos sociales que trabajen directamente en las comunidades brindando atención médica a enfermos y seropositivos, realizando pruebas de detección, dando terapias a pacientes con el VIH e identificando las costumbres y necesidades de cada grupo sociocultural, para plasmarlas adecuadamente en los mensajes contenidos en los materiales de cada campaña.

5. Reorientar las campañas, fortaleciendo las de tipo horizontal a través de relaciones cara a cara con la población e instrumentar de esa manera, una campaña con

objetivos formativos.

La campaña preventiva que se propone realicen estos grupos multidisciplinarios, será básicamente a través de información cara a cara. Esta sin prescindir de las ventajas que proporciona la campaña masiva permanente.

Sin embargo es importante diferenciar las características de cada tipo de campaña. Por un lado, las campañas masivas se deben considerar como fundamentalmente informativas, mientras que las campañas preventivas cara a cara son, sin lugar a dudas formativas. Lamentablemente, no se han llevado a cabo suficientes campañas cara a cara, por lo que se ha dejado de lado un importante mecanismo de influencia social, que es necesario recuperar.

Las campañas realizadas hasta ahora por el gobierno han sido de tipo vertical. Esto quiere decir que CONASIDA ha decidido las características que deben tener los mensajes incluidos en las mismas y los medios por los cuales se difunden, sin considerar la opinión de los depositarios de estas campañas. Sobre este tema, James Watkins (citado por Mariasy, 1988), jefe de la Comisión Presidencial sobre SIDA de los E.E. U.U. opina, "los programas de educación en SIDA con frecuencia son dictados "desde arriba". A menos que se

refuerce el respeto de la gente en sí misma y su capacidad de emprender medidas confiada y afirmativamente, no puede resultar sorprendente que la efectividad de los programas esté en duda". (Mariasy 1988, pp 2). Por lo tanto se sugiere que la campaña a desarrollar sea de tipo horizontal, esto es, que los grupos multidisciplinarios encargados de difundir la información preventiva oportuna, involucren a los miembros de la comunidad para que la campaña se retroalimente y defina por las propias necesidades de cada grupo sociocultural.

6. Organizar comités de lucha contra el SIDA en los distintos escenarios del ámbito comunitario.

Para ejemplificar lo anterior y basándose en las propuestas que emergieron durante la investigación empírica. (tanto por los adolescentes de Neza como por lo del CAF, en el sentido de que es necesario informar ampliamente a los jóvenes a través de pláticas y conferencias en las escuelas) se buscaría la integración de comites de lucha contra el SIDA en centros educativos donde todos y cada uno de los miembros que los componen: maestros, estudiantes, padres de familia, autoridades, etc., participen en sus trabajos. Al respecto Haffner nos habla de la importancia de la creación de los consejos consultivos comunitarios en educación del SIDA, para los propios miembros de la comunidad. "El Consejo puede tener

múltiples funciones. Este puede ayudar a apreciar las necesidades reales de la comunidad y sus deseos en cuanto a la educación del SIDA, a estudiar los niveles corrientes de conocimiento y de actitudes, a identificar los recursos con los que cuenta la comunidad y a revisar materiales y planes de estudio. Pero lo más importante es que los miembros defenderán el programa y podrán resolver cualquier preocupación que emerja" (Haffner, 1988, pp 97).

Este ejemplo puede, evidentemente, reproducirse en otros ambientes tales como centros de trabajo, asociaciones vecinales, sindicatos, grupos juveniles y otros.

7. Se propone que el Gobierno tome una actitud liberal en la lucha contra el SIDA.

Se sostiene que la postura que adopte el gobierno debe estar definida firmemente. En este sentido, proponemos que la campaña debe ser de corte liberal, reconociendo la enfermedad como un problema de salud pública y no de moral. La actitud liberal no solo debe plasmarse en la moral que le subyace a la campaña, sino también en el no ceder a las presiones por parte de grupos conservadores. En pocas palabras el gobierno debe asumir su responsabilidad constitucional de salvaguardar la salud de todos los mexicanos, planteando una campaña

liberal que no permita la estigmatización ni el hostigamiento a ningún grupo de la sociedad, que tenga cobertura nacional y que sea permanente.

8. Valorar la importancia de la comunicación en la construcción de la enfermedad y considerar que el hablar sobre ella es el instrumento más importante que tenemos para combatirla.

La campaña propuesta se basa en la premisa de que la mejor forma de prevención es la de que todos conozcan la enfermedad. Para lograr este objetivo es necesaria la comunicación, por lo tanto el lenguaje es el arma principal en esta lucha.

El hablar sobre el SIDA, el posibilitar que se expresen abiertamente las opiniones y dudas sobre él, es hacerlo familiar, es acercarse a una mejor comprensión de la enfermedad. El poeta Alejandro Aura lo expresa con gran claridad. "Hablar del asunto, esa es la clave. Decírnoslo unos a otros. Romper el infame secreto que nos hace guardar el bicho repugnante como una maldición privada. Hablarlo. Ponderarlo no sólo con la pareja sino con los amigos, en las reuniones, con los conocidos casuales, con los compañeros de trabajo, con los aburridos coviajantes de la pesera... Si para

tantos males hemos encontrado remedio en el lenguaje, por qué no pensar de buena fe que también para éste, alguien, hablando puede encontrar la clave. (Aura, 1990, pp 10).

Así también Susan Sontag en su libro "El SIDA y sus Metáforas" afirma: "La tarea de conferir realidad a un hecho consiste en parte en decirlo una y otra vez. En este caso, decirlo una y otra vez es insuflar conciencia de riesgo, la necesidad de la prudencia como tal, antes y prescindiendo de toda recomendación específica" (Sontag, 1988, pp 81).

9. Otro punto que proponemos se introduzca en esta campaña de prevención contra el SIDA es el de la promoción del uso del preservativo como el medio más eficaz para evitar el contagio por vía sexual.

Resulta preocupante que los esfuerzos que se han llevado a cabo en las campañas a nivel mundial para introducir el condón en las actividades sexuales de los individuos, no hayan sido satisfactorios del todo. Se tiene por ejemplo el caso de la Gran Bretaña en donde "hasta un 93% de los adolescentes sabían en que forma se presenta el VIH. Pero hasta la mitad de jóvenes dijeron que la ausencia de un condón no les impediría tener relaciones sexuales" (Mariasy, 1988, pp2). Esto significa que la información por sí sola no

va a lograr que haya cambios en el comportamiento de la gente. Es imprescindible entonces, involucrar a la sociedad en una estrategia formativa en la cual, de manera conjunta, reflexionen y decidan acerca de la utilización del condón.

La urgencia de que el preservativo forme parte de la vida sexual de las personas es, en estos tiempos del SIDA, incuestionable. Los adolescentes y la población adulta en general deben aprender a utilizarlo.

El condón, particularmente en nuestra sociedad, se ha enfrentado a diversos tabúes, por ejemplo se considera que disminuye significativamente el placer sexual, que reduce la virilidad, que no es erótico, etc., aparte de que las mujeres experimentan gran dificultad para solicitar a la pareja su uso. La cultura del condón debe fomentarse desde los inicios de la adolescencia que es cuando los jóvenes están experimentando y aprendiendo sobre la vida sexual. La intención es familiarizarlos con el preservativo, que lo conozcan, que sepan como utilizarlo, como erotizarlo, en suma que lo consideren como un elemento importante de la actividad sexual.

La difusión de esta cultura del condón no puede sostenerse por sí sola. Es menester que se inserte en un programa formal

de educación sexual a nivel nacional. Al respecto Galván Díaz dice lo siguiente: "Generar ahora una cultura del condón es necesarísimo para preservar la salud psíquica, la estabilidad emocional y afectiva, así como la salud física de los mexicanos. Pero es mayormente necesario transitar de este momento particular y paliativo a otro no coyuntural: a la introducción de criterios racional-formales, legalmente vinculantes de educación sexual en instancias formales e informales, sobre todo en aquellas asociadas a medios de comunicación de masas... En este sentido se precisa llevar a distintas instancias políticas, institucionales y sociales, una amplia discusión que ayude a formalizar la presencia de la educación sexual en los modelos educativos nacionales". (Galván Díaz 1989, pp 15).

La introducción de una cultura del condón debe, forzosamente, estar acompañada de mayores posibilidades de obtención del preservativo, diversificando los lugares de venta y de obsequio, que pueden ir desde baños públicos, discoteques, bares, servicios médicos en planteles educativos, centros de trabajo, etc.

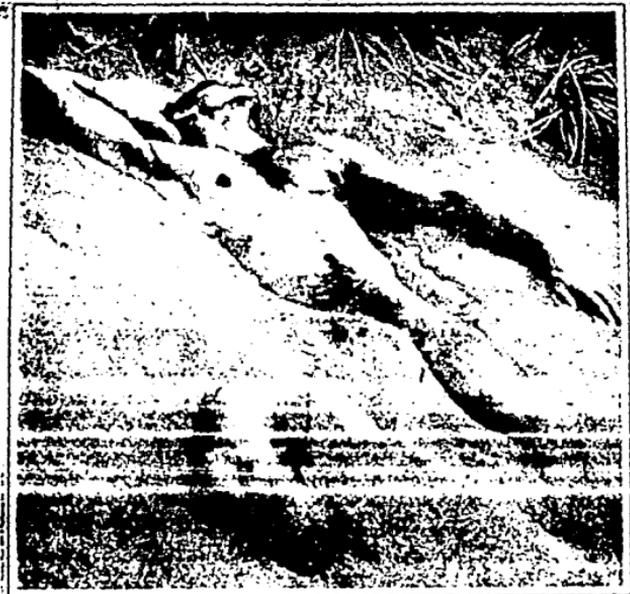
10. Iniciar cuanto antes, campañas que incidan positivamente en la representación social que los jóvenes tienen del SIDA.

Retomando los resultados obtenidos en la investigación empírica, es necesario considerar que si muchos grupos socioculturales, al igual que los adolescentes de Neza, están en proceso de formación, de su representación social del SIDA, existe una buena oportunidad de iniciar campañas que incidan positivamente en la construcción de su representación en cierne.

11. Hacer hincapié en los mensajes de tipo social solidario. Finalmente se considera reflexionar sobre lo siguiente: Según los resultados de la investigación documental, muy pocos carteles analizados pertenecen a la categoría que nosotros llamamos social-solidaria, lo que implica que se ha reforzado poco el sentimiento colectivo de apoyo que se debe tener hacia los enfermos y seropositivos, así como a sus familiares.

La campaña que se propone debe alentar, con base en el sentimiento de solidaridad que se genere, la participación de todos en una gran movilización social donde cada uno de nosotros colaboremos activamente en las tareas que elijamos.

No se puede esperar a que el costo humano de la epidemia sea más grande para empezar a actuar. Se debe hacerlo ya, con base en la concientización de que el dolor de estar infectado, se reduce con comprensión y apoyo.



Zeit für Safer Sex

Deutsche  
AIDS-Hilfe e.V.

## VI. ALCANCES, LIMITACIONES Y SUGERENCIAS.

Para evaluar los alcances de esta tesis es necesario que sus resultados sean discutidos y analizados por un mayor número de personas interesadas en el tema. Sin embargo se puede hablar de algunos aciertos de la tesis.

En primer lugar, se utilizó una teoría de vanguardia en psicología social, que es la teoría de la representación social para investigar un problema actual como es el SIDA. De los datos obtenidos se hizo una propuesta de campaña preventiva dirigida a adolescentes. Con esto se intentó lograr que la presente investigación ganara relevancia social.

En segundo lugar se intentó utilizar formas variadas y novedosas en la metodología de la investigación, esto es, instrumentar las diferentes formas de recolección de datos. Por ejemplo, basándose en que las representaciones sociales aparecen de una manera más evidente en aquellos lugares destinados a la plática, se decidió organizar grupos de discusión con la intención de observar de una manera directa la representación social. También se utilizó un guión de entrevistas para delimitar el campo representacional del SIDA. Este guión de entrevista se utilizó a manera de guía.

dejando a los sujetos de la investigación en la mayor libertad para expresarse. Se utilizó también el análisis de contenido y la categorización para establecer la representación social de los grupos en cuestión. De la misma manera se intentó hacer una descripción más amplia de las características de los carteles de las campañas provenientes de América, Europa y México incluyendo en el estudio la población a la que va dirigida, el tipo de cartel, las categorías de la investigación empírica y las categorías de investigación documental.

En tercer lugar, se tuvo como objetivo que la investigación estuviera apoyada por un marco teórico multidisciplinario. Así, se recurrió a conocimientos propios de la medicina, de la sociología, de la política, de la historia, etc., que evitaran caer en una reducción psicologista y que presentaran un panorama más real y más amplio de lo que es el SIDA.

En términos generales, se considera que estos tres puntos son los aspectos más relevantes de la investigación. Sin embargo este estudio no podía estar exento ni de errores ni de situaciones que limitaran sus alcances.

Como ejemplos de las limitaciones de este estudio se

mencionarán, en primer lugar que no se sabe que tan representativos sean los carteles utilizados en la investigación documental. Esto es, se desconoce cuáles son los criterios de selección y las formas de adquisición de estos carteles, por parte del CONASIDA.

Otra limitación la constituye la delimitación a priori de los aspectos del campo representacional, ya que esto no nos permitió tomar en cuenta otros aspectos de la representación que en el transcurso de la investigación empírica aparecieron en los grupos de discusión. Tal es el caso de los mitos acerca de una cura del SIDA que fueron expresados por varios de los sujetos y que no se pudieron evaluar por haber elegido de antemano las preguntas en base a los aspectos del campo representacional elaborado previamente.

La limitación más evidente que tiene este estudio es la de no abordar directamente el lenguaje utilizado por los sujetos participantes y no rescatar la riqueza simbólica que contiene éste. Es necesario aclarar que el objetivo de la investigación no era abordar los simbolismos contenidos en el lenguaje, los cuales son de gran importancia ya que reflejan la realidad cultural de cada uno de los grupos.

Para concluir este capítulo se hacen algunas sugerencias

para posteriores investigaciones. Lo primero que se recomienda es que continúen los estudios en psicología sobre el SIDA, ya que pensamos que esta ciencia es una disciplina importante que tiene mucho que aportar en la lucha contra este mal.

Otra sugerencia que se hace es que las próximas investigaciones sobre el SIDA se enfoquen hacia la comprensión de los aspectos simbólicos del lenguaje como contenidos de pensamiento social. Finalmente se propone que se continúen investigando las conclusiones obtenidas en este estudio. Sobre todo trabajar sobre las bases que se proponen, y que debe contener una campaña preventiva dirigida a adolescentes. Además de realizar otras investigaciones sobre representación social trabajando con jóvenes de Ciudad Neza, para conocer como se ha modificado su representación social en proceso.

I HAVE AIDS  
Please hug me



I can't make you sick

AIDS HOT LINE FOR KIDS  
CENTER FOR ATTITUDINAL HEALING  
19 MAIN ST, TIBURON, CA 94920, (415) 435-5022

## VII. REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS.

1. Alvarez Gayou, J. (1987). Elementos de sexología. Interamericana, México.
2. Allport, G. (1989). Antecedentes Históricos de la Psicología Social Moderna. Facultad de Psicología. UNAM, México, 1989.
3. Aura, A. (1990). "SIDA y lengua" en Los Universitarios. Tercera Epoca. núm 7. UNAM. México.
4. Bellinghausen, H. (1990). "El tratamiento del SIDA" en Los Universitarios. Tercera Epoca. No. 10. UNAM. México.
5. Blanco, J. (1989). "Prosida" en el periódico La Jornada. Año 7. No. 1898. México.
6. Bowen, O. (1988). "Programs, Practices, people" en Public Health Report. Vol. 103, núm 3.
7. Bronfman, M. (1989). "La migración internacional y el SIDA: el caso de México y los Estados Unidos" en Sepúlveda, J. et al. SIDA, ciencia y sociedad en México. FCE, México.
8. Buendía, M. (1984). La ultraderecha en México. Editorial Océano, México.
9. Carretero, M. y Cols. (1985). Psicología Evolutiva 3. Alianza Editorial, Madrid.
10. Castro-Pérez, R. (1988). "Aspectos psicosociales del SIDA: Estigma y prejuicio" en Salud Pública de México. Vol.30. Núm. 4, México.
11. Coleman, J. (1980). Psicología de la adolescencia. Morata, Madrid.

12. Coles, P. (1990). "La vertiginosa carrera del SIDA" en Cultura (Suplemento del periódico "El Nacional", 29 de Marzo de 1990, México.
13. CONAPO (1988). Encuesta Nacional sobre Sexualidad y Familia en Jóvenes de Educación Media Superior. México.
14. CONASIDA. (1989). Programa de mediano plazo para la prevención del SIDA, México 1990-1994. México.
15. CONSTITUCION POLITICA DE LOS ESTADOS UNIDOS MEXICANOS.
16. Curry, L. (1989). "China against HIV" en World Aids No.4. Enero. New York.
17. Del Valle, R. (1990). "Provida: recuerdos de Paco" en Politica, (Suplemento del periódico "El Nacional"), No. 32. México.
18. Deutcher, I. (1984). "Choosing ancestors: some consequences of the selection from intellectual traditions" en Farr, R. y Moscovici, S. Social Representations. Cambridge University Press, Cambridge.
19. Doise, W. (1983). "Tensiones y explicaciones en psicología social experimental" en Revista Mexicana de Sociología, Vol. XLV, núm 2. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México.
20. Domingo, G. (1985). Representación social de la crisis en México: pensamiento empresarial y pensamiento obrero. (Trabajo inédito). UNAM, México.
21. Domingo, G. (1986). "Hacia una reconstrucción crítica de la psicología social". La Psicología Social en México. AMEPSO, México.
22. Editorial de "El Nacional" (1990). "Infección bucal: antecala del SIDA" en Divulga (suplemento del periódico "El Nacional") Número 24. 5 de junio de 1990, México.

23. Farr. R. (1986). "Las representaciones sociales", en Moscovici. S. Psicología Social, II, Paidós, Barcelona.
24. Fernandez. P. (1989). Psicología colectiva y cultura cotidiana. Facultad de Psicología, UNAM, México.
25. Flores. L. (1988). "La representación social de la ciudad de los niños", Tesis de la Licenciatura, Facultad de Psicología, UNAM, México.
26. Galván. F. (1988). El SIDA en México: los efectos sociales, Ediciones de Cultura Popular - UAM Azcapotzalco, México.
27. Galván Díaz. F. (1989). "La cultura del condón" en Política (suplemento del periódico El Nacional), Num 32, 14 de diciembre de 1989. México.
28. García. B. (1986). "El hostigamiento sexual en las mujeres trabajadoras" en La psicología social en México, AMEPSO, México.
29. Haffner. D. (1988). "Developing Community Support for School-Based AIDS Education" en Quackenbusch. M. The AIDS CHALLENGE, Network Publications, Sta. Cruz. Ca.
30. Health Education Authority (1988). "First Mass Media AIDS Campaign", en Press Release, HEA, London.
31. Herzlich. C (1975). "La representación social" en Moscovici. S. Introducción a la Psicología Social, Planeta, Barcelona.
32. Ibañez. T. (1984). "Prólogo a la edición española" en Moscovici. S. Psicología Social, I, Paidós, Barcelona.
33. Ibañez. T. (1988) Ideologías de la vida cotidiana, Sendal, Barcelona

34. Israel, J. (1968). La enajenación: de Marx a la sociología moderna. F.C.E., México.
35. Jarvaloy, E. (1986). "Actitudes Sociales" en Munné, F. Psicología Social. Ediciones CEAC, Barcelona.
36. Jodelet, D. (1984). "La representación social: fenómenos, concepto y teoría" en Moscovici, S. Psicología Social, II. Paidós, Barcelona.
37. Kegeles, S. et al (1988). "Sexually Active Adolescents and condoms: changes over one year in knowledge, attitudes and use" en American Journal of Public Health. Vol. 78, num. 4.
38. Liguori, A. (1990). "Humanismo y SIDA, una perspectiva feminista" en Los Universitarios. Tercera época, No 7 UNAM, México.
39. López Garriga, M. (1983). "Hacia una teorización de la psicología social después de la crisis" en Revista Mexicana de Sociología, Vol. XLV, núm 2. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México.
40. Ludlow, L. (1988). "La secularización e integración del sinarquismo a la vida política" en Revista Mexicana de Sociología, Año. L. Núm. 3. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México.
41. Luna, E. (1990). "SIDA" en Los Universitarios. Tercer Época, No. 9. UNAM, México.
42. Mariasy, J. (1988). "Campañas de educación: indicadores y escollos ocultos" en SIDA ALERTA, núm 4.
43. Mejía, M. (1988). "SIDA. Historias extraordinarias del Siglo XX" en Galván, F. El SIDA en México: los efectos sociales. Ediciones de Cultura Popular - UAM Azcapotzalco, México.

44. Mojarro, O. (1986). "El inicio de la reproducción en las mujeres jóvenes de México 1876-1982" en Monroy, A. y Martínez, J. (Compiladores). Memorias de I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproductiva de los adolescentes y jóvenes. IMSS, CORA y AMDEM, México.

45. Monroy, A. y cols. (1986). "Educación sexual y actitudes de jóvenes de dos delegaciones de la Cd. de México" en Monroy, A. y Martínez, J. (compiladores). Memorias de la I Reunión Internacional sobre Salud Sexual y Reproducción de los Adolescentes y Jóvenes. IMSS, CORA Y AMDEM, México.

46. Monsivais, C. (1988) "Las plagas y el amarillismo: notas sobre el SIDA en México" en Galván F. El SIDA en México: los efectos sociales. Ediciones de Cultura Popular - UAM, Azcapotzalco.

47. Morris, L. (1986). "Fecundidad adolescente en las Américas: datos y definición del problema" en Monroy, A. y Martínez, J. compiladores. Memorias de la I Reunión Internacional sobre salud sexual y reproductiva de los Adolescentes y Jóvenes. IMSS, CORA Y AMDEM, México.

48. Moscovici, S. (1984). Social Representations. Cambridge University Press, Cambridge.

49. Munné, F. (1982). Psicología Sociales Marginadas (la línea de Marx en la psicología social). Hispano-Europea, Barcelona.

50. Munné, F. (1986a). Psicología Social. Ediciones CEAC, Barcelona.

51. Munné, F. (1986). La Construcción de la Psicología Social como ciencia teórica. Alamex, S.A., Barcelona.

52. Muuss, R. (1984). Teorías de la adolescencia. Paidós, Buenos Aires.

53. Navarro, R. (1986). "La sociedad civil en lucha contra el SIDA en. El SIDA en México: los efectos sociales. Ediciones

de Cultura Popular - UAM Azcapotzalco, México.

54. Okware, S. (1988). "La lucha contra el SIDA en Uganda" en Salud Mundial. Marzo, México.

55. Palma, E. y Serret, E. (1988). "Dos tendencias morales en torno al SIDA. Tradición y modernidad" en El SIDA en México: los efectos sociales. Ediciones de Cultura Popular - UAM Azcapotzalco, México.

56. Peredo, M. (1989). "Diagnóstico de la infección por VIH" en Sepúlveda, J. et al. SIDA, ciencia y sociedad en México. FCE, México.

57. Pérez, L. (1988) "Entrevista con Gloria Ornelas" en Galván, F. El SIDA en México; los efectos sociales. Ediciones de Cultura Popular - UAM Azcapotzalco, México.

58. Pompidou, A. (1988). "La lucha contra el SIDA en Francia" en Salud Mundial. Marzo, México.

59. Powell, M (1963). La psicología de la adolescencia. FCE, México.

60. Proyecto Azomalli (1988). "Ideas para la educación y prevención del SIDA en México" en Revista de la Asociación Médica de Jalisco. Nueva Epoca, Enero de 1988, núm 2.

61. Rico, E. (1989). "Transmisión del VIH" en Sepúlveda, J. et al. SIDA, ciencia y sociedad en México. FCE, México.

62. Ruiz Palacios, G. (1989). "Tratamiento" en Sepúlveda J. et al. SIDA, ciencia y sociedad en México. FCE, México.

63. Saavedra, M.A. (1967). México en la educación sexual. Costa-Amic, México. 64. Sánchez Mejorada, G. (1989). "Historia Natural de la infección por VIH" en Sepúlveda J. et al. SIDA, ciencia y sociedad en México. FCE, México.

64. Sánchez Mejorada, G. (1989). "Historia Natural de la infección por VIH" en Sepúlveda J. et al. SIDA, ciencia y sociedad en México en México. FCE, México.
65. Sepúlveda, J. (1988). "Características epidemiológicas y cognoscitivas de la transmisión del VIH en México" en Salud Pública de México. Vol 30, núm 4, México.
66. Sepúlveda, J. Y Rico, B. (1989). "El SIDA en México: una introducción" en Sepúlveda J. et al. SIDA, ciencia y sociedad en México. FCE, México.
67. Sherkovin, I. (1985). "Formas masivas de conducta al margen de la colectividad: en Predvechni, y Cols. Psicología Social, Editorial Letras, México.
68. Soler, C. (1989). "Pruebas del laboratorio para detectar infección por VIH" en Sepúlveda, J. et al. SIDA, ciencia y sociedad en México. FCE, México.
69. Sontag, S. (1988). El SIDA y sus metáforas. Muchnik Editores, Barcelona.
70. Special Report. (1989). "AIDS and Children: a family disease" en World Aids. Noviembre. New York.
71. Stanislawsky, E. (1989). "El agente causal" en Sepúlveda J. et al. SIDA, ciencia y sociedad en México. FCE, México.
72. Tajfel, H. (1972). The context of social psychology. Academic Press, Londres.
73. Valdespino, O. (1989). "De jóvenes, mujeres e infectados por el VIH" en Gaceta CONASIDA, Año II, núm 3, México.
74. Valdespino, J. y García, L. (1989). "Distribución de la epidemia del SIDA" en Sepúlveda, J. et al. SIDA, ciencia y sociedad en México. FCE, México.
74. Vera, R. (1988). "Entrevista con Gloria Ornelas" en El SIDA en México: los efectos sociales. Ediciones de Cultura Popular - UAM Azcapotzalco, México.

**ANEXO BIBLIOGRAFICO.**

**CONAPO (1982). La educacion de la sexualidad humana. IV Educacion y Sexualidad, México. CONAPO.**

**CRESALC (1989). Principios de la educacion sexual. México CRESALC.**

**Hass A. (1981). Sexualidad y adolescencia; encuesta sobre la conducta sexual de los adolescentes. Barcelona. Grijalbo.**



SIKKER  
KÆRLIGHED

## VIII. TABLAS, FIGURAS Y ANEXOS.

TABLA NO.1 PRESUPUESTO DESTINADO A CONASIDA

	FUENTE		
	NACIONAL	INTERNACIONAL	TOTAL
PRIMER AÑO	10257.8	3546.0	13803.8
SEGUNDO AÑO	11283.6	3723.3	15006.9
TERCER AÑO	12411.8	3909.5	16321.4
CUARTO AÑO	13653.1	4104.9	17758.0
QUINTO AÑO	15018.4	4310.2	19328.6

(TOMADA DEL PROGRAMA DE MEDIANO PLAZO PARA LA PREVENCIÓN DEL SIDA, MÉXICO 1990-1994).

TABLA NO. 2      PORCENTAJE DE MUJERES DE 19 AÑOS NO CASADAS  
QUE HAN TENIDO RELACION SEXUAL EN ESTADOS  
UNIDOS Y PAISES EUROPEOS.

PAIS	AÑO	PORCENTAJE %
ESTADOS UNIDOS	1982	66
INGLATERRA	1976	62
FRANCIA	1984	70
SUECIA	1981	88
HOLANDA	1981	58

(TOMADA DE MORRIS, L. FECUNDIDAD ADOLESCENTE EN LAS AMERICAS:  
DATOS Y DEFINICION DEL PROBLEMA).

TABLA NO. 3 CONDICION DE RELACIONES SEXUALES POR SEXO Y EDAD EN ADOLESCENTES MEXICANOS.

SEXO Y EDAD	NUMERO	SIN RELACIONES %	CON RELACIONES %
HOMBRES	5.512	61.2	38.3
14	64	65.9	14.1
19	456	39.5	60.3
21-25	173	24.9	74.6
MUJERES	4.630	94.5	5.4
14	81	100.0	-
19	213	88.7	11.3
21-25	113	76.1	23.9

(TOMADA DE LA ENCUESTA NACIONAL, SOBRE SEXUALIDAD Y FAMILIA EN JOVENES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR).

TABLA NO. 4 PERSONA CON QUIEN SE TUVO LA PRIMERA RELACION SEXUAL.

SEXO	NUMERO	ESPOSA(A) %	NOVIO(A) %	AMIGO(A) %	PROSTITUTA %
HOMBRES	2113	0.5	22.4	64.7	20.05
MUJERES	251	8.4	76.5	10.8	-

(TOMADA DE LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE SEXUALIDAD Y FAMILIA EN JOVENES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR).

TABLA NO. 5 PORCENTAJE DE RELACIONES SEXUALES POR SEXO Y CONDICION DE NOVIAZGO.

SEXO Y CONDICION DE NOVIAZGO	NUMERO	SIN RELACIONES SEXUALES %	CON RELACIONES SEXUALES %
HOMBRES	5512	61.2	38.3
CON NOVIA	2144	45.8	53.5
SIN NOVIA	3262	71.5	28.2
MUJERES	4630	94.5	5.4
CON NOVIO	1713	89.4	10.4
SIN NOVIO	2855	97.8	2.2

(TOMADA DE LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE SEXUALIDAD Y FAMILIA EN JOVENES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR).

TABLA NO. 6 FRECUENCIA DE RELACIONES SEXUALES EN JOVENES A PARTIR DE LOS 14 AÑOS

SEXO Y EDAD	NÚMERO	SOLA HA TENIDO RELACIONES SEXUALES UNA VEZ	NO HA TENIDO RELACIONES SEXUALES ESTE TRIMESTRE	UNA VEZ AL MES	DOS O TRES VECES AL MES	UNA VEZ A LA SEMANA	DOS O TRES VECES A LA SEMANA
		%	%	%	%	%	%
HOMBRES	2113	26.1	38.3	17.9	12.6	3.3	3.7
14	9	33.3	44.4	11.1	---	---	11.1
15	148	41.2	32.4	14.9	6.8	4.0	0.7
16	362	34.2	35.6	17.7	8.8	1.7	1.9
17	513	27.3	37.6	17.7	10.5	2.9	3.9
21-26	129	17.0	34.1	16.3	16.3	11.6	4.6
26 O MAS	24	4.2	12.5	16.7	16.7	16.7	33.2
MUJERES	251	35.5	17.1	12.3	21.1	7.6	6.4
14	---	---	---	---	---	---	---
15	16	62.5	6.2	12.5	6.2	12.6	---
16	43	51.1	13.9	13.9	11.6	2.3	7.0
17	69	39.1	11.6	13.0	23.2	7.2	5.8
21 A 25	27	11.1	18.5	11.1	25.9	11.1	22.2
26 O MAS	6	---	---	---	50.0	33.3	16.7

(TOMADA DE LA ENCUESTA NACIONAL SOBRE SEXUALIDAD Y FAMILIA EN JOVENES DE EDUCACION MEDIA SUPERIOR)

TABLA NO. 7 ESTADO CIVIL EN MUJERES DE 15 A 24 AÑOS.

ESTADO CIVIL	MUJERES	
	15 A 19	20 A 24
NUNCA CASADAS	88.0%	44.7%
ANTERIORMENTE CASADAS	0.5%	2.6%
UNION CONSENSUAL	3.8%	8.6%
CASADAS	7.8%	44.1%
NUMERO DE CASOS	876	705

(TOMADO DE MORIS. L. FECUNDIDAD EN LAS AMERICAS: DATOS Y DEFINICION DEL PROBLEMA).

ANEXO NO. 1

GUIÓN DE ENTREVISTA.

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "Síndrome y Agente"

- 1.- ¿Podría decirme alguno de ustedes que es el SIDA?
- 2.- ¿Saben cuál es el organismo que produce el SIDA?
- 3.- ¿Cuáles son las características de ese organismo?

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "Origen"

- 4.- ¿Como se originó el SIDA?
- 5.- ¿Dónde se originó el SIDA?

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "Formas de Contagio"

- 6.- ¿Saben ustedes cuáles son las formas de contagio?

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "Formas de no contagio".

- 6a.- ¿Cuáles son las formas de no contagio?

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "Dimensión de la epidemia".

7.- ¿Tienen idea de cuantos mexicanos tienen SIDA?

8.- ¿Sabes cuál es la forma de contagio más frecuente en nuestro país?

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "Síntomas"

9.- ¿Cuáles son las manifestaciones físicas que sufre un enfermo de SIDA?

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "Trato a los enfermos"

10.- ¿Cuál es el trato que le darían ustedes a una amiga suya que estuviera enferma de SIDA?

11.- ¿Que harían si su novio tuviera SIDA?

12.- ¿Sabes ustedes cómo son tratados los enfermos de SIDA en la sociedad, en los hospitales?

13.- ¿Que opinan al respecto?

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "Prevención"

14.- ¿Sabes ustedes cuál es la manera del prevenir la enfermedad?

15.- ¿Cómo se previenen ustedes contra el SIDA?.

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "Fuentes de Información"

16.- ¿En dónde han obtenido esa información?

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "Campañas".

17.- ¿Como evaluarían las campañas que se están haciendo en Mexico para prevenir el SIDA?

18.- ¿Que propuestas harían ustedes para diseñar una buena campaña dirigida a adolescentes?

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "Conciencia".

19.- ¿Se han afectado sus vidas desde que existe el SIDA?

## ANEXO 2

## ENTREVISTAS

## Primer Grupo de Mujeres CAF

## 1.- ¿Qué es el SIDA?

-El SIDA es una enfermedad, bueno es una enfermedad que se da en la sangre, que ataca al sistema reproductor de los glóbulos blancos, entonces cuando la gente se muere de SIDA, no se muere de SIDA, sino de otra enfermedad que le dé

- Sí, porque ya no tienes anticuerpos, se te acaban

- Ya no tienes defensas, aunque te dé gripa te puedes morir

- Es una enfermedad, como dijo ella, si eso, es que ve, bueno es que no se. Es una enfermedad muy peligrosa que te puede durar un año o no se de tres días a...mucho.

- Te puedes morir, a los cinco años

- Pero hay veces que tienes el SIDA, y solo eres transmisor

-Es mejor, no, ino es cierto!

- Yo me acuerdo hace mucho de un chavito que tenía síndrome de inmunodeficiencia pero no era adquirida, o sea desde el nacimiento, entonces a ese chavito lo tenían en una burbuja para que no le entraran bichos, microbios, ni nada, toda la comida esterilizada y todo

- Todavía está ahí
- No, ya se murió. creo que se reventó la deso y le entró un...
- No es cierto, lo que pasó es que estaba en la burbuja y los médicos dijeron ya puede salir y se murió.

2.- ¿Ustedes saben cuál es el organismo que provoca el SIDA?

- Pues el organismo humano
- Pues un bichito, una bacteria
- No, es un virus, sino te lavarías con escudo y ya
- Sí, es un virus mutante o sea que hasta ahorita no encuentran como curarlos porque hay tantos tipos y van cambiando, no saben que tipo de SIDA es el que tiene alguien, como pueden reaccionar estos virus, si se hacen más o si de plano les vale lo que les echen

2a.- ¿Entonces hay varios tipos de SIDA?

- Bueno no, pero se manifiesta diferente
- No, no
- Claro que sí, o sea igual, si Sandra tiene SIDA y yo también, pero a ella se le cae el pelo y yo me pongo verde
- Pero es igual, que se manifieste de diferente manera es

otra cosa, pero el SIDA es siempre el mismo.

- bueno por eso, pero no te das cuenta, sí no todo el mundo dice ah, este ya tiene SIDA porque le está...porque los ojos se le están sumiendo

- Pero lo que pasa es lo mismo, sólo que se ve diferente.

- Yo de bichitos no sé nada, o sea, yo sé las consecuencias y como se transmite pero del virus no sé que onda.

- Lo que dijo Ana ¿no? que es un virus mutante, que el SIDA es lo mismo pero o sea, se va manifestando diferente según la enfermedad que tenga.

- El SIDA se supone que no dura en el aire, sólo puede estar en la sangre.

- Se transmite por las relaciones sexuales directamente

- Si, o sea, si tienes tú aquí sangre y tocas a otra persona, no pasa nada porque ya tuvo contacto con el aire y el virus ya ...

- Dicen que los mosquitos no lo pueden transmitir porque no sé qué tienen los mosquitos que lo matan o algo así.

3.- ¿Conocen cuáles son las formas de contagio?

- Sí, sexual y sanguíneo

- O sea, muchos dicen, te puedes contagiar si te das un beso, pero sólo en la extrema casualidad que tú tuvieras una cortadita y el otro también

- Y que tu novio también y que de casualidad se juntaran,

sólo así

- En la lucha libre
- Los boxeadores, en el dentista
- Que tuvieran una cortada acá y otra por acá se la pasaran por ahí.
- Un paciente de mi mamá tiene SIDA, bueno es una pareja, el chavito tiene SIDA, se contagió por una transfusión, así de sangre y estaba contaminada

### 3.- ¿Cómo se transmite el SIDA?

- Inyectándote con jeringas plstipak, bueno o sea con jeringas que ya las hayas usado
- Si tienes relaciones sexuales con alguien que tenga SIDA.
- Que te pongan sangre con SIDA.
- Que tu dentista no lave sus cosas
- O que tu hermano tenga SIDA y uses su cepillo de dientes, o tu novio
- Bueno, si te sale sangre de la nariz y a alguien más le sale sangre (Risas)
- Pero no tiene contacto
- El niño éste que nació con SIDA, eso es porque creo que la, bueno yo no sé que, pero el niño este salió defectuoso, bueno salió con atrofiado el sistema reproductor de glóbulos blancos, entonces cuando nació no tenía defensas.

- Pero también, o sea si la mamá durante el embarazo tiene SIDA, pues el hijo sale con SIDA.

- No, no se puede, bueno sí.

- Sí, pero le entra, le da por la sangre.

- Pero creo que, bueno estoy segura que lo oí en algún lado, de que en Francia nacieron unos chavitos con SIDA, y que se curaron, o sea, desde bebés nacieron con SIDA, pero crearon otra forma de quien sabe que y se curaron, o sea ya tuvieron otro tipo de defensas o algo por el estilo.

- No me acuerdo donde lo leí, pero en Estados Unidos nacían mil niños con SIDA diarios.

- Ay tampoco.

- No, no con SIDA, o sea de mil, mira pon tu de dos mil niños que nacían y mil niños eran o sidosos o drogadictos recién nacidos

4.- ¿Tienen alguna idea de cuantos mexicanos tienen SIDA?

- Uy, un chorro, bueno a comparación de todos los que somos en México, poquitos, pero según esto, que por cada este, una persona registrada con SIDA, había tres que no

- No se puede saber

- Yo creo que doscientos millones

- Pues entonces todo el mundo

- Yo digo que doscientos mil

- Entre doscientos y trescientos mil

5.- ¿Cuál es la forma más frecuente de contagio?

- Sexual

- Sexual

- No, también sanguínea, porque todos los hemofílicos que había en Brasil pues ya valieron porque como tenían que ir a cada rato a que les pusieran sangre, toda la sangre que tenían estaba con SIDA, porque bueno antes de que detectaran bien el SIDA, tu ibas a sacar, te hacían análisis de varias cosas pero del SIDA no, entonces quedaron muchas cosas ahí con SIDA.

- No, pero yo creo es más de relaciones sexuales.

- La gente tiene más relaciones sexuales que transfusiones de sangre.

5a.- ¿Ustedes creen que haya personas que se infecten más que otras?

- No.

- Los que tengan más propensión a las enfermedades.

- Yo digo que todos pueden tenerla, da igual.

- De todas maneras tienen SIDA.

- Siempre se ha dicho que los drogadictos y que los maricones, o sea los maricones porque tienen relaciones por vía anal, se rompen muchos tubos sanguíneos entonces entra más fácil el SIDA, luego los drogadictos se infectan porque se inyectan heroína y se van pasando la jeringa.

- Ay, pero yo digo que todos pueden ser igual.

- Dicen que las que menos posibilidades tienen son las lesbianas.

- O sea sí se puede, pero es más difícil porque igual si una lesbiana va y se inyecta sangre igual les da pero por las relaciones sexuales es casi comprobado.

6.- ¿Qué manifestaciones tiene una persona con SIDA?

- Puede ser como el chavo que tiene leucemia.

- Se ponen todos flacos.

- Bueno, pasaron en la tele unos chavitos ahí con SIDA, y eran todos flacos parecían viejitos y ya sin pelo, se les caía el pelo, con ojeras, calentura.

- Les puede dar amibas o cáncer, no sé.

- Yo digo que amibas o sea cosas así en la comida que no está totalmente higiénica como debería de ser para los sidosos, como que por ahí se te van metiendo muchos bichos, por el

agua.

- Yo no pero, de gripa, yo creo que de gripa se pueden morir.

- Porque aparte la gripa, esa si no es curable, solita se te quita no te dan chochos para que se te quite la gripa, y esa si es mutante, y hay muchos tipos, que de repente ya no sabes si es gripa o se te bajó la presión o estas enferma del estómago o si tienes calentura o no sé que, entonces la gripa como que es más difícil, para empezar a evitar o sea de protegerte la gripa generalmente nunca faltará alguien que tenga tantita gripa y no te la puedes curar.

- Es la enfermedad que más se tiene, la gripa o cosas de la panza.

- Un sidoso que se muere de gripa, le da calentura y los pulmones como que no responde.

- Pero no es igual, por ejemplo, si a nosotros nos da gripa, se nos va quitando cada vez y entonces si no tienes anticuerpos cada vez te va creciendo hasta que ya estas bien flaquito.

- Se te empieza a meter al sistema respiratorio pero no, se te empieza bueno, según yo, se te empieza a expandir por todo el cuerpo, te empiezan a comer los órganos, terminas llena de bolitas.

7.- ¿Cómo tratarían a una amiga enferma de SIDA?

- Yo digo que si yo tuviera SIDA, si me dijeran ya te vas a morir, tendría que hacer cosas, así que no, ni modo que te empieces a reventar y todo.

- Pues las tratas igual.

- Yo creo que todos los chavos tal vez con un poco más de precaución ¿no?

- La trataríamos igual, normal.

- No pues igual, yo creo que ella no me va a pegar el SIDA nunca.

- Yo creo que les tienes más paciencia y pues las tratas más padre, mejor, para que se la pase bien.

- De todos maneras te tienes que poner un letrerito que diga 'por favor'...

- Sólo que estuviera en el hospital, pues luego se te desmaya.

- Pues sí, porque ni modo que llegues y ¿qué has hecho?, y lo otro.

8.- ¿Ustedes conocen a alguien que tenga o haya tenido SIDA?

- Yo no.

- Yo, que tuvo SIDA, el primo de un maestro.

- Un amigo de mi mamá, un brasileño que era cantante.

- Roberto Carlos.

- O sea, eran amigos desde hace mucho tiempo, era hemofílico, entonces como era hemofílico...

- Dos amigos de mi mamá se murieron de SIDA y este, y luego un chofer de un amigo de mi hermano.

9.- ¿Qué harían si su novio tuviera SIDA?

- Yo le digo que no, mejor como amigos ¿no?

- Pero también cómo le dió SIDA si es tu novio, si fue por sangre.

- Lo cortaría de todas maneras.

- Vamos a tratarnos mejor como amigos y vamos a pasarla bien.

- Sería un beneficio de los dos ¿no? o sea una para que no le dé y el otro para que no se sienta con la responsabilidad.

- Así nada mas, 'hola cómo estás'.

- Yo sí lo cortaría, neta, porque pues digo ¿no?, tampoco me alejo de él pero orale, como amigos.

- Vamos a vivir así mejor, para que la pases bien.

- Vamos a platicar, pero a un metro por favor, tengo una heridita, no vaya a ser que una gota de sangre..

10.- ¿Saben ustedes cómo tratan a los enfermos de SIDA?

- Ajá, un amigo de una amiga de mi mamá...

- Bueno, es que una amiga trabaja en CONASIDA, entonces nos contó que había un muchacho en el hospital que tenía SIDA y que se murió, porque ya se murió, pero se murió de hambre, porque ninguna enfermera le quería ir a poner el suero, ni nada, se murió de hambre.

- Pues yo sí creo, porque en México, si creo que es así, porque en otros lugares...

- Obvio que es en México.

- Pues nosotros decimos que la trataríamos igual, pero hay muchas personas que no.

- Pero es gente que no está muy bien informada ¿no? dicen no pues no vaya es estronudar y ya me dé SIDA, o cosas así.

- Pero en serio, que llegaba la enfermera, cubría la puerta y ves como dan la comida en los hospitales, pues llegaba y se la aventaba.

11.- ¿Y que opinan ustedes de este trato?.

- Muy mal.

- Para que son enfermeras digo, para tratar a los enfermos.

- Yo digo que si son enfermeras deberían de tener cierta idea de lo que es el SIDA y de como se contagia.

- Y si van a cuidar a un sidoso, no creo que sigan pensando en que por ir a nadar a una alberca con un sidoso te dé SIDA.

- Pues que hay mucha gente que no se informa

- Yo creo que la gente se tiene que informar más, porque luego dicen, ha pues total, yo no tengo relaciones sexuales o sea que da igual, pues no, a mi marido no le va a dar, pues bueno.

- Igual también esta amiga nos contó que hay más índice de SIDA entre las prostitutas, porque resulta que llega el marido y se va pues por ahí ¿no?, y no toma sus precauciones y total que le da al marido el SIDA, ni modo que la esposa diga no haber mi rey con condón, o sea, ni idea tienen que el marido anda por ahí.

- ¿Te acuerdas del chavito este que te conté, que tiene sida?, pues el papá tiene SIDA porque andaba por ahí y pues la mamá también tiene SIDA, el único que no tiene SIDA es el hermano.

¡Ay se va a quedar sólo, se va a morir toda la familia!

- Ay pues yo que él, haber contagiame papá

- No pues las prostitutas, como que ellas ya saben bien que onda, yo creo que deben estar muy bien enteradas.

- Si, yo ví que ellas las prostitutas si no era con condón, les dan una patada y se van.

- En cambio las amas de casa, ni modo que les digan a sus esposos.

- Sí, las sirvientas con el esposo y todos en la casa.

- El perro también.

- Ahí pueden suceder muchas cosas, si sale el esposo y la

servienta con SIDA.

12.- ¿Cuáles son las maneras de prevenirse?

- Pues si tienes relaciones sexuales, que seas precavida con condones y bueno, que no sea así con el primero que pase ¿no? que sea con tu pareja

- Que te hagan un examen de SIDA antes de casarte, porque si no imagínate, porque ve, yo tengo unos amigos que viven en Paris, entonces vinieron aquí hace como tres meses, entonces un chavo se ligó a una chava aquí, entonces la chava le llegó, entonces él le dijo que primero se hiciera examen del SIDA, porque en Paris es algo muy normal, entonces la chava se histerizó y ah se enojó y todo pero pues yo creo que está bien. Pues para mí que yo de plano pues ya de transmisión de sangre, pues ya es según el hospital de... bueno porque un maestro de mi hermano le tenían que inyectar SIDA, digo le tenían que poner sangre y estaba así medio que se despertaba y medio que no y con tal de que estaba así de que le inyectaban y no, vió que la sangre que le iban a poner a él era negativo y decía positivo, entonces ya empezó a gritar "ay, que me quieren matar", que no sé qué y ya demandaron al hospital, pero es que luego pues no se fijan y te ponen la sangre que sacan.

- Use Plastipak

12a.- ¿Como se evitaría este contacto por la sangre?

- Pues que llegas al hospital y dices, haber háganle un examen de SIDA, enfrente de mi a la sangre que me van a dar.

- O que te pongan sangre que no esté refrigerada, sino que se la saquen ahí al joven.

- Por eso, que le hagan el examen, la sacan y te la ponen.

13.- ¿Ustedes se previenen de alguna manera contra el SIDA?

-A mi el otro día me inyectaron, me sacaron sangre, pero el problema fue que no chequé la jeringa, pero yo confío en la enfermera vaya.

- Yo sí checo las jeringas.

- Y hasta ahora no he visto ningún chavo así que me guste que se vea sidoso

- No, y aunque te gustara, pues no sabes.

- Sí, pues igual.

14.- ¿En donde han obtenido esta información?

- De oídas

- De la vida

- Por experiencias

- Bueno yo, aparte de que me platican los que saben, los que

tienen experiencia y luego nos dieron una conferencia unos compañeros, del SIDA y luego un maestro y bueno, de que te vas enterando, que te van diciendo.

- A mí pues mi mamá, y de que nos vienen aquí a platicar.

- Todo el mundo habla del SIDA.

- O sea, de repente con que digan dos o tres cosas se te meten y aunque no sepas de dónde, ni qué, ni cómo, pero se te meten.

- Como, nos dijo un profesor que el había ido al Centro de Investigación de no sé qué, aquí en México y que encontraron una plantita en Oaxaca, que parece que, bueno, que a él le consta que ha habido dos personas que ya se han curado del SIDA y mi tío también me decía que el conoció a unos que se curaron del SIDA, y este, lo que pasa es que el Gobierno no les quiere dar dinero, es una plantita así que, por ejemplo vas caminando y te cortas, y sigues te encuentras la plantita y de repente ya se te cicatriza.

- Yo conozco a un señor que da cursos de no sé qué, y dice que el puede curar el SIDA, pero todavía no le llega ningún sidoso.

- En el periódico, sidosos cùrense.

- Igual que te vienen a platicar los maestros.

- Yo igual, porque mi mamá trabaja con sidosos.

- Anita es la experta en SIDA.

15.- ¿Como evaluarían ustedes las campañas que se hacen aquí

en México?

- Ay pues pésimas eh... los de Provida que prohibieron, que los anuncios y todo. y ahorita ha pues los que hizo Superbarrio y la mujer maravilla que son para ponerlos, si ya sabes, en los barrios y todo.
- Pero en realidad como que no hablan de eso, como que no se deciden a irse a informar, pero la gente no es babosa.
- Y luego salen los de Provida y dicen no condón "Ah".
- Y eso de que "yo trabajo con sidosos, y itu que estas haciendo", esas son tonterías y aparte te juro que nadie va a hablar a CONASIDA ¿qué es el sida?
- No, es que no lo hacen para que la gente se interese ¿no? te dicen no pues habla aquí y te damos información, pero pues lo hacen porque si no lo hacen pues que ojetes.
- Y la gente dice no pues que flojera ir a hablar a CONASIDA, y te echan el rollo.
- Siempre que he hablado no contestan.
- Está ocupado.
- Sacan más publicidad de las drogas que del SIDA.
- Si, Yuri, que mi amigo, que no sé qué.
- Además, ellos son más drogadictos.
- Aparte, bueno se me hace medio ilógico que den más importancia a la drogadicción a pesar de que uno no está informado, pues ya si uno quiere

- Pues sí tiene problemas, pero es que aunque no quieras ahí te va.

- En cambio el SIDA, que se puede decir que es relativamente nuevo, pero o sea no es del dominio público todos los conocimientos que hay sobre el SIDA, igual todos los gringos dicen que es por el mono verde, igual otros dicen que los gringos estaban haciendo un virus y se les salió del laboratorio y que querían matar a los nicaragüenses.

- Sí, que prepararon una bomba que la iban a echar y que después se iban a contagiar todos y que se iban a morir.

- Pues yo digo que en el laboratorio de los gringos o sea, tal vez no lo hacían para ir a echarles a los vietnamitas, pero tal vez estaban experimentando y se les fue..

- O tal vez con el SIDA, el que tenía, el que tenía el chavito este, le sacaron cositas para ver como los podían matar o algo entre que los examinaron se reprodujeron y que le cae a uno, y salió y fue con su novia y así ya.

- Yo igual, porque eso de que el mono verde y que los negros.

- Aparte ¿Cómo se transmite de un mono verde a un hombre

16.- ¿Qué Propuesta harían para diseñar una campaña para Jóvenes de su edad?

- Yo creo que más bien pláticas, porque los comerciales y propagandas.

- Bueno pero también se te quedarían, o sea eso de que
- Pondría más propaganda en la tele que diga el SIDA, es tal, el SIDA es así y se puede transmitir.
- Sí, o sea más propaganda que expliquen.
- Que hay que tomar sus precauciones.
- No tenerle miedo a Provida, en primera.
- Programas pero divertidos o sea no como los del 9 que sale uno bostezando.
- Que vaya gente que platique del SIDA, porque si no, luego..., y hacerlo..., lo que pasa es que la misma propaganda debe ser más no sé, atractiva para que todo mundo se entere, porque sino... les vale, dicen no, que aburrido.
- Hay algunas personas que por ejemplo les dicen no uses condón...no, usa condón y van y no lo usan o sea por llevarle la contraria al anuncio.
- Yo he oído muchos chavos aquí que dicen, ay no yo nunca me voy a poner un condón, no tengo porque envolverme en un plástico que no sé qué, o sea más bien les vale gorro.
- O hay otros que se cargan su canasta de condones.
- Los chavos no van a pensar que su chava pueda tener SIDA, ni las chavas que su chavo pueda tener SIDA o sea como que siempre van a confiar y que tal si no o que tal si sí, pero igual que el otro no sabe que tiene y si tiene pues ya se amoló.
- Sí, uno no puede estar todo el día pendiente.

- No creo porque no va con prostitutas, no creo porque no le han inyectado sangre, pero pues igual, ya tuvo por ahí.

17.- ¿Ha afectado en algo su vida el hecho de que exista SIDA?

- Pues de cambiar la vida no pero...

- O sea realmente para mí no ha sido tan cercano como para decir no pues fíjate éste tiene SIDA, algo que me afecte directamente o sea no que yo tenga SIDA.

- A mí de la vida no, pero como que estoy más preocupada y no

- La vida pues no

- No, no

#### PRIMER GRUPO HOMBRES NEZA

1.- ¿Qué es el SIDA?

- Es una enfermedad ¿no?

- Es una enfermedad que se puede contraer por medio del sexo

- No nada más con sexo sino ¿cómo se llama?

- Pues enfermedades del nacimiento ¿no? pues sí, o sea luego... nacen los niños con SIDA, porque ya está contagiada la mamá ¿no? también...

- También cuando el hombre va como quien dice a hacer

relaciones con otra mujer, la mujer ya está contagiada de tanto, o sea de lo mismo que ha tenido relaciones sexuales con otros y de ahí se trae, se contagia y se trae esa enfermedad.

2.- ¿Saben que es lo que causa el SIDA?

- Muerte

3.- ¿Cuál es el organismo que causa el SIDA?

- No

- Los testículos ¿no?

- No lo conocemos

- No lo conocemos

4.- ¿Saben ustedes como se originó el SIDA?

- Desde que empezaron a tener relaciones los hombres con las mujeres

- Yo pienso que eso se originó por las mujeres, ora si que prostitutas, por medio de ellas yo creo se contagio comenzó a haber esa enfermedad.

- Por lo mismo ¿no?

- Es como si tu hicieras varias revolturas y así sale el SIDA

¿no?

5.- ¿Y cómo se imaginan al SIDA ustedes?

- Este

- Cuando un hombre se esta besando con una, con un hombre, cuando, y también cuando hay relaciones igual entre dos hombres se contagia el SIDA, esa enfermedad, por lo mismo que hace lo mismo las relaciones, por eso.

- Lo mismo

- También como en la mujeres ¿no? hay varias que entre ellas mismas.

- O sea no se nota el SIDA, porque o sea el SIDA ya es una enfermedad ya así, se puede decir que ya viene por dentro del cuerpo. Si se nota, te empiezan a salir manchas así negras y se empiezan a poner flacos, flacos.

6.- ¿Conocen ustedes las formas como se contagia,

- Por medio del condón.

- Por eso, lo que acaban de decir, que tengan así relaciones los hombres con las mujeres pero o sea, ya muy fuera de lo normal.

- Pues que tenga relación un hombre con un hombre y luego este hombre, uno de ellos, tenga una relación con una mujer.

él contagia, y pues también cuando la mujer atrae al hombre, o sea cuando el hombre tiene mucha o sea como quien dice quiere hacer una relación con alguien, entonces la mujer es como está enferma lo atrae y entonces ahí es donde está eso y por eso se atrae lo del SIDA.

7.- ¿Tienen idea de cuántos mexicanos tienen SIDA?

- No tengo idea

- Muy pocos ¿no?

- Unos cuantos millones, porque o sea en cada colonia, se puede decir que hay más de un millón, dos millones de habitantes en cada colonia y así en todo el país debe haber unos cuantos millones.

- Que de un 100%, un 30% es el que está contagiado.

- Unos 300,000 más o menos.

8.- ¿Saben cual es la forma más frecuente en la que se contagian los mexicanos?

- Pues yendo con las mujeres de la candelaria

- lo mismo

- Tener relación con otra mujer y luego con su esposa.

- Luego hay muchachas que como son de otro lado, de otros

países, también allá como existe el SIDA, entonces vienen para acá ¿no? hay unos que sí se vienen para acá acompañados, entonces aquí es donde el hombre las ve, y como quien dice están bien buenas ¿no?. entonces ahí es donde se meten con ellas y como ellas traen el SIDA desde hace ya mucho tiempo... entonces agarran y contagian a la demás gente, entonces luego esa persona que hizo relaciones con ella, esta luego él va a ir a otro lado y quiere también y puede que sí y ahí también se vuelve a contagiar esa forma de SIDA.

9.- ¿Cómo se dan cuenta ustedes que una persona tiene SIDA?

- Pues este, como le dije por las manchas así porque no son manchas chicas, son, están grandes y pues yo pienso que así en la calle no han de andar, los tienen en hospitales ¿no?, es como uno se dá cuenta

- Sí, yo digo que si son esas manchas, digo que si han de estar, si hay aquí afuera de los hospitales si hay, sino que no salen porque saben, les dá pena salir, que saben que están enfermos para no contagiar a la demás gente, o si lo harán ya se contagian a más personas.

- Lo mismo

- No es fácil darse cuenta

- Yo he visto las manchas porque tengo una revista acerca de eso del SIDA y me he estado poniendo a leerla y pues sí salen

ahí pacientes flacos y con muchas manchas, ya casi a punto de morir.

- Nosotros no los hemos visto

10.- ¿Cuál es el trato que le darían ustedes a un conocido suyo que tuviera SIDA?

- Yo creo que le daría un poco de apoyo, de esa enfermedad, si ya está avanzada se puede decir que ya está del otro lado y si apenas se ve ya empieza a notar que se acaba de empezar a enfermar, si se puede tratar un poco y se puede tener un poco de más larga vida.

- Apoyándolo, ¿no?, no bajándole la moral, diciéndole no, no te preocupes o sea dándole ánimos para que ahora sí no se deje vencer por la enfermedad.

- Pues también apoyarlos para que no se decaigan.

- O una solución más rápida, pues llevarlos a un hospital, o sea que decirles nosotros a ellos que no, darles ánimo ¿no?, entonces cuando ellos estén allá mejor y ya ellos han de saber que es mejor para ellos, estar en un hospital que tiene mejores capacidades para mejorarse, tal vez no, pero...

- También llevarlos a un hospital y que reciban la mejor atención médica ¿no?

11.- ¿Que harían ustedes si su chava tuviera SIDA?

- Pues lo mismo ¿no? apoyaría y pues en este caso ni dejaría ni menospreciaría, atenderla lo mejor que se pueda, llevarla a un hospital para que la atiendan bien allá pues.

- También la apoyaría un poco porque supongamos, pues si yo no la contagie, conmigo no es la bronca, pero de todos modos se apoya porque también ella está enferma y padece de una enfermedad que ella ni siquiera sabe a lo mejor que es y lo toma como si hubiera comido algo que le haiga hecho mal y por eso salieron esas manchas.

- También apoyaría.

- Platicar con ella y saber porque lo hizo o porque se contagio y después apoyarla, llevarla a un hospital y ayudarla.

- Es lo mismo, apoyaría y que se mejore ¿no?... por lo tanto pues llevarla al médico, ahí que la atiendan y que se puede curar ¿no? o para que se cure más rápido.

11a.- ¿Saben ustedes cómo son tratados los enfermos de SIDA?

- En la sociedad, pues como dicen unos, si tiene SIDA porqué me voy a juntar con él, si no es de mi familia

- Los hacen a un lado

- Y, o sea les hechan de habladas que hacen que se decaigan más y les dejan de hablar y en un hospital es diferente, los atienden a todos igual.

- Porque los hospitales si son para eso, para atender, o sea no como quien dice para ...

- Menospreciarlos

- ...AJÁ

- Es que hacen lo mismo, como yo, me estoy juntando con una persona que tiene el SIDA, pues ni modo, yo me voy a hacer a un lado, pues este cuate me va a pegar el SIDA, entonces me hago a un lado ¿no? y van a estar contando a otros, por mi voy a empezar a todos a decir, mira ese tiene SIDA y el o ella se va a sentir mucho, es lo que yo pienso

- Lo mismo

12.- ¿Han conocido a alguna personas con SIDA?

- No

13.- ¿Saben ustedes como se previene esta enfermedad?

- Con tratamiento ¿no? tú tampoco les puedes decir, no pues le echas así como dicen los brujos, pues vamos a moverle el huevito a ver si se le para o algo así.

- Recientemente sacaron una inyección ¿no? o sea que teóricamente estaba comprobado que detenía ese mal, aquí que yo sepa no lo han traído esa inyección para acá, para prevenir eso.

- O si se puede decir es muy caro, pues o sea como es única, porque si es supongamos una pastilla para el dolor de cabeza, antes era muy difícil de encontrar pero ahora cualquiera lo puede comprar y esto como es una enfermedad nueva, no tan nueva, pero o sea también se puede contagiar en cualquier momento y la inyección, se puede decir que cuesta muy cara, porque utilizan mucho material e invierten mucho y ganan mucho los vendedores.

- Una de las maneras sería quitando a las mujeres que se venden, quitarlas ahora sí de donde están y que ya no permitieran eso pues.

- No teniendo relaciones

- También como el dice, no teniendo relaciones con cualquier persona, con su debida pareja ¿no?, y también las parejas que cuando se casen pues sí que vayan al médico, así es como se sabe quien es el que tiene el SIDA y quien es el que no.

#### 14.- ¿Como se previenen ustedes del SIDA?

- Pues informándonos más acerca de esa enfermedad, yo creo que así se previene uno.

- Pues ahorita yo todavía no me prevengo, porque se puede decir que a nosotros no nos pueden contagiar porque el SIDA no es contagiable sino por medio de... así como diciendo de las mujeres que se venden, por eso sí se contagia, un saludo,

un beso, bueno un beso a lo mejor sí, un abrazo no te puede contagiar porque o sea la enfermedad está ya de por dentro del cuerpo y no te puedes contagiar, puedes seguir tranquilo y tu puedes saber, allá tú si te contagias por medio de las mujeres esas que se venden.

- También tienen que aprender más del SIDA para que no se enfermen, no tener relaciones con cualquier mujer.

- Leer libros, o algo así, que nos platicuen del SIDA.

- También poder ir a hacer investigaciones con cualquier doctor que ya sepa del SIDA, pues que nos informe más de sobre de eso para que nos podamos o sea, cuidar de eso del SIDA

15.- ¿Cómo evaluarían ustedes a las campañas que se están llevando a cabo en México para prevenir el SIDA?

- Sí, pues están bien, porque yo conozco, luego las pasan en la tele, eso de CONASIDA de que evite el uso del condón y este relaciones, y así es lo que dicen.

- Es que yo no se de eso de las campañas

- Aunque también está bien porque, o sea supongamos si tienes un caso así, digamos en una casa, entonces no pues donde lo llevo ¿no? en la tele no han anunciado ni en el radio adonde los llevo, ni modo que los lleve al seguro, se va a contagiar más, por una parte está bien hasta poner teléfono y donde es

eso, para prevenir el SIDA y pues allí ya los puedes llevar porque supón, si los llevas a una casa ahí también se contagian.

- Esta bien ¿no?

16.- ¿Consideran ustedes que se ha hecho una campaña dirigida a adolescentes?

- No, no he visto ninguna que o sea, todas las que he visto se refieren nomás para gente adulta pues

- No

- No, mucho menos, si no he visto para grandes, tampoco para chicos, han de ser en general

- No, porque yo supongo que eso nomás es para grandes.

- Nomás son pa' los grandes pues son los que más se... más hacen relaciones que se meten con cualquier gente ¿no? no saben que tipo de gente es y y por eso es que saben que nada más los puros grandes, porque los chicos, pus ya los que están muy decididos a hacer eso pues lo hacen pero namás, yo lo que he visto que sepa ahorita son nada más para los grandes.

- Puede ser así como decía hace ratito que las chavas eran, pus, este yo supongo que han de tomar pastillas y todo eso y hay unas que no que ya con una de esas yo creo que ya tienen su hijo y ya nacen así, se puede decir que con SIDA, y ya el SIDA no dura mucho yo creo que dura 2 o 1 año de vida y así

los niños, chiquitos recién nacidos, no llegan a ser ni adolescentes, por eso yo digo que un adolescente no se contagia y o sea ya es para los adultos.

16a.- ¿No creen que haya chavos así de su edad con SIDA?

m.- No, que sepan esas cosas...

- No, que sepan esas cosas...

- Solamente las mujeres son las que les, no pues vente vamos a echarnos un caldo y acá y aparte del caldo pues se pasan y ya se siguen con más, son de esas chavas que hacen de eso, o sea porque a mi me lo han dicho, ¿no? como mi compañero, este Meza, el greñas ese que casi nunca entra a la escuela, se va a echar caldos que a una casa y van a ver películas pornográficas y dice que la chava es ahí donde le empieza a pegar en la pierna y no sé, yo digo que les ha de gustar, son más las mujeres que hacen eso, ya los que lo hacen son los hombres más grandes que nosotros.

- Allá ellos ¿no?

- Sí, como dice él cada quien su onda ¿no? o sea supongamos que si la chava esa dice que antes, que... supongamos que él dice "yo tengo una novia" y luego ya este, me deja así por él y él le da... y supongamos él tiene dinero y dice "no pues échale la culpa a él y te doy todo lo que quieras, dinero, se venden también por una parte las mujeres, y eso yo lo he

visto así más que nada con mis primos y dice no pus.

- Es como quien dice pues que tiene que una vez, ha de decir la chava, pero al rato ya no es una vez, ya son varias veces...

- Es su negocio

17.- ¿Qué propuestas harían ustedes para hacer una buena campaña contra el SIDA para chavos de su edad?

- Yo digo que como ahorita, como nos está informando usted, ir a escuelas ¿no? a la hora de la entrada, ir a las escuelas y a los salones, ir a platicar sobre de esto, así como ir un día a toda una escuela, al otro día a otra escuela, o sea que estén casi todos los niños informados del SIDA.

- Igual, que vengan a sus escuelas a platicar, o también a sus casas y ya se entera toda la familia.

- Yo digo que, mientras nosotros vayamos así a escuelas yo digo que ya no es necesario pasar a las casas, porque sus hijos les van a informar a ellos sobre eso, y es de donde se informa de nosotros a ellos y de ellos a sus familiares. - También hacer casas, como las alcohólicos anónimos pero para SIDA, o sea que dieran platicas acerca de eso, informarlos bien a los jóvenes pues de nuestra edad.

También pa' que se prevengan ¿no? y pues que ya no haiga mucho de esa enfermedad y publicarlo ¿no?, en teles, radio y

todo eso. O también evitar la venta de condones, pastillas, así cosas para evitar el embarazo tanto como para hombre y mujer.

- Está bien lo que dice él.

- O también este... que cuando también los de los otros lados de países que son más contagiosos que aquí, hay más contagio allá que aquí, entonces cuando vengan así en las, como quien dice aviones, vienen y vienen muchas chavas de esas, pues revisarias ¿no? pues que no vengan con el SIDA, porque de ellos nada más sobre de una persona se pueden contagiar como 30 o más personas, por esa persona se contagian muchas.

- También hacer lo que ellos hacen con nosotros cuando vamos para allá, porque yo he sabido de muchas personas que han ido por allá, que antes de pasar, o sea por que pasan bien derecho o sea que no pasan de contrabando, le ponen una inyección para no contagiar de todo el mal que traen de acá, allá... hacer nosotros también lo mismo con ellos, una vacuna para, o sea una inyección para los contagios que puedan traer de allá para acá... sí.

- Está bien.

18. ¿Qué significa el SIDA para ustedes?. ¿Ha afectado en algo sus vidas?.

- Pára mí no ha cambiado nada, o sea simplemente yo me preocupo por los demás, o sea que por mí también me preocupo ¿no? pero me gustaría hacer algo por las personas, aquellos que están contagiados.

- Hay personas que no luego los... es como una persona que va bien a un restaurant, esos de buen dinero, entonces ellos no saben eso ¿no?, agarran y toman y toman y toman y ya quedan bien borrachos y luego las chavas agarran y los atraen ¿no? y también por eso que las personas no saben ni lo que hacen ya, y es cuando se contagian la enfermedad.

- Para mí no porque, o sea, por ejemplo porque entre mi familia pues no hay nadie que tenga SIDA y no me preocupo, se puede decir que no hay cambio en mí, pero si se llega a dar el caso pues sí puedo cambiar porque yo al mismo tiempo tendría tristeza, dolor porque se contagié ¿no?.

- Pues lo mismo.

- Igual ¿no? también.

- También, sí ahorita que mi hermanito nada más está enfermo de la tos, pues uno se preocupa, pues es mi hermanito ¿no?, no te vaya a pasar algo, imagínate si le da el SIDA, pues eso ya no sé, pues una persona ya de eso ya no se salva, podrá vivir pero no mucho tiempo.

## ANEXO No 3.

## TABLA DE AGRUPAMIENTO DE RESPUESTAS POR FRECUENCIAS.

GRUPO: HOMBRES DEL CAF.

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE"

## 1. ¿Podría decirme alguno de ustedes qué es el SIDA?

(RESPUESTAS):	(GRUPOS)	(f)
"Es una enfermedad contagiosa que se adquiere por medio del contacto sexual y transfusión sanguínea".	(1)	(5)

"Hay un virus que ataca las defensas del cuerpo, así te las quita y te puedes morir de lo que sea poco a poco, de una gripe te puedes morir".

(2 y 3)	(10)
---------	------

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE".

## 2. ¿Sabes cuál es el organismo que produce el SIDA?

(RESPUESTAS):	(GRUPOS)	(f)
"Un virus".	(1 y 2)	(10)
"Se llama VIH".	(3)	(5)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE"

## 3. ¿Cuáles son las características de ese organismo?

(RESPUESTAS):	(GRUPOS)	(f)
"No sé".	(1)	(2)
"Es chiquito".	(1)	(3)
"Las células, no me acuerdo bien, tienen que hacer una frase de no me acuerdo cuantos números. Tienen que hacer la misma para poder prevenirlo o hacer la vacuna y eso".	(1)	(3)
"Se te mete a las células y comienza a reproducirse y a invadir a otras. te quita todas las defensas porque te mata todos los glóbulos blancos. se mete al sistema inmunológico y lo trava".	(1 y 2)	(8)
"Tiene 4 cromosomas o algo así y ataca a las células".	(2)	(5)
"En el aire no puede sobrevivir. tiene		

que estar en la sangre".	(2)	(5)
"El virus no alcanza a vivir a los 60=".	(2)	(5)
"Se transmite por relacion sexual".	(3)	(5)
"Necesita estar en un lugar muy bizcoso, muy debil".	(3)	(5)
"Sólo puede vivir y reproducirse dentro del organismo de un ser vivo".	(3)	(5)
"Se transforma en una célula de tu propio cuerpo, vive como una célula de tu propio cuerpo y no la detectan".	(3)	(5)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "ORIGEN".

## 4. ¿Cómo se originó el SIDA?

(RESPUESTAS):	(GRUPO)	(P)
"Porque un cazador tuvo relaciones sexuales con un mono que tenía el virus".	(1)	(1)

"El virus fue creado en unos laboratorios de Estados Unidos y los gringos inventaron lo de las monos para que no los culparan a ellos". (1) (4)

"Fueron a través de un experimento norteamericano para crear una arma bacteriológica". (2) (5)

"Fueron experimentos biológicos y le inyectaron el virus a los presos para probar". (2) (1)

"El virus lo tenían unos monos blancos que no les hacía nada y los soldados que en Africa comen monos se les pasó el SIDA y como hacen actos homosexuales, así se empezó a difundir el síndrome". (3) (4)

"Tal vez ya existía y todavía no se había descubierto". (3) (1)

"Quizá surgio de la guerra". (3) (1)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "ORIGEN"

## 5. ¿Dónde se originó el SIDA?

(RESPUESTAS):	(GRUPOS)	(f)
"En Estados Unidos".	(1 y 2)	(12)
"En Africa".	(1 y 2)	(2)
"En Japón".	(3)	(1)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FORMAS DE CONTAGIO"

## 6. ¿Saben ustedes cuáles son las formas de contagio?

(RESPUESTAS)	(GRUPOS)	(F)
"Contacto sexual".	(1, 2, y 3)	(15)
"Por la transfusión de sangre de un sidoso".	(1, 2, y 3)	(15)
"Por usar jeringas usadas".	(1, 2, y 3)	(5)
"Si la mamá nace son SIDA, el niño nace son SIDA".	(1, 2, y 3)	(10)
"Los drogadictos por pasarse la co- caína se transmiten la enfermedad".	(1, 2, y 3)	(5)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FORMAS DE NO CONTAGIO"

6. ¿Saben ustedes cuáles son las formas de no contagio?

(RESPUESTAS)	(GRUPOS)	(f)
"Por saliva no se transmite".	(1, 2 y 3)	(14)
"Por orines no se transmite".	(1, 2 y 3)	(5)
"No se contagia por saludar de mano ni por contacto casual".	(1, 2 y 3)	(10)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "DIMENSION DE LA EPIDEMIA".

7. ¿Saben cuantos mexicanos tienen SIDA?

(RESPUESTAS)	(GRUPOS)	(f)
"De 3,500 o algo así".	(1)	(2)
"Me imagino que un 3%".	(1)	(1)
"No sabemos".	(1)	(2)
"500".	(2)	(1)

"Diez mil casos".	(2)	(1)
"Un millón, por lo menos".	(2)	(1)
"Un libro decía que 7.000".	(2)	(1)
"Como dos millones"	(2)	(1)
"Las cifras oficiales no son ciertas, pues por cada persona registrada hay aproximadamente 100 que no estan re- gistrados y es muy difícil saber".	(2)	(5)
"No sabemos".	(3)	(3)
"Como tres mil".	(3)	(3)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "DIMENSION DE  
LA EPIDEMIA".

8. ¿Sabes cual es la forma de contagio más frecuente en  
nuestro país?

(RESPUESTAS) (GRUPOS) (f)

"La mayor parte es por contacto

sexual".	(1,2 y 3)	(12)
----------	-----------	------

"Tener relaciones sexuales con una prostituta".	(2)	(1)
---	-----	-----

"Por transmisión de sangre".	(1 y 3)	(3)
------------------------------	---------	-----

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINTOMAS".

9. ¿Cuáles son las manifestaciones físicas que sufre un enfermo de SIDA?

(RESPUESTAS)	(GRUPOS)	(f)
--------------	----------	-----

"No sé".	(1)	(1)
----------	-----	-----

"Como que no aceptan la comida".	(1)	(4)
----------------------------------	-----	-----

"Se ponen muy mal con una simple gripa".	(1)	(4)
--	-----	-----

"Hay algunos maricones de los que se sospecha".	(1)	(1)
---	-----	-----

"Les salen ronchas en la boca y en la lengua".	(1 y 2)	(9)
--	---------	-----

"Se ponen amarillos".	(1)	(4)
"Les da diarrea".	(2)	(5)
"Manchas en el cuerpo".	(1 y 3)	(10)
"Sudan en la noche".	(2)	(5)
"Se cansan".	(2)	(5)
"Catarro prolongado".	(2)	(5)
"Orinarse en la cama".	(2)	(5)
"Dolor de estómago".	(3)	(5)
"Palidez".	(3)	(5)
"Les salen como barros".	(3)	(5)
"Como coágulos".	(3)	(2)
"Se sienten mal todo el día".	(3)	(5)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS"

10. ¿Cuál es el trato que le darían ustedes a un amigo suyo que estuviera enfermo de SIDA?

(RESPUESTAS): (GRUPOS) (f)

"No aislarlo, pero tampoco dejarlo mucho con el contacto así. No dejarlo que contagie a otras personas y cuidarlo, porque cualquier cosa que le llegue, le hace daño. Y dejarlo que muera en paz." (1) (5)

"Tratarlo como a cualquier persona normal. ni verte en exceso amable con él. ni rechazarlo". (2 y 3) (10)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

11. ¿Qué harían si su novia tuviera SIDA?

(RESPUESTAS) (GRUPOS) (f)

"Antes de hacerle el amor averiguaría-  
mos que no tiene el virus". (1) (5)

"Llevar una vida normal con ella cla-  
ro, menos hacer el amor con ella". (2) (5)

"Hay que tomar varias medidas". (2) (5)

"Fijarse que no tenga cortadas". (2) (5)

"Hay que ir a consultar a un médico.  
a un especialista". (3) (4)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL "TRATO A LOS ENFERMOS".

12. ¿Saben ustedes como son tratados los enfermos de SIDA en la sociedad y en los hospitales?

(RESPUESTAS)	(GRUPOS)	(f)
"Los aislan y las desprecian, casi nadie los cuida porque creen que nada más con tocarlos o estar con ellos se van a contagiar, y los desprecian porque todos creen que el que tiene SIDA es homosexual o son prostitutas".	(1,2 y 3)	(11)

"En los noticieros como que también discriminan a los que tienen SIDA. No te explican bien".	(1)	(5)
--	-----	-----

"No sabemos".	(2)	(3)
---------------	-----	-----

"Experimentan con ellos a veces".	(3)	(1)
-----------------------------------	-----	-----

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

13. ¿Que opinan al respecto?

(RESPUESTAS)	(GRUPOS)	(f)
"Eso esta mal, se debe aceptar a la persona como es. Si es homosexual, pues es homosexual, no hay problema".	(1)	(5)

"No hay que aislarlos tanto, pero sí tener cuidado. (2) (5)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "PREVENCIÓN".

14. ¿Saben ustedes cuál es la manera de prevenir la enfermedad?

(RESPUESTAS)	(GRUPOS)	(f)
"Usando condón"	(1, 2 y 3)	(15)
"Vigilar que la sangre haya sido analizada en el hospital para transfusiones, a través de su sello de garantía".	(1 y 2)	(10)
"Usando jeringas desechables".	(1 y 3)	(10)
"Hay algunos condones tan delgados que uno se puede contagiar".	(2)	(5)
"Lavar bien los platos, porque se puede quedar en la saliva".	(2 y 3)	(6)
"No usando cepillos de dientes de	(2)	(5)

otros".

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "PREVENCION".

15. ¿Cómo se previenen ustedes contra el SIDA?

(RESPUESTAS): (GRUPOS) (f)

"Con condón". (1 y 2) (4)

"No yendo al baño sauna". (1) (3)

"Yo simplemente no me meto con nadie  
nadie. Con no meterme con al alguien (2) (4)  
quien que sepas que ya anduvo muchas  
o algo así".

"Por ahorita nada". (3) (3)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FUENTE DE INFORMACION".

16. ¿En dónde has obtenido esta información?

(REPUESTAS): (GRUPOS) (f)

"Los carties que ponen en el metro". (1 y 2) (10)

"En el radio". (1) (5)

"En los noticieros".	(1)	(5)
"En el periódico".	(1)	(5)
"En programas documentales del SIDA".	(1)	(5)
"Por pláticas con la gente".	(1 y 2)	(10)
"A través de libros".	(2)	(5)
"En la televisión".	(2 y 3)	(10)
"En folletos".	(2 y 3)	(10)
"En posters".	(2)	(5)
"En revistas".	(2)	(5)
"Hablando con mis papás".	(2 y 3)	(10)
"Conferencias".	(3)	(5)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CAMPAÑAS".

17. ¿Cómo evaluarían las campañas que se están haciendo en México para prevenir el SIDA?

(RESPUESTAS): (GRUPOS) (f)

"Son pobres, todavía les hace falta mucho. Como que les da pena poner un letrero grandote de cómo se transmite el SIDA?." (1) (5)

"La iglesia estorba mucho, y el Opus Dei y el Papa ya prohibieron el (1) (5)

condón. Hay una campaña que prohíbe el condón. La mayoría no las aceptaría por los prejuicios".

"Yo digo que no sirven". (2) (1)

"Al principio cuando empezaron estaban bien, pero ProVida les armó un relajo para que no dijeran condón. Pero estaría bien que siguieran". (2) (4)

"Yo creo que no están mal, se hace lo que se puede". (3) (5)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CAMPANAS".

18. ¿Qué propuestas harían ustedes para diseñar una buena campaña dirigida a adolescentes?.

(RESPUESTAS): (GRUPOS) (f)

"Que den información en las escuelas". (1 y 3) (10)

"Deberían pasar información por la televisión, que es un medio masivo muy fuerte". (1 y 2) (8)

"Deberían dar propaganda en el radio".

(2) (3)

"Nosotros no tenemos propuestas,  
necesitaríamos estar mejor  
informados".

(2) (2)

"Primero los padres deberían dar  
información a los hijos para que se  
hicieran de opinión".

(2) (3)

"Que se hagan encuestas para saber  
cuál es la opinión de la gente, que  
tipo de gente son y conforme a eso dar  
la información".

(3) (5)

"Que tengan doctores especializados,  
no cualquier doctor".

(3) (5)

"Yo les diría lo que es la enfermedad,  
qué formas de contagios hay, como  
prevenirla".

(3) (5)

"Ir también a los barrios o juntas en  
colonias a la gente y dar  
conferencias".

(3) (5)

"Hacer algo como el censo, menos rívido que el censo, porque tal vez se molestarían si preguntamos de casa en casa". (3) (5)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CONCIENICA".

19. ¿Se han afectado sus vidas desde que existe el SIDA?

(RESPUESTAS): (GRUPOS) (f)

"Al principio me daba miedo, pero ya que tuve más información se me quitaron las ideas de que con cualquier cosa me iba a infectar". (1) (2)

"Lo que hacemos es cuidarnos y no exponernos". (1) (5)

"Pues sí, es muy alarmante la enfermedad, te tiene que prevenir, cuidarte mucho más, y hacer que la gente participe y piense en eso?". (2) (4)

"Ahora tiene que llevar a tu novia a que se saque análisis, antes de". (2) (1)

casarte".

"No sé".

(3)

(1)

"Sí ha cambiado. porque antes a pocos les importaba y ahora sí. Ahora ya están más condicinados. pues ya no hay tanta libertad de tus padres, para salir con una chava que no conozcan".

(3)

(4)

## ANEXO No. 4

## TABLA DE CATEGORIZACION DE LAS RESPUESTAS POR GRUPO.

GRUPO: ADOLESCENTES VARONES DE CD. NEZA. T - 15 Estudiantes.

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE".

1. ¿Podría decirme alguno de ustedes qué es el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA.</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Es una enfermedad que se puede contraer por medio del sexo. Es también una enfermedad del nacimiento. puedes nacer con ella".

	(5)	(33.3%)
--	-----	---------

"El SIDA es una enfermedad que les da a las mujeres de la calle, porque se las violan en las calles y a los hombres que tienen relaciones con otros hombres".

	(5)	(33.3%)
--	-----	---------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE".

2. ¿Saben cuál es el organismo que produce el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA.</u>	<u>(11)</u>	<u>(73.33%)</u>
"Los espermatozoides".	(4)	(26.6%)
"El aparato reproductivo".	(5)	(33.3%)
"Los testículos".	(2)	(13.3%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE".

3. ¿Cuáles son las características de ese organismo?.

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>NULA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>
"No sabemos".	(15)	(100%)

ASPECTOS DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "ORIGEN".

4. ¿Cómo se originó el SIDA?.

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>INDEFINIDA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>
(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)

ASPECTOS DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "ORIGEN".

5. ¿Donde se originó el SIDA?.

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>NULA</u>	(15)	(100%)
"No sabemos".	(15)	(100%)

6. ¿Sabén ustedes cuáles son las formas de contagio?.

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	(10)	(66.6%)
"Es por tener relaciones hombre y mujer, pero fuera de lo normal"	(5)	(33.3%)
"Cuando un hombre se besa o tiene relaciones con otro hombre"	(10)	(66.6%)
"Cuando tienen relaciones 2 mujeres".	(5)	(33.3%)
"Por hacer el amor".	(10)	(66.6%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FORMAS DE NO CONTAGIO".

6a. ¿Cuáles son las formas de no contagio?.

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>CIENTIFICA</u>	(15)	(100%)

"Ni por los besos, ni por el saludo ni por abrazarse, ni por hablar de frente, ni se contagio en el baño". (15) (100%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "DIMENSION DE LA EPIDEMIA".

7. ¿Tienen idea de cuántos mexicanos tienen SIDA?.

CATEGORIA	NUMERO	PORCENTAJE
<u>INDEFINIDA</u>	(15)	(100%)
(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "DIMENSION DE LA EPIDEMIA".

8. ¿Saben cuál es la forma de contagio más frecuente en nuestro país?.

CATEGORIA	NUMERO	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	(8)	(53.3%)

"Yendo con las mujeres de la candelaria"	(2)	(13.3%)
--	-----	---------

"Tener relaciones con una mujer y luego ir con la esposa".	(1)	(6.6%)
--	-----	--------

"Por tener relaciones con turistas  
mujeres de otros países que tienen (3) (20%)  
SIDA".

"Por unirse". (2) (13.3%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINTOMAS"

9. ¿Cuáles son las manifestaciones físicas que presentan los enfermos de SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Les empiezan a salir manchas". (10) (66.6%)

"Se ponen flacos". (10) (66.6%)

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>PSICOLOGICA</u>	<u>(9)</u>	<u>(60%)</u>

"Por su conducta, su forma de hablar, (9) (60%)  
de vestirse"

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

10. ¿Cuál es el trato que le darían ustedes a un amigo suyo que estuviera enfermo de SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(8)</u>	<u>(53.3%)</u>
"Lo llevaríamos a un hospital a que reciba la mejor atención médica".	(8)	(53.3%)

## ASPECTOS DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

## 11. ¿Qué harían ustedes si su novia tuviera SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(9)</u>	<u>(60%)</u>
"Apoyarla, ni dejarla ni menospreciarla y llevarla con un médico que la atienda lo mejor posible".	(6)	(40%)
"Platicar con ella y saber por qué lo hizo o por qué se contagió y después llevarla al médico".	(1)	(6.6%)
"Si la quisiera mucho, pues llevarla a un especialista a ver si tenía cura o no, si no pues ya, dejarla para otro".	(3)	(20%)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS"

12. ¿Sabén ustedes cómo son tratados los enfermos de SIDA en la sociedad y en los hospitales?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(11)</u>	<u>(73.3%)</u>

"En la sociedad los hacen a un lado, los molestan, los desprecian, les dejan de hablar y hacen que se decaigan".

"En el hospital los tratan diferente, les atienden a todos por igual y no los menosprecian".	(6)	(40.0%)
--	-----	---------

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS"

13. ¿Que opinan al respecto?

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Esta mal. Hay que darles un trato adecuado, un trato especial, porque todos nos podemos enfermar".

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "PREVENCION"

14. ¿Saben ustedes cuál es la manera de prevenir la enfermedad?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	(15)	(100%)

"No teniendo relaciones con cualquier persona. fijarse bien con quien se mete uno?.	(15)	(100%)
---	------	--------

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	(10)	(66.6%)

"Usando condón".	(10)	(66.6%)
------------------	------	---------

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "PREVENCION".

15. ¿Cómo se previenen ustedes contra el SIDA?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>INDEFINIDA</u>	(15)	(100%)

(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)
---------------------	------	--------

## ASPECTOS DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FUENTES DE INFORMACION"

16. ¿En donde han obtenido esa información?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	(15)	(100%)

"Por la relación que llevamos con los amigos, pues nos hablamos de eso". (15) (100%)

"Por la televisión". (15) (100%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CAMPANAS"

17. ¿Cómo evaluarían las campañas que se han hecho en México para prevenir el SIDA?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	(12)	(80%)

"Esta bien porque pasan información en la tele de cómo prevenirnos, y nos dan el teléfono en donde nos dan información. Es eficiente y ha evitado que haya más enfermos?". (12) (80%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CAMPANAS".

18. ¿Qué propuestas harían ustedes para diseñar una buena campaña dirigida a adolescentes?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Informar en las escuelas. a la hora de la entrada. en los salones. ir todo un día a una escuela. al otro día a otra. que estén casi todos los niños informados sobre el SIDA". (10) (66.6%)

"Dar información en la tele en el radio". (10) (66.6%)

ASPECTOS DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CONCIENCIA"

19. ¿Se han afectado sus vidas desde que existe el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(13)</u>	<u>(85.6%)</u>

"No ha cambiado en nada. simplemente me preocupo por los demás. pero si se llega a dar el caso de que un hermano alguien cercano se enfermara. pues si cambiaría". (5) (33.3%)

"No. no nos ha afectado. nos daría lastima que alguien se enfermara". (8) (53.3%)

GRUPO: ADOLESCENTES VARONES CAF. T = 15 Estudiantes.

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE".

1. ¿Podría decirme alguno de ustedes qué es el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

"Hay un virus que ataca las defensas del cuerpo. así te las quita y te puedes morir de cualquier enfermedad. de la que sea. poco a poco. de una gripe te puedes morir".

(10)	(66.6%)
------	---------

"Es una enfermedad contagiosa. que se adquiere por medio del contacto sexual y transfusión sanguínea".

(5)	(33.3%)
-----	---------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE".

2. ¿Sabén cuál es el organismo que produce el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

"Un virus".	(10)	(66.6%)
-------------	------	---------

"Se llama VIH". (5) (33.3%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE".

3. ¿Cuáles son las características de ese organismo?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(11)</u>	<u>(100%)</u>

"Las células, no me acuerdo bien, tienen que hacer una frase, de no me acuerdo cuántos números, tienen que hacer la misma para poder prevenirla o hacer la vacuna". (3) (2.0%)

"Se te mete a la célula y comienza a reproducirse y a invadir otros, te quita, todas las defensas, porque te mata todos los glóbulos blancos, se mete al sistema inmunológico y lo trava". (8) (53.3%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "ORIGEN".

4. ¿Cómo se originó el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>POLITICA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"El virus fue creado en unos laboratorios de los Estados Unidos, y los gringos inventaron lo de los monos, para que no los culparan a ellos". (4) (26.6%)

"Fue a través de un experimento norteamericano para crear una arma bacteriológica". (5) (33.3%)

"Fueron experimentos biológicos y le inyectaron el virus a los presos para probar". (1) (6.6%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "ORIGEN".

5. ¿Dónde se originó el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>POLITICA</u>	<u>(12)</u>	<u>(80.%)</u>
"En Estados Unidos"	(12)	(80%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FORMAS DE CONTAGIO"

6. ¿Saben ustedes cuales son las formas de contagio?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>
"Por el contacto sexual".	(15)	(100%)
"Por la transfusión de sangre de un sidoso".	(15)	(100%)
"Si la mama tiene SIDA, el niño nace con SIDA".	(10)	(66.6%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FORMAS DE NO CONTAGIO".

6a. ¿Cuales son las formas de no contagio?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(14)</u>	<u>(93.3%)</u>
"Por saliva no se transmite".	(14)	(93.3%)
"No se contagio por saludar de mano. ni por contacto casual".	(10)	(66.6%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "DIMENSION DE LA  
EPIDEMIA".

7. ¿Tienen idea de cuántos mexicanos tienen SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>INDEFINIDA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)
---------------------	------	--------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "DIMENSION DE LA EPIDEMIA".

8. ¿Saben cuál es la forma de contagio más frecuente en nuestro país?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(12)</u>	<u>(80%)</u>

"La mayor parte es por contacto sexual".	(12)	(80%)
--	------	-------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINTOMAS".

9. ¿Cuáles son las manifestaciones físicas que sufre un enfermo de SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Les salen manchas en el cuerpo".	(10)	(66.6%)
-----------------------------------	------	---------

"Les salen ronchas en la boca y en la lengua" (9) (60%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

10. ¿Cuál es el trato que le darían ustedes a un amigo suyo que estuviera enfermo de SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Tratarlo como a cualquier persona normal, ni verte en exceso amable con él, ni rechazarlo". (10) (66.6%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

11. ¿Que harían ustedes si su novia tuviera SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>INDEFINIDA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

(VARIAS RESPUESTAS) (15) (100%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

12. ¿Saben ustedes como son tratados los enfermos de SIDA en la sociedad y en los hospitales?

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(11)</u>	<u>(73.3%)</u>

"Los aislan y los desprecian, casi nadie los cuida porque creen que nada más con tocarlos, estar con ellos se van a contagiar, y los desprecian porque todos creen que el que tiene SIDA es homosexual o son prostitutas".

	(8)	(53.3%)
--	-----	---------

"Los desprecian, los aislan y los discriminan".

	(3)	(20%)
--	-----	-------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

13. ¿Que opinan al respecto?.

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Eso está mal. se debe aceptar a la persona como es. Si es homosexual, pues es homosexual. No hay problema".

	(5)	(33.3%)
--	-----	---------

"No hay que aislarlos tanto, pero si

	(5)	(33.3%)
--	-----	---------

tener cuidado".

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "PREVENCION".

14. ¿Saben ustedes cual es la manera de prevenir la enfermedad?.

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>
"Usando condón".		
"Vigilar que la sangre haya sido analizada en el hospital para transfusiones, a través de su sello de garantía".	(15)	(100%)
"Usando jeringas desechables".	(10)	(66.6%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "PREVENCION".

15. ¿Cómo se previenen ustedes contra el SIDA?

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>INDEFINIDA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>
(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FUENTES DE INFORMACION".

16. ¿En donde han obtenido esa información?

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	(10)	(66.6%)
"Por pláticas con la gente".	(10)	(66.6%)
"Hablando con mis papas".	(10)	(66.6%)
"Los carteles que ponen en el metro"	(10)	(66.6%)
"En la televisión".	(10)	(66.6%)
"En el periódico".	(10)	(66.6%)
"En folletos".	(10)	(66.6%)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CAMPANAS".

17. ¿Cómo evaluarían las campañas que se están haciendo en México para prevenir el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>POLITICA</u>	(9)	(60%)

"Son pobres, todavía les falta mucho, como que les da pena poner un letrero grandote de cómo se transmite el SIDA."

La iglesia estorba mucho y el Opus Dei y el Papa ya prohibió el condón. hay una campaña que prohíbe el condón. (5) (33.3%)

La mayoría nos los aceptaría por los prejuicios".

"Al principio cuando empezaron estaban bien. pero Provida les armó un relajo para que no dijeran condón. Pero estaría bien que siguieran". (4) (26.6%)

ASPECTOS DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CAMPANAS"

18. ¿Que propuestas harían ustedes para diseñar una buena campaña dirigida a adolescentes?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Que se dé información en las escuelas (sobre todo en la prepa)". (10) (66.6%)

"En la televisión que es un medio masivo muy fuerte, deberían pasar propaganda". (8) (53.3%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CONCIENCIA".

19. ¿Se han afectado sus vidas desde que existe el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(13)</u>	<u>(86.6%)</u>

"Pues sí, es muy alarmante la enfermedad, te tienes que prevenir y cuidarte mucho más y hacer que la gente participe y piense en eso".	(5)	(33.3%)
--	-----	---------

"Lo que hacemos es cuidarnos y no exponernos".	(3)	(20%)
--	-----	-------

"Pienso que sí ha cambiado porque antes a pocos les importaba y ahora, sí. Pues como que ya están condicionados. Pues ya no hay tanta libertad a veces de tus padres, que puedas salir con una chava que no conozcan".	(5)	(33.3%)
--	-----	---------

GRUPO: ADOLESCENTES MUJERES DE CD. NEZA. T = 15 Estudiantes.

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE"

1. ¿Podría decirme alguno de ustedes qué es el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"El SIDA es una enfermedad muy grave producida por un virus y es incurable".	(10)	(66.6%)
--	------	---------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE"

2. ¿Saben cuál es el organismo que produce el SIDA?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

"Es el virus".	(15)	(100)
----------------	------	-------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE"

3. ¿Cuales son las características de ese organismo?.

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Que es muy contagioso".	(5)	(33.3%)
--------------------------	-----	---------

"Es un virus que mientras va creciendo, se va deshaciendo en células y se reproduce cada vez más".	(5)	(33.3%)
--	-----	---------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "ORIGEN".

4. ¿Cómo se originó el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>INDEFINIDA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)
---------------------	------	--------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "ORIGEN".

5. ¿Donde se originó el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>INDEFINIDA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)
---------------------	------	--------

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FORMAS DE CONTAGIO".

## 6. ¿Saben ustedes cuáles son las formas de contagio?

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	(15)	(100%)

"Por tener relaciones con "mujeres de la calle" con "mujeres que se venden", "mujeres elegantes"".	(15)	(100%)
--	------	--------

"Por tener relaciones sexuales fuera del matrimonio o con varias personas (no como debe de ser)".	(10)	(66.6%)
---	------	---------

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	(10)	(66.6%)

"Si la madre esta infectada, el bebé nace con SIDA".	(10)	(66.6%)
--	------	---------

"Por usar jeringas contaminadas".	(10)	(66.6%)
-----------------------------------	------	---------

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FORMAS DE NO CONTAGIO"

## 6A. ¿CUALES SON LAS FORMAS DE NO CONTAGIO?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	(12)	(80%)

"Dicen que no por estar junto a una persona con SIDA. o que la agarren o se besen, por medio de eso no se contagia el virus".

(12)	(80%)
------	-------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "DIMENSION DE LA EPIDEMIA".

7. ¿Tienen idea de cuantos mexicanos tienen SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>INDEFINIDA</u>	(15)	(100%)

(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)
---------------------	------	--------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "DIMENSION DE LA EPIDEMIA".

8. ¿Saben cuál es la forma de contagio más frecuente en nuestro país?.

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>CIENTIFICA</u>	(14)	(93.3%)

"Por las relaciones sexuales". (14) (93.3%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINTOMAS".

9. ¿Cuales son las manifestaciones físicas que sufre un enfermo de SIDA?.

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>PSICOLOGICA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

"Todos sus órganos ya los tienen como mujer les crecen los pechos y se convierten en mujeres. El único cambio que hay es que quieren convertirse en mujeres".	(10)	(66.6%)
---	------	---------

"Les empiezan a gustar los hombres".	(5)	(33.3%)
--------------------------------------	-----	---------

"Se ponen faldas, se pintan y se dejan el pelo largo".	(5)	(33.3%)
--	-----	---------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

10. ¿Cuál es el trato que le le darían ustedes a una amiga suya que estuviera enferma de SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
SOCIAL-COTIDIANA	(8)	(53.3%)

"La trataríamos igual como la tratamos normalmente. no hay que rechazarla".

(8)	(53.3%)
-----	---------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

11. ¿Qué harían ustedes si su novio tuviera SIDA?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
SOCIAL-COTIDIANA.	(8)	(53.3%)

"Todas las dejaríamos. para que no nos contagie".

(8)	(53.3%)
-----	---------

"Le seguiríamos hablando. lo trataríamos como antes. lo apoyaríamos, pero como novios ya no".

(6)	(40%)
-----	-------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

12. ¿Sabén ustedes cómo son tratados los enfermos de SIDA en la sociedad. en los hospitales?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>NULA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"No sabemos como se les trata en el Seguro". (10) (66.6%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

13. ¿Qué opinan al respecto?.

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>INDEFINIDA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

(VARIAS RESPUESTAS) (15) (100%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "PREVENCION".

14. ¿Saben ustedes cuál es la manera de prevenir la enfermedad?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Fijarse bien con quién van a ser las relaciones" (10) (66.6%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "PREVENCION".

15. ¿Cómo se previenen ustedes contra el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

"La verdad todavía no nos prevenimos".	(15)	(100%)
--	------	--------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FUENTES DE INFORMACION".

16. ¿En donde han obtenido esa información?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

"En televisión".	(15)	(100%)
------------------	------	--------

"En el periódico".	(15)	(100%)
--------------------	------	--------

"En la plática con familiares".	(10)	(66.6%)
---------------------------------	------	---------

"En revistas".	(10)	(66.6%)
----------------	------	---------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CAMPANAS"

17. ¿Como evaluarían las campañas que se están haciendo en México paraa prevenir el SIDA?

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Están bien, porque dan orientación a las personas para que se prevengan y si ya la tienen para que no la transmitan. La campaña nos informa, nos ayuda". (5) (33.3%)

"Estan bien, que den consejos". (5) (33.3%)

ASPECTOS DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CAMPANAS".

18. ¿Qué propuestas harían ustedes para diseñar una buena campaña dirigida a adolescentes?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

"Hacer juntas de información para los que quieran participar". (5) (33.3%)

"Informar más que nada a gente de nuestra edad, somos los que estamos creciendo y apenas vamos a tener relaciones sexuales". (5) (33.3%)

"Haciendo propaganda, poniendo anuncios en la tele y en el radio. (5) (33.3%)

poniendo carteles en las calles.  
informando mucho para que se cuiden".

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CONCIENCIA".

19. ¿Se han afectado sus vidas desde que existe el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE:
<u>INDEFINIDA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>
(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)

GRUPO: ADOLESCENTES MUJERES DEL CAF. T - 15 Estudiantes.

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE"

1. ¿Podría decirme alguna de ustedes qué es el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

"El SIDA es una enfermedad que se da en la sangre, que ataca al sistema reproductor de los glóbulos blancos, quitándole las defensas a tu cuerpo, entonces cuando la gente muere de SIDA, no se muere de SIDA, sino de otra enfermedad que le de".

(5) (33.3%)

"Es el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, es cuando tienes relaciones sexuales con alguien que tiene SIDA, adquieres entonces el síndrome de inmunodeficiencia adquirida por medio de un virus que mata tus defensas y cualquier enfermedad te ataca muy duro".

(5) (33.3%)

"Es una enfermedad que se transmite por medio de un virus que afecta a todo el cuerpo y hace que no tengas defensas para cualquier tipo de enfermedad. Por ejemplo, de gripa te pones muy mal, o te puedes morir de cualquier cosa. Uno siempre tiene las enfermedades dentro, te mata las defensas y te puedes enfermar de mil cosas".

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE".

2. ¿Sabes cuál es el organismo que produce el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(8)</u>	<u>(53.3%)</u>
"Un virus".	(6)	(40%)
"Un bichito, una bacteria".	(2)	(13.3%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINDROME Y AGENTE".

3. ¿Cuáles son las características de ese organismo?

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

"Es un virus mutante que cambia constantemente hasta ahorita no encuentran como curarlos. porque hay tantos tipos y van cambiando que no saben que tipo de SIDA es el que tiene alguien". (5) (33.3%)

"Mata tus virus y tus defensas". (5) (33.3%)

"El virus cambia la información genética de las células". (5) (33.3%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "ORIGEN"

4. ¿Cómo se originó el SIDA?

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>POLITICA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Los gringos estaban haciendo un virus y se les escapó del laboratorio. preparaban una bomba para matar a los nicaraguenses". (2) (13.3%)

"Los gringos crearon el virus en un laboratorio para usarlo en la guerra". (5) (33.3%)

"Los gringos lo crearon para acabar con los negros". (1) (6.6%)

"Es un virus inventado en laboratorios y que se experimentó con presos que se supone que en Estados Unidos les dijeron que si se dejaban poner el virus los dejaban libres. Los tuvieron en observación menos de un año, y como tarda cinco años más o menos en manifestarse, los dejaron libres y ya". (2) (13.3%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "ORIGEN"

5. ¿Donde se originó el SIDA?.

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>POLITICA</u>	<u>(11)</u>	<u>(73.3%)</u>

"En un laboratorio de los Estados Unidos" (11) (73.3%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FORMAS DE CONTAGIO"

6. ¿Saben ustedes cuáles son las formas de contagio?.

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>
"Sexual y sanguíneo".	(15)	(100%)
"Teniendo relaciones con alguien que tiene SIDA".	(5)	(33.3%)
"Por los vasos sanguíneos que se rompen en las relaciones homosexuales por vía anal".	(5)	(33.3%)
"Si la mamá tiene SIDA durante el embarazo, el niño sale con SIDA".	(5)	(33.3%)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FORMAS DE NO CONTAGIO".

6a. ¿Cuales son las formas de no contagio?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>
"Los mosquitos no la pueden transmitir".	(10)	(66.6%)
"Ni por la saliva".	(10)	(66.6%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "DIMENSION DE LA EPIDEMIA"

7. ¿Tienen idea de cuantos mexicanos tienen SIDA?.

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>INDEFINIDA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>
(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "DIMENSION DE LA EPIDEMIA".

8. ¿Saben cuál es la forma de contagio más frecuente en nuestro país?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(9)</u>	<u>(60%)</u>
"Por contacto sexual".	(6)	(40%)
"Por transfusión sanguínea"	(3)	(20%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "SINTOMAS"

9. ¿Cuáles son las manifestaciones físicas que sufre un enfermo de SIDA?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>CIENTIFICA</u>	(10)	(66.6%)
"Se ponen flacos".	(10)	(66.6%)
"Les salen manchas en todo el cuerpo".	(10)	(66.6%)
"Les da diarrea muy continuamente".	(10)	(66.6%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

10. ¿Cuál es el trato que le darían ustedes a una amiga suya que estuviera enferma de SIDA?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>INDEFINIDA</u>	(15)	(100%)
(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

11. ¿Que harían ustedes si su novio tuviera SIDA?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	(8)	(53.3%)

"Terminaríamos con él, le diríamos que mejor como amigos sin alejarnos de él. sería en beneficio para los dos, uno (8) (53.3%)

para que no le de y otro para que no sienta responsabilidad".

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS".

12. ¿Saben ustedes cómo son tratados los enfermos de SIDA en la sociedad, en los hospitales?.

CATEGORIA	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"En los hospitales los tratan mal. Una persona que tenía SIDA, ya se murió, pero se murió de hambre, porque ninguna enfermera quería darle de comer y los médicos no la querían atender o llegaban las enfermeras y le aventaban la comida".

(3) (20%)

"Mucha gente los trata mal porque está mal informada y les da miedo".

(3) (20%)

"Se les trata bastante mal, es un enfermo que es muy discriminado, los encierran y aíslan".

(4) (26.6%)

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "TRATO A LOS ENFERMOS"

## 13. ¿Que opinan al respecto:

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"Que está muy mal, para eso son enfermeras, para tratar a los enfermos, y deberían tener ya cierta idea de lo que es el SIDA".

(5)	(33.3%)
-----	---------

"Ese trato está mal, porque esta enfermedad la puede adquirir cualquier persona, porque hay que ayudarlos, dado que aún no tienen cura y no importa como lo hayas adquirido".

(5)	(33.3%)
-----	---------

## ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "PREVENCION".

## 14. ¿Saben ustedes cuál es la manera de prevenir la enfermedad?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>CIENTIFICA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

(15)	(100%)
------	--------

que seas precavida utilizando condones".

"Usando jeringas nuevas."plastipack" (10) (66.6%)

"Asegurándote de que la sangre que te transmitan no sea de un sidoso" (10) (66.6%)

15. ¿Cómo se previenen ustedes contra el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
------------	---------	------------

<u>INDEFINIDA</u>	(15)	(100%)
-------------------	------	--------

(VARIAS RESPUESTAS)	(15)	(100%)
---------------------	------	--------

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "FUENTES DE INFORMACION".

16. ¿En dónde han obtenido esa información?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
------------	---------	------------

<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	(15)	(100%)
-------------------------	------	--------

"De pláticas con familiares"	(15)	(100%)
------------------------------	------	--------

<u>CIENTIFICA</u>	(15)	(100%)
-------------------	------	--------

"En conferencias que nos han dado (15) (100%)  
en la escuela".

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CAMPANA".

17. ¿Cómo evaluarían las campañas que se están haciendo en México para prevenir el SIDA?

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>POLITICA</u>	(9)	(60%)

"Peorimas. Los de Provida que prohibieron los anuncios pero "Superbarrio" ya saco unos carteles con la mujer maravilla, para ponerlos en los barrios" (5) (33.3%)

"Hay mucha gente que se niega. Los cristianos niegan, que se utilice el condón, ni quieren tener hijos que sea en forma natural. Si tienes una relación es para tener hijos". Amar con condón es prostitución. (4) (26.6%)

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>ESPECIAL CATEGORICA</u>	(10)	(66.6%)

"La gente no va a hablar por teléfono ni va a ir a CONASIDA por flojera o porque le da pena". (10) (66.6%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CAMPANAS".

18. ¿Que propuestas harían ustedes para diseñar una buena campaña dirigida a adolescentes?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(15)</u>	<u>(100%)</u>

"Que se den pláticas y conferencias en las escuelas, gente interesada y capacitada en SIDA, tanto en primarias como en secundarias y preparatorias o platicas en las casas de la gente, en parques y unidades". (15) (100%)

ASPECTO DEL CAMPO REPRESENTACIONAL: "CONCIENCIA".

19. ¿Se han afectado sus vidas desde que existe el SIDA?.

CATEGORIA:	NUMERO:	PORCENTAJE
<u>SOCIAL-COTIDIANA</u>	<u>(10)</u>	<u>(66.6%)</u>

"No, realmente no ha sido tan cercado

como para decir "no pues fijate este (10) (66.6%)  
tiene SIDA". algo que me afecta  
directamente, no. Es un hecho muy  
lejano".

ANEXO NO. 5

## DESCRIPCION GENERAL DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION ENFIZICA

PREGUNTA	ASPECTO DEL CAMPO	HOMBRES	HOMBRES	MUJERES	MUJERES
		CD. NEZA	CAF	CD. NEZA	CAF
REPRESENTACIONAL					
1	Síndrome y Agente	Social-Cotidiana	Científica	Científica	Científica
2	Síndrome y Agente	Social-Cotidiana	Científica	Científica	Científica
3	Síndrome y Agente	Nula	Científica	Científica	Científica
4	Origen	Indefinida	Política	Indefinida	Política
5	Origen	Nula	Política	Indefinida	Política
6	Formas de Contagio	Social-Cotidiana	Científica	Social-Cotidiana/Científica	Científica
6A	Formas de Contagio	Científica	Científica	Científica	Científica
7	Dimensión de la Epidemia	Indefinida	Indefinida	Indefinida	Indefinida
8	Dimensión de la Epidemia	Social-Cotidiana	Científica	Científica	Científica
9	Síntomas	Científica/Psicológica	Científica	Psicología	Científica
10	Trato a los enfermos	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana	Indefinida
11	Trato a los enfermos	Social-Cotidiana	Indefinida	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana
12	Trato a los enfermos	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana	Nula	Social-Cotidiana
13	Trato a los enfermos	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana	Indefinida	Social-Cotidiana
14	Prevención	Social-Científica	Científica	Social-Cotidiana	Científica
15	Prevención	Indefinida	Indefinida	Social-Cotidiana	Indefinida
16	Fuentes de Información	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana/Científica
17	Campañas	Social-Cotidiana	Política	Social-Cotidiana	Política/Social-Cotidiana
18	Campañas	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana
19	Conciencia	Social-Cotidiana	Social-Cotidiana	Indefinida	Social-Cotidiana

## ANEXO NO. 6

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS: HOMBRES DE NEZA, HOMBRES DEL CAF, MUJERES DE NEZA Y MUJERES DEL CAF.

CATEGORIAS	HOMBRE NEZA	HOMBRE CAF	MUJERES NEZA	MUJERES CAF	TOTAL
SOCIAL COTIDIANA	13	6	8	7	34
CIENTIFICA	3	8	6	9	26
POLITICA	0	3	0	3	6
PSICOLOGICA	1	0	1	0	2
INDEFINIDA	3	3	5	3	14
NULA	2	0	1	0	3
TOTAL	22	20	21	22	85

$\chi^2$  calculado =  $2.0 + 2.04 + 1.5 + 0.5 + 0.1 + 2.41 + 0.5 + 0.59 + 1.8 + 0.47 + 0.01 + 0.7 + 0.01 + 0.025 + 1.4 + 0.53 + 0.75 + 0.12 + 0.3 + 0.78 + 1.5 + 0.5 + 0.1 + 0.7 = 19.33$   
 g.l. = 15

nivel de significancia: 0.10

$$19.33 < 22.31$$

Se acepta  $H_0$  y decimos que no existen diferencias significativas entre los grupos.

## ANEXO NO. 7

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS DE NEZA Y CAF.

CATEGORIAS	NEZA	CAF	TOTAL
SOCIAL-COTIDIANA	21	13	34
CIENTIFICA	9	17	26
POLITICA	0	6	6
PSICOLOGICA	2	0	2
INDEFINIDA	8	6	14
NULA	3	0	3
TOTAL	43	42	85

$$\chi^2 = 0.83 + 1.28 + 3 + 1 + 0.14 + 1.5 + 0.85 + 1.37 + 3.3 + 0.9 + 0.1 + 1.48 = 15.75$$

$$g.l. = 5$$

nivel de significancia: 0.10

$$15.75 > 9.24$$

Se rechaza  $H_0$  y decimos que sí existen diferencias significativas entre los grupos.

## ANEXO NO. 8

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS DE MUJERES Y HOMBRES.

CATEGORIAS	HOMBRES	MUJERES	TOTAL
SOCIAL-COTIDIANA	19	15	34
CIENTIFICA	11	15	26
POLITICA	3	3	6
PSICOLOGICA	1	1	2
INDEFINIDA	6	8	14
NULA	2	1	3
TOTAL	42	43	85

$$\chi^2 = 0.2 + 0.2 + 0.0003 + 0.01 + 0.1 + 0.18 + 0.2 + 0.27 + 0.14 + 0.17 = 1.47$$

$$g.l. = 5$$

nivel de significancia = 0.10

$$1.47 < 9.24$$

Se acepta  $H_0$  y decimos que no existen diferencias significativas entre los grupos.

## ANEXO NO. 9

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS DE HOMBRES DE NEZA Y MUJERES DE NEZA.

CATEGORIAS	HOMBRES NEZA	MUJERES NEZA	TOTAL
SOCIAL-COTIDIANA	13	6	21
CIENTIFICA	3	6	9
POLITICA	0	0	0
PSICOLOGICA	1	1	2
INDEFINIDA	3	5	8
NULA	2	1	3
TOTAL	22	21	43

$$\chi^2 = 0.59 + 0.5 + 0.25 + 0.1 + 0.4 + 0.77 + 0.0002 + 0.37 + 0.11 = 3.09$$

$$g.l. = 5$$

nivel de significancia: 0.10

$$3.09 < 9.24$$

Se acepta  $H_0$  y decimos que no existen diferencias significativas entre los grupos.

## ANEXO NO. 10

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS DE HOMBRES DEL CAF Y MUJERES DEL CAF.

CATEGORIAS	HOMBRES CAF	MUJERES CAF	TOTAL
SOCIAL-COTIDIANA	6	7	13
CIENTIFICA	8	9	17
POLITICA	3	3	6
PSICOLOGICA	0	0	0
INDEFINIDA	3	3	6
NULA	0	0	0
TOTAL	20	22	42

$$\chi^2 = 0.0001 + 0.014 + 0.014 + 0.0005 + 0.0001 + 0.0006 + 0.0006 = 0.03$$

$$g.l. = 5$$

$$\text{nivel de significancia} = 0.10$$

$$0.03 < 9.24$$

Se acepta  $H_0$  y decimos que no existen diferencias significativas entre los grupos.

## ANEXO NO. 11

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS DE MUJERES DEL CAF Y MUJERES DE NEZA.

CATEGORIAS	MUJERES NEZA	MUJERES CAF	TOTAL
SOCIAL-COTIDIANA	7	8	15
CIENTIFICA	9	6	15
POLITICA	3	0	3
PSICOLOGICA	0	1	1
INDEFINIDA	3	5	8
NULA	0	1	1
TOTAL	22	21	43

$$\chi^2 = 0.04 + 0.25 + 1.41 + 0.51 + 0.25 + 0.51 + 0.06 + 0.23 + 1.4 + 0.56 + 0.31 + 0.56 = 6.11$$

$$g.l. = 5$$

nivel de significancia = 0.10

$$6.11 < 9.24$$

Se acepta  $H_0$  y decimos que no existen diferencias significativas entre los grupos.

## ANEXO NO. 12

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS DE HOMBRES DEL CAF Y HOMBRES DE NEZA.

CATEGORIAS	HOMBRES NEZA	HOMBRES CAF	TOTAL
SOCIAL-COTIDIANA	13	6	19
CIENTIFICA	3	8	11
POLITICA	0	3	3
PSICOLOGICA	1	0	1
INDEFINIDA	3	3	6
NULA	2	0	2
TOTAL	22	20	42

$$\chi^2 = 0.97 + 1.27 + 1.57 + 0.5 + 0.003 + 0.8 + 1 + 1.5 + 1.8 + 0.47 + 0.01 + 0.9 = 10.79$$

g.l. = 5

nivel de significancia: 0.10

$$10.79 > 9.24$$

Se rechaza  $H_0$  y decimos que si existen diferencias significativas entre los grupos.

## ANEXO NO. 13

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS DE HOMBRES DE NEZA Y MUJERES DEL CAF.

CATEGORIAS	HOMBRES NEZA	MUJERES CAF	TOTAL
SOCIAL-COTIDIANA	13	7	20
CIENTIFICA	3	9	12
POLITICA	0	3	3
PSICOLOGICA	1	0	1
INDEFINIDA	3	3	6
NULA	2	0	2
TOTAL	22	22	44

$$\chi^2 = 0.9 + 1.5 + 1.5 + 0.5 + 1 + 0.9 + 1.5 + 1.5 + 0.5 + 1 = 10.8$$

$$g.l. = 5$$

nivel de significancia: 0.10

$$10.8 > 9.24$$

Se rechaza  $H_0$  y decimos que si existen diferencias significativas entre los grupos.

## ANEXO NO. 14

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS DE HOMBRES DEL CAF Y MUJERES DE NEZA.

CATEGORIAS	HOMBRES CAF	HOMBRES NEZA	TOTAL
SOCIAL-COTIDIANA	6	8	14
CIENTIFICA	8	6	14
POLITICA	3	0	3
PSICOLOGICA	0	1	1
INDEFINIDA	3	5	8
NULA	0	1	1
TOTAL	20	21	41

$$\chi^2 = 0.09 + 0.2 + 1.62 + 0.48 + 0.2 + 0.48 + 0.11 + 0.17 + 1.5 + 0.49 + 0.25 + 0.49 = 6.1$$

$$g.l. = 5$$

nivel de significancia: 0.10

$$6.1 < 9.24$$

Se acepta  $H_0$  y decimos que no existen diferencias significativas entre los grupos.

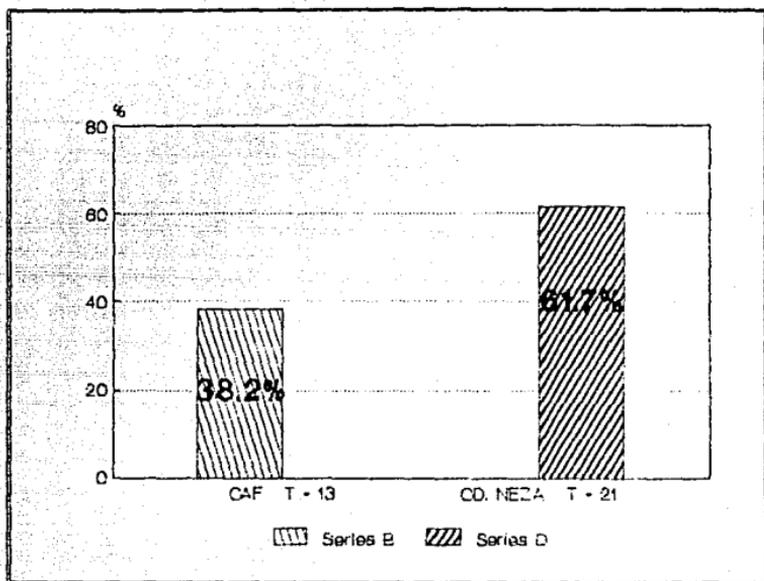
## ANEXO NO. 15

DISTRIBUCION DE LAS RESPUESTAS POR CATEGORIA EN LOS CUATRO GRUPOS PARTICIPANTES EN LA INVESTIGACION EMPIRICA.

CATEGORIAS	HOMBRES NEZA %	HOMBRES CAF %	MUJERES NEZA %	MUJERES CAF %	TOTAL
SOCIAL COTIDIANA	13 (59.09)	6 (30.0)	8 (38.09)	7 (31.8)	34
CIENTIFICA	3 (13.63)	8 (40.0)	6 (28.5)	9 (40.9)	26
POLITICA	0 (0.0)	3 (15.0)	0 (0.0)	3 (13.60)	6
PSICOLOGICA	1 (4.5)	0 (0.0)	1 (4.76)	0 (0.0)	2
INDEFINIDA	3 (13.63)	3 (15.0)	5 (23.80)	3 (13.6)	14
NULA	2 (9.0)	0 (0.0)	1 (4.7)	0 (0.0)	3
TOTAL	22	20	21	22	

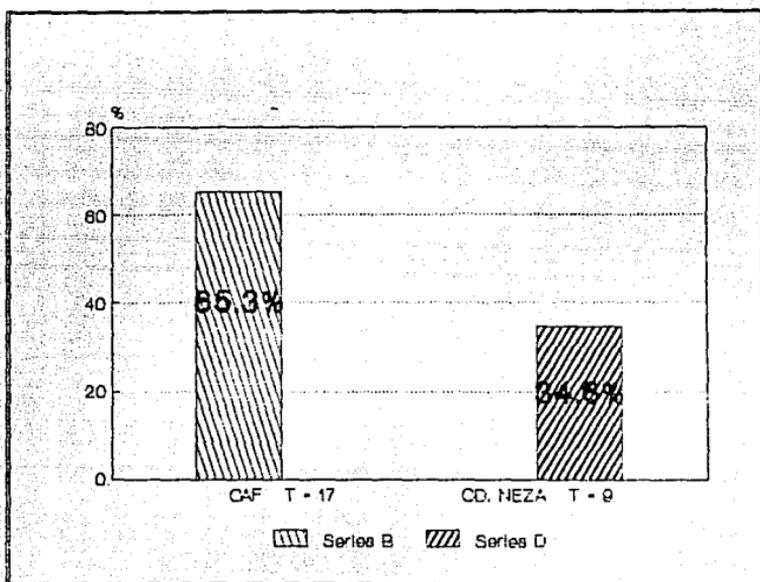
## ANEXO NO. 16

TABLA DE COMPARACION DE LA DISTRIBUCION, ENTRE LOS GRUPOS DEL CAF Y LOS DE CD. NEZA DE LA CATEGORIA: SOCIAL-COTIDIANA.



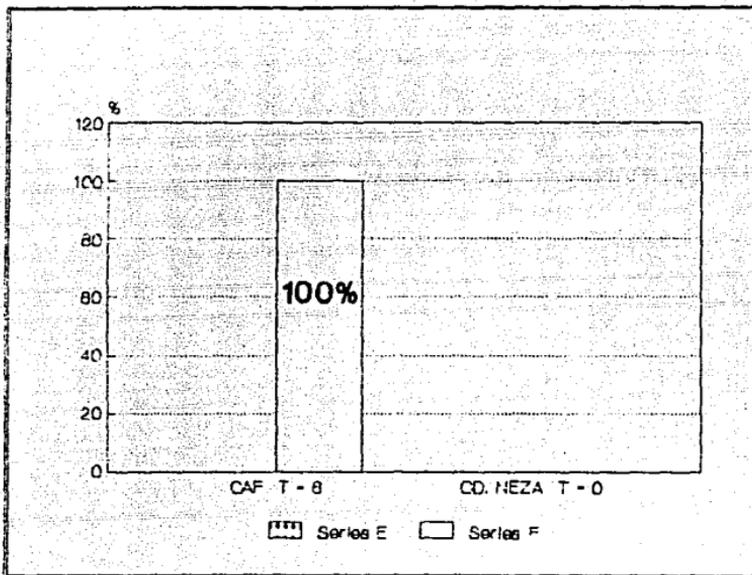
## ANEXO NO. 17

TABLA DE COMPARACION DE LA DISTRIBUCION ENTRE LOS GRUPOS DEL CAF Y DE CD. NEZA DE LA CATEGORIA: CIENTIFICA.



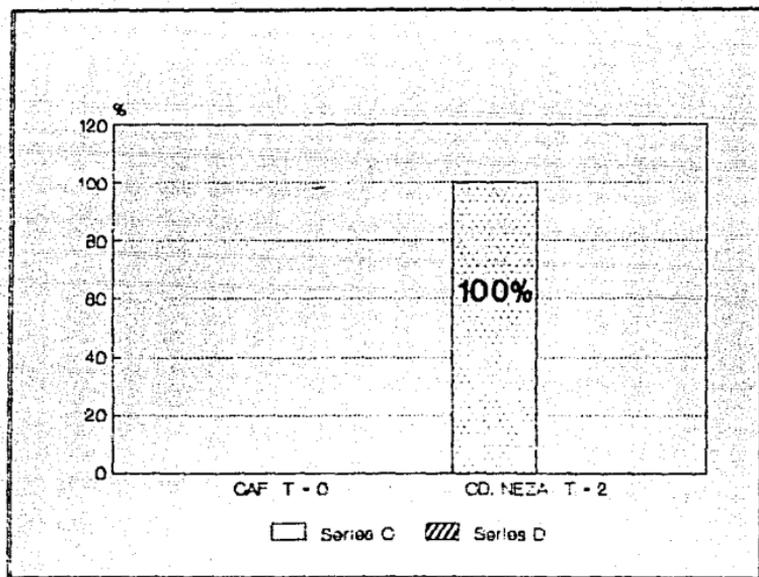
## ANEXO NO. 18

TABLA DE COMPARACION DE LA DISTRIBUCION ENTRE LOS GRUPOS DEL CAF Y LOS DE CD. NEZA DE LA CATEGORIA: POLITICA.



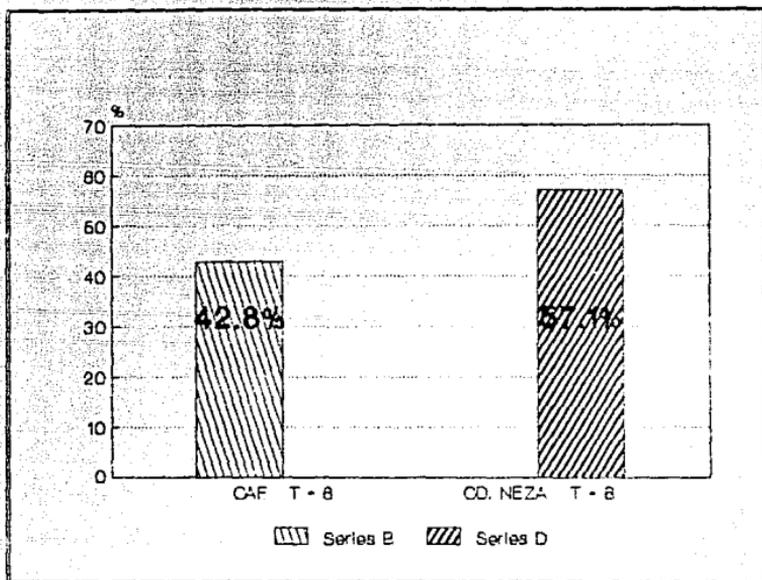
## ANEXO NO. 19

TABLA DE COMPARACION DE LA DISTRIBUCION ENTRE LOS GRUPOS DEL CAF Y LOS DE CD. NEZA DE LA CATEGORIA: PSICOLOGICA.



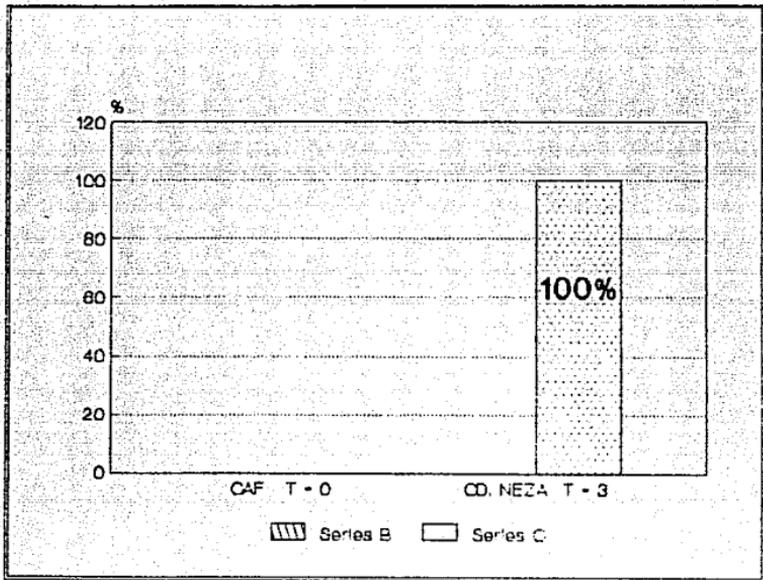
## ANEXO NO. 20

TABLA DE COMPARACION DE LA DISTRIBUCION ENTRE LOS GRUPOS DEL CAF Y LOS DE CD. NEZA DE LA CATEGORIA: INDEFINIDA.



## ANEXO NO. 21

TABLA DE COMPARACION DE LA DISTRIBUCION ENTRE LOS GRUPOS DEL CAF Y LOS DE CD. NEZA DE LA CATEGORIA: NULA.



ENCUENO N.º 11

RESUMEN GENERAL DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION  
DOCUMENTAL EN CUANTO A LA COMPARACION DE LOS CARTELES  
EUROPEOS Y AMERICANOS.

REGION	AMERICA	N.º	(%)	EUROPA	N.º	(%)
FRANCE	ARABIC	3	(27.0)	SUIZA	17	(45.9)
	SEMI	6	(50.2)	ALEMANIA	4	(25.7)
	COSTA RICA	5	(41.8)	AUSTRIA	2	(5.7)
	MONTECARLO	2	(15.4)	DINAMARCA	2	(5.7)
	PARIS	7	(54.5)	ESLOVA	2	(5.7)
	TRAFICANTES	1	(7.7)	ESPAÑA	1	(2.9)
	ESTRANJEROS	3	(23.1)	INGLATERRA	1	(2.9)
	EL SAHARA	2	(15.4)	HOLANDA	1	(2.9)
	ROMA	2	(15.4)			
	GUATEMALA	2	(15.4)			
COLOMBIA	2	(15.4)				
DISTRIBUCION A:	TODA LA PD-			TODA LA PD-		
	BLACION	21	(75.6)	BLACION	21	(60.0)
	HOMOSEXUALES	6	(21.4)	HOMOSEXUALES	5	(14.3)
	PROGRODICTOS			PROGRODICTOS		
TIPO DE CARTELES	INTRAVENOSOS	1	(3.7)	INTRAVENOSOS	1	(2.9)
	HETEROSEXUALES	9	(32.3)	HETEROSEXUALES	8	(22.9)
TIPO DE CARTELES	PREVENTIVOS	15	(48.6)	PREVENTIVOS	27	(77.1)
	TRADICIONALES	5	(15.3)	TRADICIONALES	2	(5.7)
	INFORMATIVOS	5	(15.3)	INFORMATIVOS	2	(5.7)
	CONCIENCIAS-			CONCIENCIAS-		
	DOMES	7	(21.4)	DOMES	2	(5.7)
TIPO DE CARTELES	PUBLICITARIOS			PUBLICITARIOS		
	SOCIAL-			SOCIAL-		
TIPO DE CARTELES	SOCIAL-			SOCIAL-		
	SOLIDARIDAD	4	(11.1)	SOLIDARIDAD	7	(19.7)
TIPO DE CARTELES	LIBERAL	21	(58.7)	LIBERAL	21	(58.7)
	CONSERVADOR	15	(41.3)	CONSERVADOR	4	(11.1)

## ANEXO NO. 23

DESCRIPCION GENERAL DE LOS RESULTADOS DE LA INVESTIGACION DOCUMENTAL EN CUANTO A LA COMPARACION DE LOS CARTELES MEXICANOS SEGUN SU SECTOR DE PROCEDENCIA.

SECTOR DE PROCEDENCIA	(N)	(%)	NO GUBERNAMENTALES	(N)	(%)	
DIFUNDO A:	TODA LA POBLACION:	9	(66.6)	TODA LA POBLACION:	10	(100.0)
	MUJERES:	1	(18.3)	MUJERES:	0	(0.0)
	CHAVOS BANDA:	1	(18.3)	CHAVOS BANDA:	0	(0.0)
	ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS:	2	(16.6)	ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS:	0	(0.0)
	PREVENTIVOS:	9	(75)	PREVENTIVOS:	2	(20.0)
TIPO DE CARTEL:	TRADICIONALES:	0	(0.0)	TRADICIONALES:	0	(0.0)
	INFORMATIVOS:	1	(8.3)	INFORMATIVOS:	1	(10.0)
	CONCIENCIADORES:	2	(16.6)	CONCIENCIADORES:	1	(10.0)
	PUBLICITARIOS:	0	(0.0)	PUBLICITARIOS:	6	(60.0)
	SOCIAL-SOLIDARIOS:	0	(0.0)	SOCIAL-SOLIDARIOS:	0	(0.0)
CATEGORIAS DE LA INVESTIGACION EMPIRICA	SOCIAL-COTIDIANA:	7	(58.3)	SOCIAL-COTIDIANA:	7	(46.6)
	CIENTIFICA:	4	(33.3)	CIENTIFICA:	2	(13.3)
	POLITICA:	0	(0.0)	POLITICA:	4	(26.6)
	PSICOLOGICA:	0	(0.0)	PSICOLOGICA:	0	(0.0)
	INDEFINIDA:	1	(8.3)	INDEFINIDA:	2	(13.3)
NULLA:	0	(0.0)	NULLA:	0	(0.0)	
CATEGORIAS DE LA INVESTIGACION DOCUMENTAL	LIBERAL:	11	(91.6)	LIBERAL:	9	(90.0)
	CONSERVADOR:	1	(8.3)	CONSERVADOR:	1	(10.0)

## ANEXO NO. 24

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS GRUPOS: CARTELES EUROPEOS Y CARTELES AMERICANOS EN CUANTO A SU CATEGORIZACION EN LIBERALES Y CONSERVADORES.

CATEGORIAS	CARTELES AMERICANOS	CARTELES EUROPEOS	TOTAL
LIBERALES	21	31	52
CONSERVADORES	15	4	19
TOTAL	36	35	71

$$\chi^2 = 1.06 + 1.13 + 2.9 + 3.06 = 8.15$$

$$g.l. = 1$$

nivel de significancia: 0.01

$$8.15 > 6.64$$

Se rechaza  $H_0$  y decimos que sí existen diferencias significativas entre los grupos.

## ANEXO NO. 25

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS CARTELES GUBERNAMENTALES Y CARTELES NO GUBERNAMENTALES MEXICANOS, EN CUANTO A SU CATEGORIZACION EN LIBERALES Y CONSERVADORES.

CATEGORIAS	GUBERNAMENTALES	NO GUBERNAMENTALES	TOTAL
LIBERALES	11	9	20
CONSERVADORES	1	1	2
TOTAL	12	10	22

$$\chi^2 = 0.00009 + 0.0007 + 0.0008 + 0.1 = 0.113$$

$$g.l. = 1$$

nivel de significancia: 0.05

$$0.113 < 3.84$$

Se acepta  $H_0$  y decimos que no existen diferencias significativas entre los grupos.

## ANEXO NO. 26

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS CARTELES GUBERNAMENTALES Y CARTELES NO GUBERNAMENTALES MEXICANOS, EN CUANTO A SU INSERCIÓN EN LAS CATEGORÍAS UTILIZADAS EN LA INVESTIGACIÓN EMPÍRICA.

CATEGORÍAS	GUBERNAMENTALES	NO GUBERNAMENTALES	TOTAL
SOCIAL-COTIDIANA	7	7	14
CIENTÍFICA	4	2	6
INDEFINIDA	1	2	3
POLÍTICA	0	4	4
TOTAL	12	15	27

$$\chi^2 = 0.10 + 0.06 + 0.75 + 0.51 + 0.6 + 0.1 + 1.7 + 1.4 = 4.68$$

$$g.l. = 3$$

nivel de significancia: 0.05

$$4.68 < 7.84$$

Se acepta  $H_0$  y decimos que no existen diferencias significativas entre los grupos.

## ANEXO NO. 27

PRUEBA DE LA  $\chi^2$  PARA DETERMINAR SI EXISTEN DIFERENCIAS SIGNIFICATIVAS ENTRE LOS CARTELES GUBERNAMENTALES Y CARTELES NO GUBERNAMENTALES MEXICANOS, EN CUANTO AL TIPO DE CARTEL.

CATEGORIAS	GUBERNAMENTALES	NO GUBERNAMENTALES	TOTAL
PREVENTIVOS	9	2	11
TRADICIONALES	0	0	0
INFORMATIVOS	1	1	2
CONCIENTIZADORES	2	1	3
PUBLICITARIOS	0	6	6
SOCIAL-SOLIDARIOS	0	0	0
TOTAL	12	10	22

$$\chi^2 = 1.5 + 1.8 + 0.009 + 0.01 + 0.1 + 0.06 + 3.2 + 4 = 10.67$$

$$g.l. = 5$$

nivel de significancia: 0.10

$$10.67 > 9.24$$

Se rechaza  $H_0$  y decimos que sí existen diferencias significativas entre los grupos.

FIGURA 1

## ESTRUCTURA GENERAL DEL VIH

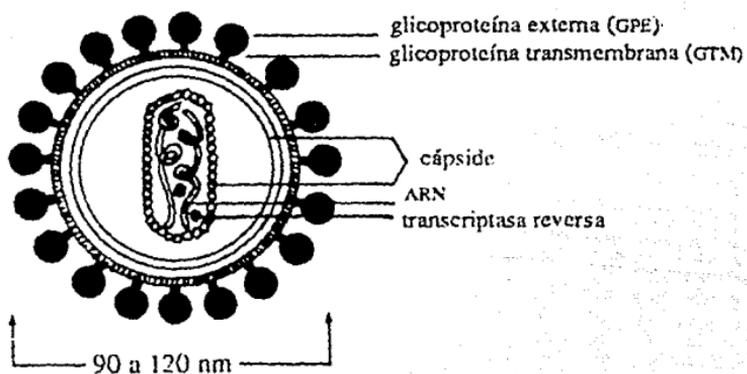
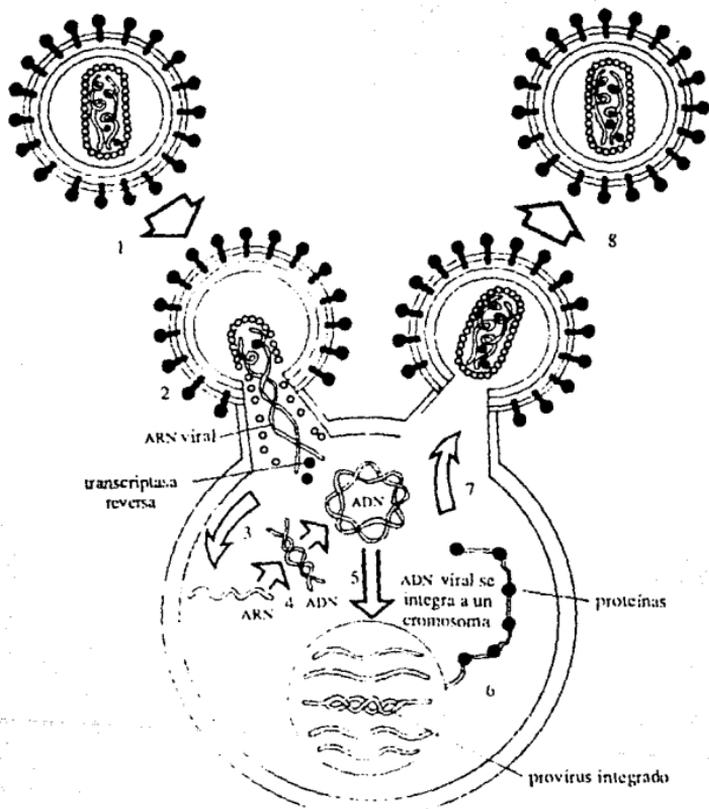


FIGURA 2

## CICLO BIOLÓGICO DEL VIH



Reconocimiento celular (1), adherencia al receptor celular (2), entrada al nucleocápside (3), activación de la transcriptasa inversa y síntesis del ADN, primero lineal, y posteriormente circular (4), integración del ADN circular en los cromosomas de la célula (5), fabricación de los diversos componentes del virus (6), ensamblado y empaquetado del virus a nivel de la membrana celular (7), y salida del virus (8).



Dress for the occasion.

## IX. GLOSARIO

1. ADN. Proteína celular que constituye los cromosomas, y que contiene la información genética (hereditaria) de la célula. Se encuentra en el núcleo, y se transmite de una generación celular a otra.

2. ARN. Acido Ribonucléico Secuencia de nucleótidos en una sola cadena (a diferencia del ADN, formado por una cadena doble), transporta información desde el núcleo hacia las estructuras de la célula, en donde se sintetizan las proteínas.

3. Candidiasis. Tipo de infección causado por un hongo llamado Candida Albicans, que afecta a las membranas mucosas y a la piel; en forma excepcional, puede afectar órganos internos. La infección causada por la Candida en la boca es conocida como "algodoncillo", y se caracteriza por la presencia de placas blancas e inflamación de las encías, la mucosa de la boca y el esófago, que llega a ser dolorosa. También puede aparecer en el lecho de las uñas, ombligo, alrededor del ano, en la vagina o en la garganta. Puede provocar infecciones sistémicas. Se ve con frecuencia en individuos inmunodeprimidos. Las mujeres obesas, embarazadas

y diabéticas pueden presentar candidiasis en vagina, lo cual no implica que tenga SIDA.

4. Cápside. Envoltura proteica del virus.

5. Citomegalovirus. Es un virus emparentado con la familia de los herpes virus. Las infecciones por CMV pueden ocurrir sin sintomatología, o con síntomas inespecíficos como escalofríos, fiebre, irritación de garganta, debilidad y crecimiento ganglionar. Las infecciones más severas pueden producir hepatitis, mononucleosis o neumonía. Generalmente es autolimitada. El virus se elimina a través de la orina, semen, saliva, heces y sudor. En casos de inmunodeficiencia como en el SIDA, puede haber además alteraciones de la visión, que llegan a la ceguera.

6. Criptococosis. Enfermedad producida por el hongo *Cryptococcus Neoformans*. Infección oportunista que se presenta en pacientes con SIDA; se adquiere por vía respiratoria. Consiste en un foco primario pulmonar que se disemina a meninges, aunque también puede afectar el mediastino, riñones y piel.

7. Encefalopatía. Enfermedad producida por la degeneración del tejido cerebral.

8. Enfermedades oportunistas. Enfermedades causadas por microorganismos que comúnmente se encuentran presentes en el organismo o en el ambiente, pero que solo producen enfermedad en los individuos que no presentan condiciones óptimas de salud, como una deficiencia en el sistema inmunológico.

9. Etiología. Estudio de las causas que provocan las enfermedades.

10. Hemofilia. Enfermedad hereditaria que afecta la coagulación de la sangre (existen 2 tipos de hemofilia). Los hemofílicos deben recibir el factor sanguíneo del que carecen para que su sangre pueda coagular. Dependiendo del tipo de hemofilia, es el factor que requieren, puede ser el factor VII o el IX, los cuales se obtienen de la sangre de individuos no hemofílicos que en ocasiones puede contener al VIH.

11. Leucemia. Cáncer del tejido formador de la sangre (médula ósea) caracterizado por una sobreproducción de glóbulos blancos inmaduros.

12. Linfadenopatía. Inflamación de los ganglios o nódulos linfáticos que varía en tamaño y consistencia. Su aparición puede deberse a múltiples causas: desde una simple infección

originada por una gripe, hasta lo que se conoce como linfoma, que es un tipo de cancer de los propios ganglios.

13. Linfocitos T. Una de las poblaciones de células del sistema inmune, que a su vez, se subdivide en varias subpoblaciones con distintas funciones, linfocitos T cooperadores (t4), linfocitos T supresores (T8), y linfocito T citotóxicos (T8)

14. Neoplasias. "Tejido nuevo" o "nuevo crecimiento". Tumor que puede ser benigno o maligno.

15. Núcleo. Parte de la célula rodeada por una membrana, en la que se almacena la información genética en forma de ADN.

16. Nucleocápside. Componente hereditario y envoltura proteína viral.

17. Poppers (nitritos). Anglicismo que se emplea para llamar a un tipo de droga inhalada, a base de nitrito de amilo o butilo que se utiliza para estimular la respuesta sexual. Se han realizado estudios que demuestra que son inmunodepresores.

18. Proteínas. Estructuras formadas a partir de aminoácidos.

que tienen alguna actividad biológica, como enzimas, hormonas, inmunoglobulina, y que constituyen el elemento estructural principal del cuerpo. Cada proteína tiene una secuencia de aminoácidos específica, genéticamente determinada, que le confiere su característica estructural y/o su función.

19. Prueba de Elisa. Prueba efectuada en una muestra de sangre que detecta la presencia de anticuerpos producidos por el organismo, por ejemplo ante el virus del SIDA.

20. Prueba de Western Blot. Prueba de laboratorio que se utiliza para confirmar los resultados de la prueba de Elisa.

21. Retrovirus. Subclase de virus de ARN, cuya característica fundamental es convertir su ARN en ADN, lo que se conoce como transcripción reversa, de donde viene su nombre.

22. Sarcoma de Kaposi. Cáncer originado en la pared de los vasos sanguíneos. La forma "clásica" no se relaciona con el SIDA, aparece en individuos mayores de 60 años de origen mediterráneo, que desarrollan el tumor en la piel de las extremidades inferiores, avanza lentamente y no tiende a dar metastasis a órganos internos. La forma "epidémica" está

relacionada con el SIDA.

23. Seropositivo. Situación en la que existe presencia de anticuerpos en la sangre, producidas por el organismo como respuesta a alguna enfermedad en particular.

24. Sistema Inmunológico. Sistema constituido por distintas poblaciones de células distribuidas por todo el organismo, que reconocen moléculas y células como extrañas. También forman parte del sistema algunos órganos como el timo, el bazo y los ganglios linfáticos.

25. Transcriptasa Reversa. Enzima característica, mas no exclusiva, de los retrovirus que permite convertir al ARN en ADN, con el objeto de integrarlo al material hereditario de la célula. Fue descubierta por Temin y Baltimore por lo cual recibieron el premio Nobel.

26. VIH. Nombre que el Comité Internacional para la Taxonomía de los Virus recomendó se utilizara para designar al agente causal del SIDA.

27. Virus del Epstein-Bair. Virus relacionado con el herpes, responsable de una forma de mononucleosis. Se aloja en la mucosa de la nariz y garganta. Este virus permanece latente

en los ganglios linfáticos, y se asocia con el linfoma de Burkitt. Hasta el momento es la asociación más clara que se conoce entre virus y cáncer.

28. Virus del Herpes Simple. Virus causante de los llamados "fuegos" en la boca, en los órganos genitales y ano. Como todos los virus del herpes, estos permanecen latentes por meses o años en las terminaciones nerviosas o tejido linfático, y se manifiestan bajo condiciones de estrés, trauma, infección o inmunosupresión. Existen 2 tipos: el I, que afecta la boca, nariz, conjuntivas, y el II que afecta genitales. No existe cura para ninguno de los virus del herpes.