

25



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

FACULTAD DE PSICOLOGÍA

**“LA REPRESENTACIÓN SOCIAL DEL VIH/SIDA
EN UN GRUPO DE INTERNOS DE LA
PENITENCIARIA DEL DISTRITO FEDERAL”**

T E S I S

**QUE PARA OBTENER EL TITULO DE
LICENCIADA EN PSICOLOGÍA**

P R E S E N T A N:

**GLORIA ESTELA CASTELLANOS LOPEZ
RUTH DELGADILLO MARTINEZ
LUCY ADRIANA GARCIA RESENDIZ**

DIRECTORA DE TESIS :

DRA. FÁTIMA FLORES PALACIOS

**UNIVERSIDAD NACIONAL
AUTONOMA DE MEXICO.**



CIUDAD UNIVERSITARIA , D.F. 2000



**EXAMENES PROFESIONALES
FAC. PSICOLOGIA.**

286424



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 esta 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.

*Yo no puedo escribir lo que no he tocado,
lo que no he visto ni sentido.*

García Lorca

decía

*que el poeta se interna en el bosque y
cuando sale - hasta entonces-
escribe sobre el bosque.*

Jaime Sabines

AGRADECIMIENTOS

A la Fundación U.N.A.M. por el apoyo económico otorgado para y durante la realización de este proyecto.

Al Programa de Internado en Psicología General, el cual nos ha brindado la oportunidad de desarrollar nuestras habilidades profesionales poniendo en práctica los conocimientos adquiridos a lo largo de nuestra formación como psicólogas. Gracias por ser la plataforma que nos ha permitido conocer a tantos psicólogos cuya calidad y experiencia profesionales son incuestionables.

A la Dra. Fátima Flores Palacios, una mujer admirable, quien ha sido una pieza fundamental no solamente en nuestra formación profesional sino también en la personal. Gracias por aceptar el compromiso de dirigir este trabajo ayudándonos a culminar una de nuestras metas más anheladas.

Al Lic. Ernesto Francisco Escalante de la Hidalga, por la confianza que depositaste en nosotras aun sin conocernos, dándonos la oportunidad de ingresar al CE.VA.RE.PSI. y visualizar nuevos horizontes. Gracias por creer en nuestro talento y en nuestra capacidad de aprender, al abrirnos las puertas de la Penitenciaría del Distrito Federal no solo para realizar nuestra tesis sino para convertirnos en técnicas penitenciarias comenzando así otro capítulo en nuestras vidas.

A la Lic. Rocío Estela López Orozco por la atención brindada, colaborando en la organización y distribución de los tiempos y espacios requeridos, así como en la invitación de los participantes y todas las facilidades otorgadas para que el presente fuera posible.

A los psicólogos Silvia Ibarra Rivera y Julio Alejandro Navarro Govea quienes a través de sus perspectivas psicoanalítica y sistémica, respectivamente, comprendieron que la realización de este trabajo (y lo que tuvo como consecuencia) era una prioridad para nosotras, concediéndonos el tiempo y espacio necesarios para llevarlo a cabo.

A nuestros sinodales cuyos comentarios nos ayudaron a pulir la presentación del trabajo realizado : Lic. Noemí Barragán Torres, Mtro. David Reynoso Erazo, Mtro. Isaac Seligson Misenbaum y Mtro. Fernando Vázquez Pineda.

A los demás profesionales cuyos testimonios y experiencia aportaron de alguna u otra manera su "granito" para nuestra formación profesional y para que esta investigación se llevara a cabo.

Finalmente, a los internos de la Penitenciaría de Distrito Federal quienes amablemente asistieron y cooperaron en todo el proceso; ya que el tiempo, la información y las experiencias compartidas con nosotras son la piedra angular de lo que a continuación se presenta.

DEDICATORIAS

A mi familia (incluyendo al peque):

Por el apoyo incondicional demostrado en todos mis años de estudiante, por el esfuerzo que han hecho junto a mí para alcanzar este objetivo.

A mis amigos Laura, Yasbet, Diana, Victor, Alberto, Ruth y Alejandro:

Porque cada época tiene sus éxitos y sus fracasos, y la nuestra siempre estará llena de nostalgias insalvables.

A Jorge :

A lo largo del tiempo que hemos compartido juntos me has brindado paciencia, comprensión y sobretodo amor. Gracias por disfrutar mis triunfos y consolarme en mis tropiezos.

A Eduardo :

Por enseñarme que los sueños son como el horizonte, no existen... se crean. Gracias por ser un hombre de convicciones, por dejarme aprender de tu pasión por la vida y principalmente, por convertir las utopías en tangibles realidades.

Gloria Estela

Juliana y Mauro:

Por haberme acompañado durante la trayectoria de mis estudios, en donde siempre me apoyaron y confiaron en cada una de las decisiones que le fueron dando forma a una de mis principales metas: obtener la formación y el título de Licenciada en Psicología.

Héctor, Oscar y Lizbeth:

El compartir sus anécdotas e ilusiones me han permitido conocer otras formas de ver la vida.

Gloria y Lucy:

Juntas en el proyecto de nuestra carrera aprendimos a vivir, crecimos como cómplices y amigas incondicionales hasta lograr nuestras metas.

Nallely, Lizbeth, Zeus, Julio:

Por la amistad sincera e incondicional que compartimos.

RUTH

A mis padres:

Por su paciencia, amor, desvelos y sacrificios para darme una educación y guiarme por el camino del bien, ya que sin esto no hubiera sido posible la culminación de esta etapa de mi vida

A mis hermanos:

Por haberme dado su ejemplo, y sobre todo por su apoyo y sabios consejos que me ayudaron a salir adelante y lograr este proyecto.

A mis amigos:

Por apoyarme y ayudarme en los momentos más difíciles, compartiendo momentos de alegría, triunfos y fracasos.

A ti Enrique:

Por haberme dado fuerzas para salir adelante en los momentos difíciles de mi vida, y sobre todo terminar esta tesis.

Lucy

INDICE

	Pág.
Resumen	1
Introducción	2
Capítulo I. Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)	
1.1 Antecedentes	6
1.2 Aspectos biológicos	10
1.2.1 Formas de detección	10
1.2.2 Manifestaciones clínicas	12
1.2.3 Alternativas de tratamiento	
1.3 Formas de contagio	14
1.4 Formas de prevención	15
1.5 Aspectos emocionales	16
1.6 Aspectos sociales	18
1.6.1 Prejuicio	20
1.6.2 Estigma	21
Capítulo II. Teoría de la representación social	
2.1 Antecedentes	24
2.2 Concepto de representación social	29
2.3 Origen de las representaciones sociales	32
2.4 Formación de las representaciones sociales	34
2.4.1 Objetivación	35
2.4.2 Anclaje	36
2.5 Dimensiones de la representación social	37
2.6 La función de la representación social	38
2.7 Diferencias y similitudes de la representación social con conceptos afines	40
2.7.1 Ideología y representación social	41
2.7.2 Actitudes y representación social	42
2.7.3 Imagen y representación social	43

2.7.4 La cognición social y las representaciones sociales	43
2.8 Instrumentos utilizados en la investigación empírica de las representaciones sociales	44
2.9 Críticas o limitaciones de la teoría de la representación social	47
2.10 Representación social del VIH/SIDA	50
Capítulo III. Sistema Penitenciario	
3.1 Los conceptos de cárcel y prisión	53
3.2 Las cárceles a través del tiempo: un poco de historia	54
3.3 La historia de las prisiones en México	55
3.3.1 Etapa precuahutémica	56
3.3.2 México colonial	58
3.3.3 El siglo XIX y el porfiriato	59
3.3.4 México: después de la revolución	64
3.3.5 La reforma penitenciaria de la década de los 70's	65
3.3.6 Las prisiones de México en el fin de siglo	67
3.4 El SIDA en las cárceles	71
3.4.1 El fenómeno del SIDA en las prisiones mexicanas	77
Capítulo IV. Método	
4.1 Planteamiento del problema	83
4.2 Justificación	83
4.3 Objetivos	85
4.4 Supuestos teóricos	86
4.5 Variables	86
4.6 Muestra	86
4.7 Tipo de estudio	87
4.8 Instrumentos	
4.8.1 Entrevista para grupos focales	88
4.8.2 Guía de entrevista	89

4.8.3 Frases incompletas	89
4.9 Escenario	90
4.10 Procedimiento	90
4.11 Análisis de datos	92
Capítulo V. Resultados	95
Capítulo VI. Discusión	108
Propuesta para la prevención y el control del VIH/SIDA en la Penitenciaría del Distrito Federal	126
Conclusiones	131
Aportaciones	136
Sugerencias	136
Limitaciones	137
Anexo 1. Guía de entrevista para los grupos focales	139
Anexo 2. Cuestionario de frases incompletas	140
Anexo 3. Características de los participantes	141
Referencias	143

RESUMEN

El VIH/SIDA es un problema de salud pública que afecta a las personas que habitan las cárceles del D. F., lo cual lo convierte en un tópico en el que hay mucho por explorar. En esta investigación participaron 50 internos de la Penitenciaría, de entre 20 y 60 años, en su mayoría con primaria terminada y una media de 9 años 6 meses en prisión. Para recopilar los datos, se efectuaron 6 entrevistas a grupos focales, se sometieron a análisis de contenido obteniéndose un cuestionario de frases incompletas que fue aplicado posteriormente. Los resultados obtenidos se dividieron en 5 categorías: Información, Creencias, Emociones, Necesidades y Fuentes de Información, en las cuales se muestran la gama de indicadores que conforman las 3 dimensiones de su representación social. Lo anterior permitirá elaborar programas de intervención eficaces.

INTRODUCCIÓN

La necesidad de fortalecer y actualizar los planes de estudio de la carrera en Psicología, así como la de vincularse a los requerimientos y demandas de la sociedad originaron la creación del Programa de Internado en Psicología General. Dicho programa es innovador y creativo, orientado a formar psicólogos capaces de desempeñarse profesionalmente con niveles elevados de calidad y exigencia académica.

La formación del psicólogo se realiza a través de un entrenamiento práctico bajo supervisión en diferentes escenarios en los que enfrenta situaciones propias del ejercicio profesional. De esta manera el estudiante de psicología se dota de conocimientos, manejo de técnicas y habilidades pertenecientes a los diferentes ámbitos de la Psicología (Salud, Social, Organizacional y Educativa) necesarias para responder a las demandas psicosociales, es decir adquiere y desarrolla habilidades y competencias profesionales a través de un aprendizaje contextualizado.

Al hablar de la Psicología Social Aplicada como una manera de aproximación a la realidad de las diversas vertientes y manifestaciones del comportamiento social humano, la práctica psicosocial ocupa un lugar relevante en el procedimiento de identificación de necesidades. Éstas deben ser reconocidas por el propio grupo o comunidad, lo cual plantea muchas veces serios conflictos a los especialistas, quienes reconocen la existencia de problemas o de carencias que sin embargo no son vividos como tales por los individuos afectados por ellos. La Psicología Social señala que en tal caso, es necesario generar un proceso de toma de conciencia para que esta situación sea vivida y sentida como una necesidad, pues si no, las acciones al respecto no tendrán ni el sentido ni la motivación necesarias para producir un cambio radical en la situación.

Dicha identificación debe realizarse a través de actividades grupales, colectivas, de carácter participativo, mediante las cuales el grupo señale aspectos de su vida común, que perciben y sienten como insatisfactorios, inaceptables, problemáticos, limitantes o imposibilitados.

Tomando en cuenta que el núcleo del concepto de identificación de necesidades es de carácter más emocional que cognoscitivo, es decir, no basta la mera información, el conocimiento se acumula pero no se usa, pues no está presente el vínculo que le otorga dirección y sentido. En tanto que el sentir la necesidad, aún si no se sabe acerca de ella, producirá un movimiento de búsqueda de ese conocimiento y de acciones para cambiar situaciones obteniendo recursos del medio ambiente.

Cuando se trata de explicar o entender algunos aspectos sociales de los seres humanos como lo son: la construcción de realidades entre sujetos sociales, la organización de la información que reciben de su medio ambiente para transformarla en significativa y coherente, la elaboración de modelos que conducen sus acciones y sus decisiones, se hace referencia a un solo concepto: la representación social.

Considerando que dicho proceso se origina principalmente a través de la comunicación social y sus medios, predisponiendo la actitud que los individuos toman frente a los fenómenos y los objetos sociales de su realidad, permitiendo el intercambio y la transferencia de valores, conocimientos, costumbres, creencias, modelos de conducta, etcétera, es que la teoría de la representación social ha tomado gran auge en la investigación y el estudio de una gran variedad de objetos sociales. Es por esto, que será mediante dicha teoría que se llevará a cabo la aproximación al fenómeno del SIDA dentro de la Penitenciaría del Distrito Federal.

En la actualidad hablar del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA) y del Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH); representa una amplia gama de significados entre diversos grupos con características bien definidas. Así pues, en los últimos 15 años se han hecho avances significativos en los diferentes ámbitos de esta materia.

De la misma forma, en un pasado reciente el sistema penitenciario mexicano ha mostrado significantes modificaciones a las viejas prácticas carcelarias; de esta forma, al finalizar el siglo XX la aparición del SIDA no se puede quedar fuera de los muros de seguridad de las prisiones nacionales, sino que ocupa un porcentaje notable dentro de los mismos; por lo que los sistemas de atención siguen siendo insuficientes.

La investigación y la experiencia tanto clínica como empírica atestiguan la presencia de los principales problemas que los internos de estos lugares afrontan, ante una serie de carencias como: las educativas, económicas, sociales, sexuales, psicológicas, etcétera., que se presentan en la vida de los individuos y en sus relaciones, lo que trae como consecuencia un alto grado de ignorancia e información errónea.

Los sujetos producen acciones e interacciones con su medio ambiente que modifican a ambos en un proceso cíclico y continuo. Así, se tiene que la cuestión de la representación social del SIDA en las prisiones mexicanas no se presenta de manera casual; ya que siendo esta una enfermedad relativamente nueva (aunque sus primeras apariciones datan del año de 1959 en el Africa Central, su prevalecencia del virus en las zonas circundantes fue muy baja hasta aumentar en los años setenta tanto en Norteamérica como en Europa); algunos de los reclusos no habían oído hablar de ella en su vida; así como otros pueden inclusive manipularla convenientemente.

Las prácticas heterosexuales y homosexuales (voluntarias ó no) aunada a una escasa y precaria información constituyen formas de contagio que se vuelven comunes dentro de la población de los penales.

Dado que la reclusión y el SIDA están íntimamente correlacionados debido a que los factores de riesgo (agresiones, drogas y tatuajes con material compartido, prostitución y violación homosexual; así como también la entrada y salida de población flotante como: visita, personal de seguridad y funcionarios, etc.), son altamente expuestos a estas personas que no son la excepción por vivir en una institución penitenciaria; en el presente resulta curioso que las oposiciones y la falta de difusión siga siendo tan fuerte en contra del medio más seguro para su prevención: la información. Por otro lado, es necesario un cambio en su representación social, para mejorar la calidad de la actitud hacia los portadores o víctimas del VIH/SIDA. (Tanto de los propios internos, como de sus familiares, personal técnico, médico, seguridad, funcionarios, etc.).

Al proporcionar los elementos básicos en cuanto a medidas de prevención, cada uno de los agentes de la población involucrados en ésta y el manejo de la infección por VIH llevará consigo la promoción, la educación y la participación de todos para tomar conciencia y responsabilidad en el cuidado y control de dicho padecimiento.

Los problemas para lograr un manejo de información sexual específica y los temores que la cubren, son examinados con una ligera carga esperanzadora, de que un manejo efectivo y oportuno proporcionará un menor detrimento en la calidad de vida de los internos.

CAPÍTULO I.
EL SÍNDROME DE INMUNO
DEFICIENCIA ADQUIRIDA

I. SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA (SIDA).

1.1 Antecedentes.

Sobre el origen del virus del SIDA aun no hay una conclusión definitiva y es por medio del examen serológico a la sangre almacenada en bancos como se ha podido estudiar en forma retrospectiva la senda de dicho virus en las diferentes zonas y poblaciones geográficas, en base a estos estudios las primeras pruebas de infección en un ser humano se hallaron en el suero recogido en Africa Central en 1959, momento en que la prevalencia del virus en las zonas circundantes fue muy baja hasta que empezó a aumentar a mediados de la década de 1970 en América del Norte y en Europa.

En 1981, en la Ciudad de Los Ángeles se detectaron a pacientes que presentaban una rara infección pulmonar, conocida como Neumonía por *Pneumocystis Carinii*, que usualmente afecta a personas con cáncer y receptores de trasplantes, y quienes tenían algunas características comunes, como es un sistema inmunológico deteriorado, ser hombres de 30 años en promedio y con preferencias homosexuales.

De igual manera, se detectaron casos de un tipo de cáncer en la piel denominado Sarcoma de Kaposi, con la particularidad de que los pacientes tenían las mismas características de los anteriores, y dado a estos hechos el primer nombre que recibió la enfermedad, sin conocimiento de la etiología, fue "*Inmunodeficiencia Relacionada a la Homosexualidad*, designándola con las siglas *GRID (Gay Related Inmunodeciency)*," (Orellan y González, 1991 y Sepúlveda, 1992).

A la par de las investigaciones, el número de enfermos se multiplicaba en una población diversa (hombres bisexuales, hombres y mujeres heterosexuales, personas que habían recibido transfusiones

sanguíneas, heroinómanos, hemofílicos y muchas de las veces la pareja del paciente), en las que persistía el daño inmunológico.

En junio de 1982 se reconoció a este cuadro patológico como *Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)*, dado a que los signos y síntomas observados comúnmente eran las deficiencias en el sistema inmunológico.

En 1984, el Dr. Robert Gallo de Estados Unidos aisló el agente infeccioso del SIDA identificándolo como virus linfotrópico T humano tipo III (HTLV-III), y se supuso que las principales formas de contagio eran a través de sangre y semen; para 1986, la Organización Mundial de la Salud (OMS) propuso unificar el nombre del agente del SIDA, llamándolo como *Virus de Inmunodeficiencia Humana (VIH)*, nombre con el que se conoce actualmente.

En México los primeros pacientes identificados aparecieron en 1983, se trataba de hombres extranjeros residentes en este país, que habían empezado su padecimiento en 1981. "Los pacientes tenían como antecedente común viajes a los Estados Unidos o relaciones íntimas con extranjeros procedentes de países con las más altas tasa de incidencia" (Bronfman, 1989, p.448.) Para este momento la mayoría de la población había escuchado y comentado acerca de esta enfermedad, y la concebía como detestable, asociada a la homosexualidad y muy lejana de las personas "normales". Para 1985 el número de casos fluctuaba desde 17 hasta 90, y las medidas de prevención ordenadas por el secretario de salud, se limitaban a "redadas de homosexuales".

En febrero de 1986 se crea el CONASIDA (Comité Nacional de Prevención del SIDA) en respuesta a la convocatoria de la OMS. Su objetivo era unificar criterios de diagnóstico, tratamiento y prevención del SIDA, y en sus discursos se hablaba de la importancia de la fidelidad como un medio más seguro de prevención, además se

enfaticaban los "grupos de alto riesgo", refiriéndose de esta manera a homosexuales, prostitutas y bisexuales, principalmente.

A partir de este momento se dieron lugar múltiples investigaciones con el objetivo de conocer los factores causales del SIDA, una de ellas es la realizada por González - Block, Liquori y Bazua (1990), quienes analizaron la prevalencia del SIDA en México y la frecuencia de los riesgos de transmisión sexual según el estrato socioeconómico de los pacientes, donde los resultados señalaron que la alta incidencia de bisexualismo encontrada entre los estratos bajos a partir de la notificación de casos de SIDA puede explicarse por la existencia de roles sexuales claramente diferenciados en la cultura mexicana. Así tenemos que las prácticas homosexuales se orientan a través de dos roles estereotipados: el activo y el pasivo, el primero no resulta identificado como homosexual, porque al penetrar por el ano a otro hombre no pierde sus atributos masculinos, y el que es penetrado asume el rol socialmente establecido para el género femenino, por lo cual, la diferencia de ambos roles guarda estrecha relación con el patrón cultural de hipermasculinidad o "machismo" que regula las relaciones heterosexuales en nuestra cultura.

En general las investigaciones se han enfocado más a obtener datos epidemiológicos, una de las más recientes es la efectuada por Salazar (1999), quien señala que el registro nacional de casos de SIDA reportado hasta octubre de 1998 era de 37 mil 381 enfermos, concentrándose el 25.9% en los 10 estados expulsores de migrantes hacia Estados Unidos, y en relación a esto CONASIDA reveló que la migración, durante el último lustro, se convirtió en un factor de propagación del VIH en ambos sentidos, es decir, la salida y el regreso de millones de portadores de ambas nacionalidades. Ésta forma de diseminación del VIH se observa con el movimiento internacional de personas en general, y en particular con los migrantes laborales, en el caso de los migrantes mexicanos se observa que predominan los jóvenes

en edad productiva y de mayor actividad sexual, los cuales de acuerdo a Carlos Magis, Director de Investigaciones Médicas de CONASIDA, en entrevista con Salazar (1999), constituyen un grupo vulnerable por los bajos niveles de conocimiento sobre los riesgos de transmisión del VIH/SIDA (comúnmente las prácticas promiscuas asociadas a la relación prostitución-infidelidad) y de las prácticas preventivas.

Al respecto la Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA, "coincide en que las personas en edad reproductiva son el sector más vulnerable y que, en su mayoría, desconocen los métodos preventivos, por lo que el número de seropositivos podría ser mayor a los 250 mil casos" (Salazar, 1999, p. 79).

México al ser un país de grandes dimensiones y controles, manifiesta tantas posturas frente al problema del SIDA como clasificaciones sociales se realicen. Así tenemos que "la postura de los grupos conservadores ha sido de rechazo a las políticas y acciones emprendidas tanto por el gobierno como por las organizaciones no gubernamentales, argumentando que, en tanto no se cuente con una vacuna o tratamiento curativo, lo único efectivo contra el SIDA es la promoción de la abstinencia sexual y la monogamia. Han criticado severamente el uso del preservativo y de la práctica del sexo seguro, puesto que incita a la población, particularmente a los jóvenes, a la promiscuidad, al desenfreno y a la perversión. Este tipo de posturas favorecen las violaciones a los derechos humanos, a partir de la premisa de que quienes tienen SIDA lo adquirieron por su comportamiento equivocado" (Sepúlveda, 1992, p. 22).

Este tipo de posiciones expresan la gran necesidad con que los diferentes gobiernos y sociedades deben comprender el inminente peligro que representa el VIH/SIDA, sin dejar a un lado la universalidad y la indivisibilidad de los derechos humanos, pues esto permitiría disminuir la vulnerabilidad y el riesgo ante dicho fenómeno.

1.2 Aspectos biológicos.

AL SIDA se le han dado varias denominaciones, tales como enfermedad del fin de siglo, castigo divino, desastre natural, enfermedad apocalíptica, entre otras, sin embargo es una enfermedad como cualquier otra y de acuerdo a Fernández (1999), significa:

SINDROME: Condición caracterizada por un grupo de signos o síntomas que se presentan simultáneamente.

INMUNO: Se refiere al sistema inmunológico, es decir, al sistema del organismo que combate las enfermedades.

DEFICIENCIA: Indica falta o carencia de algo; en este caso se refiere a la debilidad del sistema inmunológico.

ADQUIRIDA: Quiere decir que NO es una condición genética o hereditaria, sino que se adquiere después de la concepción a consecuencia de acciones específicas.

Esto quiere decir que el SIDA es un estado de salud causado por el VIH, dicho virus debilita las defensas del cuerpo humano por medio de la destrucción de los glóbulos blancos, lo cual permite que otros microbios puedan entrar al cuerpo y causar diversas enfermedades. Las células que ataca de forma preferente son las denominadas células CD4 o linfocitos T-4, el número de estas en la sangre sirven como indicador para medir el progreso de la infección del virus, por lo tanto si la infección está muy avanzada, el número de éstas células es menor.

1.2.1 Formas de detección

La manera como se puede saber si se tiene el VIH, es sometiéndose a una prueba de detección de anticuerpos contra el VIH, la más común es el conocido Test ELISA (Enzyme - Linked Inmuno - Sorbent Assay) el cual "detecta anticuerpos totales, sin especificar proteínas del virus, se le conoce como prueba presuntiva," (Velásquez,

1993, p.46). Ante un resultado positivo en esta prueba se debe repetir una segunda corrida con el mismo suero y por duplicado, esto permite tener tres resultados, y ante dos resultados positivos se debe recurrir a una prueba confirmatoria antes de dar información al paciente.

Dentro de las pruebas confirmatorias se encuentran el Western Blot, el RIPA (Radio - Inmuno - Precipitation Assay) y la Inmunofluorescencia, éstas son técnicas más sofisticadas y específicas en la búsqueda de anticuerpos contra el VIH. En el caso del Western Blot detecta anticuerpos individuales contra todas las proteínas del virus y los separa por sus pesos moleculares; y la inmunofluorescencia revela anticuerpos totales contra el VIH y utiliza células infectadas, sin embargo puede ser subjetivo en su interpretación.

El resultado que se obtiene de la prueba de anticuerpos puede ser negativo o positivo, en caso de ser negativo nos indica que no hay anticuerpos contra el VIH en la sangre de la persona lo cual puede deberse a dos razones:

1. La persona no está infectada con el VIH
2. La persona ha adquirido el virus pero aún no ha transcurrido el tiempo necesario para que se produzcan anticuerpos que puedan ser detectados.

Un resultado positivo indica que:

1. Si se han encontrado anticuerpos contra el VIH en la sangre de la persona
2. La persona puede desarrollar el SIDA de manera eventual, dentro de un período de 6 a 10 años.

1.2.2 Manifestaciones clínicas.

El estudio de la evolución de la enfermedad puede realizarse a través de distintos marcadores de laboratorio o por las manifestaciones clínicas (infecciones oportunistas) que van apareciendo de acuerdo a los 4 estadios de evolución que presenta la enfermedad, y los cuales son, de acuerdo a Aguilla y Cols., (1996), Alanis y Cols., (1988, citado por Orellan y González, 1991):

- **ESTADIO 1:** Conocido como "ventana ciega" o "período de ventana", se caracteriza por una actividad física normal con ausencia de síntomas, es decir el paciente se encuentra asintomático.
- **ESTADIO 2:** Enfermedad temprana en donde el paciente tiene una vida normal pero acompañada de síntomas, como son pérdida de menos 10% del peso normal, algunas manifestaciones cutáneas leves (dermatitis seborreica, prurito, dermatomicosis, etc.), e infecciones recurrentes del tracto respiratorio superior.
- **ESTADIO 3:** Enfermedad intermedia, se presenta una pérdida de peso corporal superior al 10%, diarrea crónica sin causa aparente por más de un mes, fiebre prolongada con causa desconocida alrededor de un mes, candidiasis oral, tuberculosis pulmonar, infecciones bacterianas graves (neumonía, piomiositis, etc.) y actividad física limitada ya que el paciente pasa menos del 50% del día acostado en la cama.
- **ESTADIO 4:** SIDA, cuyas características principales son: encefalopatía por VIH, linfoma, sarcoma de Kaposi, tuberculosis extrapulmonar, toxoplasmosis cerebral, candidiasis esofágica, herpes simple mucocutáneo, entre otros.

1.2.3 Alternativas de tratamiento.

Actualmente hay tratamientos que demoran la progresión del VIH y previenen o controlan varias de las enfermedades oportunistas, por

ejemplo, las posibilidades de adquirir la neumonía *Pneumocystis Carinii*, infección pulmonar muy seria, que se puede reducir en un 50% o más con un tratamiento temprano.

Uno de los tratamientos son los antivirales o anti-retrovirales, estos atacan el virus y previenen que se multiplique, su uso se fundamenta "en el conteo de linfocitos CD4+ y en la cuantificación de RNA pro-viral en plasma (carga viral)", (Izazola, Astarloa, Beloqui, et al. 1999, p.16), sus variantes son tres:

- Análogos inhibidores Nucleósidos de Transcripción Revertida (NRTI): estos se han estado usando para tratar la infección del VIH desde 1987 e interfieren con una enzima llamada transcripción revertida (RT) al llenarla de nucleósidos falsos.
- Inhibidores No-Nucleósidos de Transcripción Revertida (NNRTI): interfieren con la transcripción revertida por otros medios diferentes a usar sustitutos nucleósidos, sólo se requiere tomar una o dos veces al día.
- Inhibidores de Proteasa (PI): son los medicamentos más fuertes, capaces de reducir la producción viral en cantidad de cientos de copias, pero solo se usan en combinación con las ya mencionadas.

Una segunda opción es el Tratamiento Anti-retroviral Sumamente Activo (TARSA), esto es la combinación de al menos tres anti-retrovirales, el uso del TARSA "ha reportado importantes beneficios clínicos y una considerable mejoría en la calidad de vida de las personas con infección por VIH o que ya han desarrollado SIDA," (Izazola, et al.1999, p.15).

También existen los tratamientos preventivos (o profilaxis) de infecciones, existen para dos de las más comunes y peligrosas enfermedades oportunistas: la neumonía "*Pneumocystis Carinii*" y el

complejo "Mycobacterium avium". Algunas personas también toman terapia para hongos infecciosos y otras enfermedades virales.

Por otro lado, se han realizado diferentes pruebas de vacunas contra el SIDA, una de ellas es la conocida como ALVAC, ésta fue desarrollada por "Pasteur Merieux Connaught y utiliza el virus conocido como caranarypox, portador de tres genomas del VIH" (Exitosas investigaciones, 1999, p.22), y ha sido probada con éxito y sin efectos secundarios considerables en Estados Unidos y en Francia. Actualmente se esperan los resultados de las pruebas realizadas en 40 adultos con bajo riesgo de contagio de Uganda.

Otra vacuna es la denominada AIDS VAX, creada por el Dr. Donald Francis. Dicha vacuna fue confeccionada con técnicas de ingeniería genética, lo que significa que no contiene el virus, y por lo tanto la persona no tiene el riesgo de contraer el VIH ni de sufrir los efectos secundarios. Se les ha administrado a personas en Estados Unidos, Europa, Canadá y Puerto Rico, y de acuerdo al reporte del Clinical Research, en San Juan, Puerto Rico, se suministrara de forma gratuita a "toda persona que no sea portadora del VIH y que tenga una pareja seropositiva", (Exitosas investigaciones, 1999, p.22).

Sin embargo, cabe aclarar que las vacunas obtenidas hasta ahora no necesariamente van a prevenir la adquisición del VIH sino sólo van a disminuir, prolongar o evitar su progresión a SIDA.

1.3 Formas de contagio.

De acuerdo a Fernández (1999), las principales puertas de entrada del VIH en el organismo son las mucosas (membranas muy delicadas que recubren el recto, la vagina, la uretra, la boca y parte de los ojos), y la piel dañada como resultado de cortaduras, abrasiones o ulceraciones, por lo tanto la infección por el VIH puede transmitirse a través del contacto sexual no protegido al intercambiar semen, líquido

preyaculatorio, secreciones vaginales o sangre; intrauterinamente (de la madre al feto), por la leche materna, por el uso intravenoso de drogas, o por la administración de productos sanguíneos contaminados, como es el caso de las transfusiones o trasplantes de órganos, donde la transmisión se puede dar por medio del "líquido amniótico, líquido pericardico, líquido peritoneal, líquido pleural y el líquido cefalorraquídeo", (Norma Oficial Mexicana para la Prevención y el Control de la Infección por VIH, en Diario Oficial de la Federación, 17 de enero de 1995, Numeral 3.1).

Hasta la fecha "cerca del 75% de casos se transmiten sexualmente (con una razón homosexual/heterosexual de 7:1), 10% por el uso de drogas, 10% por contagio perinatal y 5% por sangre contaminada transfundida o por productos sanguíneos usados en tratamientos". (Desjarlaris,1997, p. 391).

1.4 Formas de prevención.

Actualmente no existe ninguna cura, sin embargo sí se puede evitar la transmisión de VIH/SIDA, la cual consiste no teniendo relaciones sexuales (abstinencia), teniendo relaciones sexuales con una sola pareja que no esté infectada y que a su vez sólo tenga relaciones contigo (fidelidad mutua), evitando el intercambio de fluidos corporales mediante prácticas de sexo sin penetración (sexo seguro) o usar una barrera que impida ese intercambio, como el condón masculino de látex o el femenino de poliuretano, que empleados regular y correctamente, evitan el contagio (sexo protegido). Utilizar solamente en las transfusiones sangre que haya sido previamente analizada y esté libre de virus (sangre segura). La transmisión del VIH a través de agujas hipodérmicas contaminadas puede evitarse al utilizar jeringas y agujas desechables o esterilizando las ya utilizadas con cloro antes de cada nuevo uso. Para evitar la transmisión perinatal se recomienda que las mujeres seropositivas no se embaracen, sin embargo ya existe un

medicamento que administrado a la madre durante el embarazo reduce notablemente la posibilidad de que el bebé nazca infectado.

Para que éstas medidas resulten eficaces se necesita modificar las creencias y actitudes que se tienen hacia las actividades con las cuales se vincula el SIDA, como son la sexualidad (uso de preservativo, homosexualidad), drogadicción, entre otras. De esta manera los diversos programas que existen de información, asesoramiento, detección sistemática en las personas de alto riesgo, rastreo de los contactos y modificaciones de los hábitos de conducta, podrán ser interiorizados y lograrán una sensibilización sobre el VIH/SIDA, por lo tanto el bloqueo de su propagación depende de la educación y de la práctica de relaciones sexuales más seguras, mientras no se disponga de una farmacoterapia eficaz o de una vacuna.

1.5 Aspectos emocionales.

Ante cualquier enfermedad las personas experimentan una serie de cambios emocionales, en el caso del VIH/SIDA dichos cambios se presentan en dos momentos según Fernández (1999), el primero es al recibir el resultado ante la prueba de anticuerpos, en caso de ser negativo la persona siente alivio y regocijo, corriéndose el riesgo de que se consideren inmunes; de ser positivo el resultado la persona probablemente entre en un estado de postración nerviosa, se sienta abrumada y experimente una sensación de pérdida de control, seguida por una sucesión de emociones, pensamientos y preguntas. Otras reacciones en esta etapa es la idea del suicidio, impotencia, desesperación, culpabilidad, depresión, autocensura e ira.

El segundo momento es después del diagnóstico, en donde el paciente atraviesa una serie de etapas, que no necesariamente siguen un orden o no se presentan todas. Dichas etapas son de acuerdo a la Dra. Kübler Ross (1970):

- ♣ Negación y/o desconcierto: es un mecanismo de defensa en donde el paciente dice: "No, a mí no me pasa", "Yo no estoy enfermo", etc. En ésta etapa muchas de las veces el paciente niega atención médica o psicológica, por lo que se descuida física y psicológicamente, además de que suele aislarse.
- ♣ Tristeza: la persona cree que se le quita la vida y considera el momento que está viviendo como algo falso, irreal, como una pesadilla. Esta etapa puede durar meses y convertirse en depresión.
- ♣ Rabia: la persona experimenta un sentimiento de enojo y agresión hacia Dios, la vida, su familia, su pareja, y a todo lo que le rodea. Es un momento de defensa que lo libera del sentimiento de pérdida, se siente frustrado y con culpa, muchas de las veces desea vengarse, por ejemplo contagiando a otros. Puede sentirse víctima, tiene miedo al deterioro físico, a enfrentarse a la estigmatización (de si mismo y de la sociedad), así como de quedar sólo o ser abandonado, tanto física como psicológicamente. Vive con incertidumbre pues no sabe qué enfermedad oportunista se le puede presentar.
- ♣ Regateo, pacto o negociación: la persona trata de congraciarse con Dios, sus promesas son sólo conocidas por el capellán o el consejero y se relacionan con ocultos sentimientos de culpa, "Dios mío, si me curas prometo ser mejor."
- ♣ Depresión: esto es que ante las respuestas o pérdidas sufridas, reales, afectivas o imaginarias, toma conciencia de que va a morir y es aquí en donde él y su familia sufren más. Esta etapa es necesaria para que el paciente cierre círculos, se despida de todos y de todo, siendo éste en sí el dolor de la muerte.
- ♣ Aceptación: es la etapa en la que el paciente logra aceptar su condición, le encuentra sentido a su vida y lo que resta de ella; en ésta etapa va creciendo el aspecto religioso del ser humano así como el de su espiritualidad.

Y de acuerdo a Bayés y Arranz (1988), por todo este impacto emocional descrito, la persona puede producir algún tipo de modulación inmunológica que afecta negativamente el curso de la enfermedad.

1.6 Aspectos sociales.

Rosemberg, (citado por Izazola, et al. 1999), señala que "el SIDA ha demostrado que las epidemias tienen lugar a varios niveles: evento biológico, percepción social, respuesta colectiva y fenómeno individual, tanto existencial como moral [...] Cada enfermedad, en tanto fenómeno social, es una configuración única de eventos y respuestas tanto en la esfera biológica como en lo social". Por otro lado Bayer (citado por Izazola, et al. 1999), dice que "el elemento clínico y epidemiológico central del SIDA [...] es que la transmisión del VIH ocurre en el contexto de las relaciones sociales más íntimas o en aquellos contextos que se han demostrado refractarios por casi un siglo al control social [...] El SIDA nos ha confrontado con el problema de cómo tratar actos privados que tienen consecuencias sociales". De esta manera el SIDA ha dejado al descubierto la vulnerabilidad de la condición humana, lo cual se observa durante la evolución que tiene la enfermedad al constituir una modificación determinante en la vida del paciente, ya que mientras más evidentes son los síntomas, más se enfrenta al constante rechazo y aislamiento por parte de la sociedad quién se ha caracterizado por tratar de encontrar culpables y chivos expiatorios de las grandes epidemias, debiéndose esto a diferentes razones de tipo social y cultural, y en el caso del SIDA podemos citar los siguientes de acuerdo a Del Río (1994):

- a) Los grupos sociales en los que surgió inicialmente la enfermedad
- b) El manejo que los medios dieron a la epidemia en un principio
- c) La negación y minimización del problema por los líderes de opinión y políticos
- d) La actitud de la sociedad ante la sexualidad

Dichas razones se han expresado en tres fenómenos de acuerdo a Gómez (1993) el primero de ellos es la desintegración de estructuras sociales alrededor del infectado: parejas, familias, vecindarios, grupos o comunidades; esto ocurre por la pérdida, muerte o enfermedad de personas que ejercían sobre el grupo una influencia integradora de carácter económico, afectivo o normativo, y por las reacciones disfuncionales y conflictos que surgen en el interior del grupo frente a la posibilidad o evidencia de que uno de sus integrantes está infectado o en riesgo de estarlo. Un segundo fenómeno es la discriminación de grupos e individuos considerados por otros grupos de "mayor riesgo"; la cual se puede manifestar desde el sutil paternalismo y las disposiciones legales presuntamente basadas en hechos científicos, hasta la agresión violenta de los individuos discriminados, impidiéndoles en última instancia ejercer sus derechos humanos. Por último las crisis que se generan en las estructuras ideológicas, a partir de las reformulaciones sobre el significado y la práctica de aspectos como la sexualidad, la calidad de vida, la ética, la moral, los derechos humanos y el papel del Estado frente a la salud, el efecto de estos cambios puede ser conveniente y positivo, sin embargo los individuos experimentan un nivel variable de malestar y sufrimiento en relación al resultado.

Otro factor importante es que la sociedad está acostumbrada a vivir sin el miedo a la muerte por el contagio, por ello, el tener contacto con una persona que pueda ser "portadora" de VIH/SIDA constituye una reacción propia de la naturaleza humana, y más aún porque el vínculo no sólo es con la muerte, sino también "con la tríada sexualidad-sangre-drogas" (Cruz, 1996, p.25). Todo esto conduce a lo que el Dr. Jonathan Mann ha denominado "la tercera epidemia" refiriéndose a esta como "la reacción económica, social, política y cultural" (OMS, 1987), hacia el VIH/SIDA, lo cual ha dado lugar a la ejecución de algunos abusos inauditos, entre ellos podemos mencionar los que señala Barragán, (citado por Selpuveda, 1992, p.16) "la negativa de otorgarles educación,

vivienda, servicios funerarios, etc.; la realización de exámenes de detección, sin contar con el consentimiento del interesado; la pretensión de aislarlos en albergues especiales; la prohibición de viajar a determinados países, o al menos, el impedimento de que obtengan la calidad de inmigrantes o residentes; el despido de los trabajadores infectados, así como el rechazo de sus solicitudes de empleo; la mala atención por parte de algunos profesionales de salud y, en ocasiones, la negativa de éstos a atender al enfermo; la divulgación indiscriminada de los resultados positivos de la prueba de detección del VIH, llegándose a extremos como la extorsión de la persona afectada, bajo la amenaza de hacer público su estado de salud, entre otras formas de discriminación", que dan lugar a una gran diseminación que está determinada por el prejuicio y la estigmatización por parte de la sociedad.

1.6.1 Prejuicio

El prejuicio, de acuerdo a Morales (1996), es un modo de definir al grupo mediante una serie de atributos que son vistos como intrínseco del grupo. Algunos autores consideran que de acuerdo al tipo de actitudes que una persona o un grupo puede adoptar, el prejuicio se puede presentar en cualquiera de los siguientes niveles:

- Anti-locución o rechazo verbal.
- Esquivamiento o tendencia a evitar a una persona
- Discriminación
- Ataque físico
- Exterminio de una persona o un grupo

De acuerdo a una revisión de la prensa en los últimos meses "se identifican testimonios de personas que, enfermas de SIDA, han sido objeto de alguno o varios de los cuatro primeros niveles de prejuicio mencionados" (Castro, 1988).

De acuerdo a las investigaciones se observa que el prejuicio tiene consecuencias psicológicas, las más importantes son:

1. Efectos sobre la autovaloración. Las personas asumen la visión negativa que se tiene de ellas.
2. Abandono de grupo. Esta puede ser real o de forma simbólica; los efectos incluidos en este apartado implican un planteamiento individual, es decir, la persona en cuestión rompe los vínculos con su grupo e intenta negar su anterior identidad.
3. Estrategias cognitivas, son formas que tienen los miembros de grupos discriminados o estigmatizados para defenderse, esto es cuando obtienen resultados negativos o pobres, que atribuyen a las actitudes de prejuicio que los demás tienen hacia su grupo.
4. Competición Social. Las personas que pertenecen a grupos que sufren la discriminación pueden también intentar que su grupo deje de sufrirla, aunque no necesariamente, o suele ser frecuente que este efecto psicosocial conlleve una estrategia de competición con el grupo de más estatus, con el fin de igualarlo o incluso de superarlo en dimensiones relevantes para la comparación intergrupala.

"Los dos primeros suponen que los miembros de grupos discriminados aceptan su situación de discriminación y de inferioridad, mientras que las dos últimas, suponen que quienes sufren el prejuicio intentan superar o salir de esta situación de desventaja" (Morales, 1996).

1.6.2 Estigma.

Goffman (1986) define el estigma como un atributo de un individuo que produce en los demás, a modo de efecto, un amplio descrédito, además señala que hay tres tipos de estigma:

1. Tiene que ver con deformidades y enfermedades físicas; en este grupo se incluyen a los leprosos, sifilíticos, mutilados y enfermos de SIDA.
2. A los percibidos como una falta de voluntad o como resultado de pasiones antinaturales o de creencias rígidas o falsa; en este grupo se incluyen a los exconvictos, drogadictos, alcohólicos, prostitutas, homosexuales, desempleados, etc.
3. Se asocia a una raza, nación o religión, transmisible por herencia y contaminadores por igual de todos los miembros de una familia, como es el caso de los judíos, negros, indios, etc.

Así tenemos que la estigmatización de los portadores de VIH y de los enfermos de SIDA "está ligada a símbolos sociales, que son fuente de prejuicios, intolerancia hacia grupos que varían de un país a otro, pero que tienen un común denominador: pertenecer a sectores marginales incluso antes de la aparición del SIDA. Se trata de emigrantes, refugiados, presos, hombres y mujeres dedicados a la prostitución, poblaciones autóctonas, consumidores de drogas por vía intravenosa y homosexuales". (Dussault, 1999, p.35).

Por otro lado, la familia del seropositivo juega un papel muy importante en la aceptación de la enfermedad, la cual se da después de afrontar diversas situaciones, como son:

- El reconocer en uno de sus miembros un comportamiento sexual "diferente" (homosexual, bisexual)
- Temor al contagio
- Enfrentar la posibilidad del estigma social
- Enfrentar la muerte de un ser querido

En el caso de la estigmatización, la familia se ha visto en la necesidad de elaborar un "diagnóstico creíble" para disfrazar la enfermedad y defenderse del ostracismo, este hecho lo afirman Castro y Eroza (1997), en su investigación donde se explica la frecuente

existencia de un acuerdo familiar con el enfermo: se oculta hacia afuera de la familia, o se disfraza, la existencia del problema del VIH, a cambio de proveer cierto apoyo para el enfermo al interior de la familia, apoyo que la mayoría de las veces es de tipo material, es decir, se le da una atención física y una cobertura de gastos médicos, existiendo un rechazo moral tendiente a estigmatizar al enfermo, ya que los familiares los categorizan a partir de la forma en que creen se han infectado, esto es, relacionan el SIDA con determinadas características sexuales inaceptables dentro de la escala familiar de valores, a partir de la cual se establecen las bases del doble juego "rechazo - apoyo". Así tenemos que, si se cree que la infección es por accidente o por transfusión se da un mayor apoyo y solidaridad que cuando se estima que el problema es consecuencia de una conducta desviada o inmoral, por lo que muchos pacientes son etiquetados como homosexuales, independientemente del verdadero origen de su condición. También se observa que para evitar la discriminación social y mantener un ambiente de solidaridad con el paciente se encubre parcial o totalmente la enfermedad, principalmente bajo el disfraz de otras modalidades, como son la leucemia o cáncer.

CAPÍTULO II.
LA TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN
SOCIAL

II. TEORÍA DE LA REPRESENTACIÓN SOCIAL

2.1 Antecedentes

"La Psicología Social es el estudio de las complejas relaciones existentes entre los individuos y los grupos dentro de una sociedad dada; este sistema de relaciones no solamente esta determinada por variables personales, sino por un campo social que le imprime una forma propia y que da lugar a conductas caracterizadas en el plano sociocultural" (Fisher, 1990).

Según Allport (1978, citado por Blanco en 1996), "la psicología social inició su florecimiento inmediatamente después de la Primera Guerra Mundial. Este evento, seguido de la expansión del comunismo, la gran depresión de los años treinta, por la llegada al poder de Hitler, el genocidio de los judíos, las revueltas raciales, la Segunda Guerra Mundial y la amenaza atómica estimularon todas las ramas de las Ciencias Sociales. Un reto especial presentado a la Psicología Social".

Dicha disciplina se constituye a finales del siglo XIX y principios del XX como una ciencia interesada en el comportamiento colectivo, este interés se deriva directamente de los acontecimientos sociales de la época. El nacionalismo, el colonialismo, la revolución industrial, así como las revoluciones burguesas constituyen el marco social en el que se plantean los problemas sobre el comportamiento colectivo. Los científicos sociales del momento son reformadores sociales, que creen posible la comprensión del orden social -percibido frecuentemente como desorden- mediante el estudio del comportamiento colectivo (Crespo,1995).

Hablar de representaciones sociales es remontarse a varias décadas atrás, cuando las condiciones políticas y sociales que predominaban en Europa promovieron que los psicólogos europeos

emigraran a Estados Unidos, lugar en el que el conductismo se encontraba en pleno auge, así se desplegó una corriente positivista que mantuvo a la psicología social al margen de nuevas aportaciones; ya que dentro de la tradición de Watson el paradigma E=R era tomado en cuenta dando gran importancia a los comportamientos manifiestos directamente observables (Herzlich 1975, citado por Gómez y Arroyo, 2000).

Lo anterior ocasionó que las representaciones sociales comenzarán tardíamente a encontrar su puesto en la investigación en psicología social, siendo hasta los años 70's cuando ésta retorna a Europa cuestionando a los viejos modelos de psicología norteamericana. Por fortuna, los nuevos planteamientos teóricos sobrepasaron los aspectos individualistas y psicologistas, dando paso a la elaboración psicosocial con una fuerte carga de postura ideológica, totalmente diferente a lo que se realizaba dentro de la psicología social norteamericana (Flores,1993).

Procesos como la categorización social, la influencia minoritaria, las representaciones sociales, la comparación social y las relaciones intergrupales tuvieron gran efecto para considerar aspectos ideológicos como parte esencial de una relación colectiva mucho más social. Esta dimensión tuvo gran relevancia en el sentido de que contemplaba la movilidad y el conflicto entre grupos. En la búsqueda de la comprensión de la relación entre el individuo y la sociedad, la teoría o categorización social que dio una mejor explicación sobre como opera la ideología en la subjetividad del individuo es la representación social (Flores,1993).

Así nos encontramos con que las aportaciones de Johan Frederick (1971) acerca de los factores psicosociales y su influencia en el desarrollo de una concepción socio-psicológica de la historia, dieron paso a considerar los elementos psicológicos en la sociedad, evento

fundamental para el desarrollo de la disciplina aquí analizada (Barojas, 1998).

Con la primera aproximación de Herbart se entiende que el individuo paso a ser considerado en su contexto psicológico y también se advierte la influencia tajante por parte del medio social en la construcción subjetiva de la realidad.

Blanco (1988, citado por Gómez y Arroyo, 2000), menciona que dos aspectos importantes de las aportaciones de Herbart son:

- La necesidad de la psicología de ampliar su campo de acción más allá del individuo
- El paralelismo entre el funcionamiento de los individuos dentro de la sociedad y el de las representaciones sociales dentro del individuo

Dado que existe una analogía de funcionamiento entre la vida psíquica del individuo y la vida social, ya que los elementos y fuerzas de que se componen una y otra, y las relaciones que establecen entre ellos están sujetas a un mismo tipo de leyes. Hay una mecánica de las representaciones de la conciencia individual a la que, lógicamente, debe corresponder una mecánica de las representaciones de la conciencia social. Sin embargo, este paralelismo no fue desarrollado por Herbart, sino por uno de sus discípulos, Gustav Lindner (Paez, D; Ayesterán, S; Echeverría, A; Valencia, J. y Villareal, M. 1987).

Cuando Lindner desarrolla este paralelismo mediante las analogías entre la conciencia individual y la conciencia social, aclara el proceso mediante el cual ciertos estados internos de la conciencia individual (representaciones) influyen e interactúan con otros estados internos. La discusión en aquella época se centraba entre lo psicológico y lo social, en cierto modo la dicotomía que se establecía entre los eventos

puramente psicológicos y los hechos sociales, se estaban construyendo en ese momento las bases para comprender la interrelación que existe entre uno y otro (Barojas, 1998).

Durkheim desarrolló a lo largo de sus obras (1893-1897) el concepto de "hecho social", definido como el orden de acontecimientos que presentan caracteres muy particulares, consistentes en modos de actuar, de pensar y de sentir exteriores al individuo, y que están dotados de un poder de coerción en virtud del cual se imponen a él. Por lo que no podrían confundirse con fenómenos orgánicos, ya que consistían en representaciones y acciones, ni tampoco con los fenómenos psíquicos, pues éstos solo existen en la conciencia individual (Flores,1993,p.18).

Durkheim (1893, citado en Flores,1993) son tres los elementos que conforman y definen a los hechos sociales:

- La exterioridad. El sujeto se encuentra con un medio exterior, organizado, anterior e independiente de él; un medio constituido por un conjunto de objetos culturales a los que denominó como representaciones colectivas, dentro de las cuales se ubican las creencias, los valores y las normas, que en un principio son ajenas al sujeto que por medio de la socialización pasan a constituir su propia subjetividad.
- La coerción. La cual implica que un individuo forma parte de una misma organización que presiona y a su vez sanciona, afectándose por su propia opresión. Las sanciones según Durkheim pueden ser de 2 tipos: las difusas aplicadas a través de las costumbres, y en las que el protagonista es el colectivo y las organizadas aquellas que son aplicadas por una institución.
- Generalidad e independencencia. Se refiere a la universalidad de la coerción, esto es, un hecho social es compartido por todos los miembros de un colectivo.

Así, en 1898 Emile Durkheim desarrolla el término de "representación colectiva", ya que estaba convencido de que algunos fenómenos no podían ser explicados de manera individual, debido a que la sociedad proporciona a través de dichas representaciones la matriz de la cual las personas producen sus representaciones individuales que se pueden definir como una expresión particularizada y adaptada a las características de cada individuo.

Tiempo después, y tras diez años de investigación, en su tesis doctoral, Moscovici emplea por primera vez el término de representación social y expone la forma en que una nueva teoría científica, política o técnica, al darse a conocer dentro de una cultura determinada, va transformando la manera en que la gente se ve a sí misma y en general al mundo en que vive (Moscovici, 1961, citado por Díaz en 1998).

Un punto que conviene aclarar es que la noción de representaciones sociales de Moscovici difiere en dos aspectos importantes de la propuesta de Durkheim del concepto de representaciones colectivas:

1. "La sociología ve a las representaciones sociales sólo como mecanismos explicativos irreductibles para un posterior análisis, su función es similar a la de un átomo en física tradicional y a la del gen en genética clásica. Por otro lado, la psicología social se ocupa únicamente de la dinámica y la estructura de las representaciones".
2. "Durkheim centrado en la tradición aristocrática y kantiana, tiene una concepción más bien estática de las representaciones, como consecuencia son vistas como capas de aire estancado en la atmósfera que retienen los conceptos y que pueden ser cortadas como un pastel para su estudio, sin embargo, las

representaciones sorprenden por su carácter móvil y circulatorio, por su plasticidad".(Moscovici, 1984, citado por De la Cruz, Gómez y Sastre, 1990, pp. 4-5).

2.2 Concepto de representación social

Moscovici (citado por Díaz,1998, p.34) define así las características de la representación social :

"Es coherente y estilizada, es una organización de la información relativa a un objeto, es la expresión de una determinada forma de conocimiento. Se elabora a un nivel imaginario, es por esto, que la representación hace posible el intercambio entre la percepción y el concepto. De esta manera, el objeto del concepto puede ser todo como objeto de una percepción o el contenido de un concepto puede ser percibido..."

Además, agrega que la representación social esta estructurada por una significación individual y social que da forma a una estructura coherente por el doble hecho de que es un reflejo del objeto y una actividad del sujeto.

Di Giacomo (1980) define a las representaciones sociales como modelos imaginarios de evaluación y de explicación de las realidades entre sujetos sociales, particularmente entre grupos, que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción. Esto significa que las representaciones sociales proveen de información, desde su función estructurante y jerarquizada, predisponiendo la actitud que el sujeto toma frente a los fenómenos y objetos sociales de la realidad social.

La representación incluye como el elemento intrínseco una guía para las interacciones, esto es, no solo clasifica, sino que dispone

actitudinalmente a los sujetos de una colectividad respecto al objeto de su referencia (Paéz y Ayesterán, 1987).

En este sentido, para Flores (1993) una representación será social cuando un grupo la comparte y la elabora con el fin de clasificar al objeto referido y explicar sus características para incorporarlo a su realidad social. Es también todo un proceso de apropiación de la realidad a través de la experiencia, de la vivencia colectiva, es una categoría que por ser dinámica posee vida propia.

"La noción de representación social nos sitúa en el punto donde se intersectan lo psicológico y lo social, concierne a la manera en que nosotros, como sujetos sociales que somos, aprendemos los acontecimientos de la vida diaria, las características de nuestro medio ambiente, las informaciones que en él circulan, a las personas de nuestro entorno próximo lejano. En pocas palabras ...es el conocimiento del sentido común o bien pensamiento natural en oposición al pensamiento científico... el conocimiento del sentido común se forma a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social, por lo cual este conocimiento es socialmente abordado y compartido". (Jodelet, 1986, p.473)

Toda representación social, según Jodelet (1986), es una representación de algo y de alguien, es un acto de pensamiento por medio del cual un sujeto se relaciona con un objeto, por lo que la representación es el representante mental de algo, ya sea objeto, persona, acontecimiento, idea, etc.; implicando que la representación esta relacionada con lo simbólico ya que sustituye simbólicamente algo ausente en algo presente haciendo así que toda imagen corresponda a un significado y a todo significado corresponda una imagen, no siendo una mera reproducción del objeto sino toda una construcción de él. La

representación conlleva categorías que la estructuran y expresan, y son tomadas de un fondo de cultura común: el lenguaje.

Las representaciones sociales "se refieren siempre a un objeto particular y siempre pueden ser asignados a agentes sociales específicos, son siempre representaciones de algo que construye alguien, ya sea grupo, persona o categoría social excluyendo la probabilidad de que existan representaciones sociales que se encuentren socialmente indiferenciadas en cuanto a sus portadores." (Ibañez, 1988, p. 183).

Es el carácter creador y autónomo de la representación el que estimularía la incorporación social de la novedad, según Jodelet (1989), y permite que el sistema de valores preexistentes se modifique por medio del contacto con nuevos conocimientos y que éstos al ser asimilados, tomen una naturaleza y estructuración distinta.

De esta manera se hace referencia al proceso dinámico que una representación tiene, apoyándose en el proceso "deconstrucción - reconstrucción"; esto significa que, la representación social tiene una capacidad dialéctica, de movilidad, de reacomodamiento a nuevos eventos y nuevas experiencias, lo que le permite llegar a un proceso de desarticulación del pensamiento o de una conducta para dar paso a la articulación de nuevos modelos de comportamiento social (Flores, 1993).

Según Fischer (1990), las características generales de las representaciones sociales pueden dividirse en dos niveles: estructuración y contenido.

En el ámbito de la estructuración la representación social es:

- La transformación de una realidad social en un objeto mental, en la que los datos materiales son seleccionados y distorsionados en función de la situación social de los individuos.
- Es un proceso relacional puesto que es una elaboración mental que se desarrolla en función de la situación de una persona o grupo, en relación con otra persona o grupo.
- Implica un proceso de remodelamiento de la realidad debido a que su finalidad es producir información significativa.

En cuanto al nivel de contenido, la representación social es:

- Cognitiva, puesto que se trata de un conjunto de informaciones relativas a un objeto social.
- Significativa, por estar definida por una relación de figura/sentido en donde las significaciones pasan por imágenes, y estas imágenes producen significaciones.
- Simbólica, ya que el objeto presente designa lo que está ausente de nuestras percepciones inmediatas, lo que esta ausente adquiere significación a través del símbolo el cual confiere cualidades que le dan sentido.

2.3 Origen de las representaciones sociales

Las representaciones sociales se construyen a partir de una serie de materiales de muy diversa procedencia, gran parte de los cuales provienen de un fondo cultural común acumulado en la sociedad a lo largo de su historia; dicho fondo cultural común circula por los grupos sociales en forma de creencias ampliamente compartidas, de valores básicos y de referencias históricas, económicas y culturales que conforman la llamada memoria colectiva de una sociedad (Ibañez,1988).

Otro origen de las representaciones sociales se encuentra en el conjunto de practicas sociales que están relacionadas con las diversas modalidades de comunicación social, siendo " ... en los procesos de comunicación social donde se origina principalmente la construcción de las representaciones sociales..." (Ibañez, 1988,p. 41).

Dichos procesos incluyen los medios masivos de comunicación, entre ellos la televisión, el cine, la radio, los periódicos, la computadora, etc. que son herramientas fundamentales para la transmisión de valores, conocimientos, costumbres, creencias, mitos y modelos de conducta, lo mismo sucede con medios no tan masivos como las revistas especializadas o de divulgación científica.

Existe además una modalidad de comunicación social determinante en cuanto a su influencia: la comunicación interpersonal, es decir, a las innumerables conversaciones en las que los individuos participan día con día y durante toda la vida. En todos los lugares a los que se asiste cotidianamente (la casa, el trabajo, la escuela, el transporte público, en centros comerciales, en el teatro, etc.) se entablan y escuchan conversaciones que no solamente manifiestan las representaciones sociales sino que en ellas mismas se van construyendo.

Moscovici (citado en Díaz, 1998) llamó "hechos anónimos" a todo ese ruido de fondo en el que entre los individuos existe un continuo flujo de imágenes, valores juicios y opiniones que los impactan constantemente sin que se den cuenta de ello. Esto supone que los grupos a los que pertenece una persona, los lugares que frecuenta, el estatus que ocupa en la sociedad, le predisponen a entrar y pertenecer a ciertos contextos y contenidos conversacionales, por lo que la situación social, económica, política e histórica de un grupo o individuo es determinante en la construcción y en el contenido de sus representaciones sociales.

Si se analiza con mayor profundidad este punto se encuentra que los acontecimientos que se producen en la vida diaria y que constituyen a las representaciones sociales presentan un grado de ambigüedad que favorece la posibilidad de que cada persona forme su propia opinión hacia un objeto, elaborando su visión particular de la realidad social. Hay que tener en cuenta que el considerar la elaboración de una visión personal de la realidad como un proceso meramente individual sería un grave error, ya que las inserciones de los individuos dentro de diversas categorías sociales constituyen una fuente de gran influencia en la elaboración individual de su realidad social, siendo así como se generan visiones compartidas de la realidad e interpretaciones similares de los acontecimientos.

Ibañez (1988) menciona que la antropología cultural ha mostrado como influyen las categorías lingüísticas y conceptuales propias de cada cultura sobre las representaciones de la realidad, marcando la importancia de los aspectos socioeconómicos y socioculturales para la construcción de la realidad cotidiana.

En cuanto al origen de las representaciones, Jodelet indica que éstas surgen "a partir de nuestras experiencias (...) informaciones, conocimientos y modelos que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social" (Jodelet, 1986, p.473).

2.4 Formación de las representaciones sociales

Como lo indica Moscovici (1961) existen dos procesos principales que explican como lo social transforma un conocimiento en representación y como esta representación transforma lo social. Estos procesos se refieren a la elaboración y al funcionamiento de una representación social manifestando la interacción entre la actividad psicológica y las conductas sociales. Dichos procesos son la objetivación y el anclaje.

2.4.1 Objetivación

La objetivación es el proceso mediante el cual convertimos algo abstracto en algo concreto, es dar una correspondencia a imágenes con palabras, "es reabsorber un exceso de significados materializándolos" (Moscovici, 1976, citado por Jodelet, 1986, p.481). Como nos explica Jodelet (1986) existen tres fases dentro de este proceso:

La construcción selectiva, en la que hay una selección y descontextualización de los elementos de la teoría, es decir, las informaciones sobre un objeto determinado son seleccionadas en función de criterios culturales y normativos, dicha selección consiste en retener ciertos elementos de la información, rechazando otros que pasan desapercibidos. Los elementos que quedan pasan por un proceso de transformación para que se puedan ensamblar en las estructuras de pensamiento que ya habían sido construidas por el sujeto.

La formación de un núcleo figurativo, en donde los elementos de la representación se distribuyen en forma de esquema para facilitar la comprensión de sus relaciones y funciones; se organizan para formar una imagen del objeto, la cual repercutirá sobre el conjunto de la representación proporcionándole un significado global.

La naturalización es la transformación de los elementos de la representación en seres de la naturaleza, es decir, atribuirle plena existencia fáctica. Una vez constituido, el núcleo figurativo tiene toda la fuerza de los objetos naturales, existe en el mundo físico, es real, tangible. Los fenómenos adquieren un estatus de evidencia, lo que integra a sus elementos en una realidad de sentido común.

2.4.2 Anclaje

El anclaje "es un proceso que se refiere al enraizamiento social de la representación y de su objeto" (Jodelet, 1984, p. 486), esto es, el proceso mediante el cual integramos en nuestro sistema particular de conceptos, nuevos conocimientos de tal manera que somos capaces de ubicarlo dentro de un contexto familiar; nos permite integrar objetos que no son familiares en las categorías ya conocidas para interpretar y dar sentido a los nuevos objetos que encontramos en el campo social. Los valores impuestos en un grupo o sociedad contribuyen a crear alrededor de las representaciones una "red de significados" que les permitan a los individuos evaluarlas y situarlas como hechos sociales.

Según Fisher (1990) este proceso comprende tres aspectos esenciales para explicar su función social:

- Es un sistema de interpretación, esto es, que la representación atribuida de un valor de utilidad social, es un sistema mediador capaz de regular la relación social que permite al individuo descifrar lo que le rodea con el objeto de comprender las situaciones sociales.
- Es un sistema de significaciones y muestra que las relaciones que existen entre diferentes elementos reflejan la identidad tanto de los individuos como de los grupos a través de las diversas significaciones incluidas en sus representaciones, señalando las relaciones que unen al individuo con una cultura determinada.
- Su función de integración permite comprender como se inserta la representación en sistemas de pensamiento ya existentes.

Como lo indican Orellán y González (1991) existen dos formas por medio de las cuales se intenta anclar un concepto nuevo en una red de conceptos:

1. La generalización, proceso mediante el cual se reducen distancias entre los individuos y los conceptos, se elige una característica al azar y se utiliza como categoría; siendo los individuos quienes aceptan o rechazan la inclusión de elementos a las categorías establecidas.
2. La particularización, proceso en el cual se amplía la distancia entre los sujetos y el concepto, teniendo siempre al objeto bajo análisis como divergente del prototipo, se procura descubrir cuales actitudes o comportamientos los hacen diferentes.

Al tomar en cuenta que la integración de un conocimiento novedoso a los sistemas de pensamiento preexistentes produce modificaciones, es importante considerar como los diferentes grupos sociales dan sentido a los distintos elementos de la representación, siendo determinante la situación social, cultural, educativa, política y económica en el que se encuentren inmersos.

2.5 Dimensiones de la representación social

Según Moscovici (citado por Ibañez en 1994, y por Díaz en 1998), existen tres ejes o dimensiones bajo las cuales se estructuran los componentes de la representación social: la información, el campo de representación y la actitud.

La información se refiere a la cantidad y calidad de los conocimientos que las personas poseen sobre un objeto social y dado que tanto las personas como los grupos disponen de una gran variedad de medios para acceder a la información, éstos inciden en la estructuración de las representaciones sociales, ya que la información recogida a través de la comunicación social posee diferentes características y propiedades de la información que surge del contacto directo con el objeto.

El campo de representación indica el orden y la jerarquización tanto del contenido de la representación como de los elementos que la configuran. Lo que le interesa es el tipo de organización interna que adoptan los elementos al quedar integrados dentro de la representación.

La actitud se manifiesta como la orientación o disposición positiva o negativa, favorable o desfavorable que tiene una persona frente a un objeto de representación. Es este componente actitudinal el que orienta las conductas hacia el objeto representado involucrando afectivamente con mayor o menor intensidad a las personas. Cabe señalar que esta dimensión puede existir aun cuando la cantidad y la calidad de la información que una persona posee, sea reducida o su campo de representación se encuentre poco organizado.

2.6 La función de la representación social

Las representaciones sociales no serían tan significativas e importantes sino no tuvieran una función en el comportamiento, ya que aun cuando su función principal es la de orientar la conducta, tienen otras funciones (Farr, 1986 citado por Díaz en 1998; Páez, et al. 1987, Ibañez, 1994; Peña, 1997):

- Conforman la realidad. Al producir nuevas maneras de explicar la realidad, crean esquemas que se renuevan una y otra vez utilizando los esquemas previos; de esta manera los individuos tienen información y una actitud del medio social en el que se encuentran.
- Intervienen en la comunicación social. Dado que las representaciones sirven como medios para comunicarse, y forman parte de un lenguaje común, tienen como consecuencia que esta actividad resulte práctica al resumir una idea en pocos símbolos. Dichas representaciones hacen posible un intercambio verbal coherente entre los sujetos ya que los

comentarios que establecen diariamente los individuos necesitan mucho más que la utilización de un mismo código lingüístico, se requiere de compartir un trasfondo de representaciones sociales para hablar de una comunicación real entre los sujetos.

- Integran novedades en el pensamiento. Como procesos que abstraen parte de la realidad al mismo tiempo que la conforman, están en constante comprensión de los sociales más recientes. La dialéctica entre acomodación y asimilación mantienen la estabilidad del pensamiento social al mismo tiempo que transforma progresivamente las mentalidades; es decir, la adaptación a nuevas realidades sin que éstas transporten de manera permanente hacia situaciones totalmente extrañas.
- Permiten asimilar la producción científica. Muchos de los términos de origen científico son difíciles de asimilar y entender debido a su alta especialización, así que las representaciones sociales sirven como un medio codificador que pone a la ciencia al alcance de la comunidad, sin embargo, el costo es que en muchos de los casos proveen información minimizada del objeto científico, haciendo una representación "sencilla" del concepto. En resumen, la transformación de los nuevos conocimiento científicos en saberes de sentido común a través de los procesos de objetivación y anclaje, el precio es una considerable distorsión ocasionada por el elevado grado de abstracción y complejidad de dichos conocimientos.
- Dan identidad a los grupos y los configuran. Una de las tareas de las representaciones sociales es la conformación de las identidades personales y sociales, así como la expresión y configuración de los grupos. Cuando un grupo comparte un repertorio común de representaciones surge en sus integrantes una toma de conciencia de pertenencia a un colectivo; la identidad de un grupo es un fenómeno

diacrítico, es decir, no puede definirse si no es por sus diferencias con los otros grupos.

- Orientan en el medio social. Las representaciones sociales producen los significados que las personas necesitan para comprender, actuar y desenvolverse dentro de su medio social, de esta manera pueden describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas de tal forma que se elaboran normas de cómo actuar ante los objetos respecto del valor que estos tienen.
- Establecen orden social. Otra de las funciones es conseguir que las personas acepten la realidad social instituida, para que de esta manera el individuo se integre de forma satisfactoria a la condición social que corresponde a su posición y que contribuye a la legitimación y al establecimiento del orden social.

Como se puede observar, las funciones de las representaciones sociales son complejas, pero al mismo tiempo son esenciales en el comportamiento de los seres humanos.

2.7 Diferencias y similitudes de la representación social con conceptos afines.

Las representaciones sociales al igual que otras producciones mentales, no solo tienen un origen social, sino también un modo de existencia definido estructuralmente con base a instancias sociales por lo que desempeñan una función social; sin embargo al no ser las únicas que reúnen estas características provoca que se confundan con otros conceptos, en este apartado se intentará explicar algunos conceptos afines enfatizando su distinción y similitud con el objeto de evitar una posible confusión.

2.7.1 Ideología y representación social

Son varios los puntos de coincidencia entre ambos conceptos, debido a que están vinculados con las prácticas, las relaciones y las posiciones sociales de las personas contribuyendo a orientar la interpretación y construcción de la realidad social y a dirigir las conductas.

Robert y Faugeron (1978, citado por Díaz en 1998) han afirmado que la representación social es engendrada por la ideología, siendo la primera sólo una manifestación concreta y objetivada de la segunda. El mismo Moscovici (citado por Ibañez, 1988) considera que las representaciones sociales y las ideologías se encuentran en una relación de inclusión: donde la ideología es el sistema constituido por un conjunto de representaciones sociales y la relación entre ambas partes pertenece al tipo de relación existente entre la parte y el todo.

Para Flores y Parada la ideología es un sistema de pensamiento, creencias, normas que participan en la regulación social y que conforman, por medio de representaciones sociales la subjetividad propia para cada individuo. Las representaciones sociales no son independientes de las ideologías, sino que forman parte de ellas y su relación queda establecida porque "... las representaciones sociales traducen de cierta manera el clima ideológico a partir de una experiencia en concreto" (Flores y Parada, 1994, p. 216).

Cabe mencionar que las ideologías y las representaciones sociales no constituyen objetos independientes el uno del otro, como lo señala Ibañez (1988) las representaciones siempre se refieren a un objeto particular, son representaciones de algo hechas por alguien, lo cual excluye la existencia de representaciones genéricas e indiferenciadas en cuanto a sus portadores. Por lo contrario a esto, la ideología sí tiene una connotación general, siendo capaz de generar juicios, percepciones,

actitudes y opiniones que no van anclados en objetos específicos, afectando las reproducciones cognitivas de la sociedad en su conjunto por lo que ante una ideología puesta en marcha se pueden tener distintas representaciones de ella.

2.7.2 Actitudes y representaciones sociales

La actitud se refiere a las disposiciones cognitivas y afectivas adquiridas por las personas en relación a ciertos objetos sociales, dichas disposiciones condicionan la relación que se establece entre los individuos y dichos objetos, orientando las conductas que suscitan y moldeando la imagen que de ellas se tiene.

Sin embargo, si hacemos un poco de historia, se puede observar que es con Allport con quien el concepto de actitud adquirió una línea más individual, que al minimizar su dimensión colectiva funciona como un instrumento importante para conocer al individuo, predecir su conducta y explicar su relación con los demás, dejando de ser viable para el estudio de la realidad social.

Ibañez (1994) indica que la actitud se sitúa exclusivamente en el polo de respuestas, dicho concepto implica la existencia de un estímulo ya constituido, presente en la realidad social y hacia el cual se reacciona en base a una disposición interna adquirida en relación con dicho objeto; a diferencia de la representación social se sitúa en ambos polos, es decir, se entrelaza la respuesta y el estímulo de manera indisociable, es decir, que "la respuesta que damos ante un objeto determinado esta prefigurada ya en la forma en que construimos ese objeto" (Ibañez 1994, p. 199).

En resumen, las representaciones sociales actúan de forma simultánea sobre el estímulo y la respuesta; la actitud orienta la

respuesta frente a cierto estímulo, mientras que la representación social constituye el estímulo y determina la respuesta que se brinda.

2.7.3 Imagen y representaciones sociales

Tanto la imagen como la representación social se refieren a ciertos contenidos mentales fenomenológicos que se asocian con determinados objetos hipotéticamente reales, por un lado, la imagen es esencialmente una reproducción mental de un objeto, y se asocia principalmente con los procesos perceptivos; por el otro, la representación social es un proceso de construcción mental de un objeto, cuya existencia depende en parte del propio proceso de representación (Ibañez, 1994; Jodelet 1986).

2.7.4 La cognición social y las representaciones sociales

Es posible decir que tanto los cognitivistas sociales como los investigadores de las representaciones sociales pretenden estudiar el mismo fenómeno, es decir, el pensamiento social del hombre, sin embargo, la diferencia radica principalmente en que los cognitivistas lo hacen de una manera mucho más científica y parecen limitarse a los procesos perceptivos y al tratamiento de la información. Por tanto, esta postura deja de lado los tres aspectos que caracterizan la dimensión social del pensamiento ordinario, debido a que no toma en cuenta el origen social del pensamiento, su existencia social, y principalmente el hecho de que sea un pensamiento compartido o colectivo.

Flores (1993) señala que se ha expresado una relación teórica de la representación social con conceptos como: prototipo, percepción, prejuicio y opinión, siendo abismal la diferencia que los separa de las representaciones sociales; éstos conceptos consideran tanto a los individuos como a los grupos como entes pasivos puesto que solamente

seleccionan y manejan una información ya elaborada que circula en su entorno. En tanto que en la representación social el sujeto produce acciones e interacciones con su medio ambiente que modifican a ambos, un proceso en el cual se construye y se reconstruye continuamente, aunado a la explicación de la realidad social, el sujeto la va incorporando. Esta última postura valora la actividad simbólica y la capacidad interpretativa que poseen las personas para la elaboración de una reproducción auténtica de las propiedades de los objetos sociales.

Por último, cabe mencionar el especial énfasis que hace Moscovici en cuanto al carácter irreductible de la representación social: "Constituye una organización psicológica, una forma de conocimiento que es específica de nuestra sociedad y que no es reductible a ninguna otra forma de conocimiento" (Moscovici, 1976, citado por Ibañez, 1988, p.174). Con esta aclaración, Moscovici pretendía diferenciar a la representación social de las otras formas del pensamiento social, como lo son: los mitos, las ideologías, o las visiones del mundo.

2.8 Instrumentos utilizados en la investigación empírica de las representaciones sociales.

Para precisar la importancia que tienen las representaciones sociales en el comportamiento humano, es necesario utilizar métodos de investigación que revelen en cierta medida su eficacia. La metodología de las teorías en Psicología Social han heredado en parte métodos de ciencias hermanas como la antropología o la sociología, lo cual ha enriquecido su formación. Sin embargo, también los psicólogos sociales han desarrollado métodos muy precisos para investigar el comportamiento social. Particularmente en la Psicología, los objetos de estudio son complejos, así que resulta difícil aprehender el comportamiento, los procesos cognoscitivos y hasta las representaciones sociales, lo cual lleva al uso de diferentes métodos

que respalden la confiabilidad en los resultados obtenidos. Así, en la teoría de las representaciones sociales se presume del uso multimetodológico (varios métodos en una investigación).

Moscovici (1961, citado en Díaz 1998) en el estudio que inauguró el campo de la representación social utilizó cuestionarios de preguntas cerradas, entrevistas abiertas y se valió también del análisis de contenido para conocer la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa.

Herzlich empleó entrevistas no estructuradas para acceder a la representación social de la salud y la enfermedad; Hewstone, Jaspars Y Lallje utilizaron el análisis de contenido a un ensayo escrito, en el cual se expresaban libremente los juicios del objeto cuya representación social se investigaba; Kaës, aplicó un cuestionario constituido por preguntas cerradas, semiestructuradas y abiertas, considerando que la ambigüedad de los estímulos es condición metodológicamente óptima para el estudio de las representaciones sociales (citados por Díaz, 1998).

El procedimiento clásico para acceder al contenido de un representación, consiste en recopilar material discursivo cuya producción puede ser espontánea (conversaciones o pláticas) o inducida (cuestionarios o entrevistas semiestructuradas). Dicho material es sometido a tratamiento mediante clásicas técnicas de análisis de contenido, con la finalidad de obtener una serie de indicadores que permiten reconstruir el contenido de la representación social, cabe mencionar que este procedimiento aun cuando es muy utilizado, no goza de prestigio entre la comunidad científica, debido a su escaso rigor y al componente subjetivo propio de todas las técnicas de tipo hermeneútico (Ibañez, 1994).

Un método que ha encontrado gran aceptación es el análisis de correspondencias, es decir, que consta de un análisis multidimensional de tipo factorial que presenta un alcance descriptivo. Este enfoque metodológico surge con DiGiacomo (1981) y está inspirado en el diferencial semántico, se selecciona una serie bastante extensa de palabras-estímulo que se refieren al objeto social que se desea investigar, pidiéndose a una muestra de sujetos que asocie libremente a partir de cada una de esas palabras, lo cual constituye un "diccionario de asociación", éstos pueden considerarse como representativos del "campo semántico" de cada palabra-estímulo. El siguiente paso es recurrir a un análisis de correspondencias para establecer el grado de similitud existente entre los diferentes campos semánticos, dicho tratamiento genera representaciones gráficas en las que es posible visualizar el grado de solapamiento o de independencia entre los campos semánticos. De tal forma que las palabras que se han asociado con muchos de los estímulos presentados quedan agrupadas en el centro de la representación gráfica, mientras que aparecen agrupadas en otras zonas, aquellas palabras que han sido asociadas de forma particular. De esta manera es posible observar como las personas o los grupos estructuran el campo semántico de un determinado objeto social, permitiendo el acceso a la representación social de dicho objeto, indicando los factores que dan cuenta del máximo de variabilidad, y estableciendo la jerarquía de esos factores.

Otra forma de investigar las representaciones sociales consiste en abordarlas dentro de un contexto experimental, en el cual éstas desempeñan un papel de variables intermediarias que inciden sobre otros procesos psicosociales. Este proceso consiste en inducir distintas representaciones sociales en laboratorios experimentales y analizar como inciden éstas sobre el proceso psicosocial que se pretende estudiar, actuando la representación social como variable independiente (Ibañez, 1988).

Por último, el Modelo de los Esquemas Cognitivos de Base (Guimelli y Rouquette, 1992, citado en Díaz 1998) sugiere que los elementos constituyentes de una representación social pueden ser de dos tipos: centrales y periféricos. Los elementos centrales son el origen y la coherencia principal de la estructura de una representación social, son los que en gran parte determinan el significado de las representaciones sociales y su característica principal es la estabilidad y la resistencia al cambio. Por otro lado, los elementos periféricos parecen depender de los centrales, jugando un rol fundamental en la dinámica de las representaciones sociales ya que al estar ligados al contexto inmediato en el cual están inmersos los individuos, poseen un rol adaptativo y permiten el anclaje de la representación social en la realidad de cada grupo social (Rateau, 1995, citado en Díaz 1998).

2.9 Críticas o limitaciones de la teoría de la representación social.

Según Ibañez (1994), la teoría de la representación social ha suscitado algunas críticas:

El concepto de representación social tiene poca utilidad dentro de las Ciencias Sociales pues considera que no aporta nada nuevo ya que existe un amplio arsenal teórico disponible para estas ciencias. Lo que introduce este concepto es confusión dado que las Ciencias Sociales son muy propensas a aceptar formulaciones poco precisas o redundantes.

Los presupuestos ideológicos sobre los que descansa son de corte conservador, lo que tiene como resultado el enmascaramiento de las realidades sociales. Puesto que la noción del consenso desempeña un papel importante en la teoría que Moscovici construyó, en donde una representación social es una visión compartida de algunos aspectos de la realidad social.

El grupo social establece un acuerdo sobre las características que es conveniente atribuir a un objeto social, este acuerdo se construye de manera "natural" mediante los diversos intercambios comunicativos que se dan entre los miembros de un grupo, partiendo de los intereses compartidos por éstos en relación al objeto considerado. Esta postura minimiza las precisiones que se ejercen sobre los individuos para que construyan una representación social que corresponde a intereses que benefician solo a algunas instancias sociales ajenas a esos individuos.

La representación social esta constituida con base en un conjunto de falacias conceptuales. Potter y Wethere (1987, citado por Ibañez,1994) señalan que esta teoría incurre en un proceso de "circularidad explicativa". Se afirma por una parte que los grupos sociales se caracterizan por el hecho de compartir ciertas representaciones sociales, y por otra parte se caracteriza a la representación social como aquello que es compartido por un grupo; pero no se especifica un criterio independiente que permita comprobar la delimitación del grupo con respecto de la representación social.

El hecho de que un aspecto se defina en términos de otro resulta en la afirmación de que los grupos y las representaciones son coextensivos, la coextensividad entre el grupo y la representación no significa que todos los integrantes del grupo deban compartir la representación social exactamente en el mismo grado; por un lado el hecho de que unas personas compartan la misma representación no implica que cada uno de ellos reproduzca una copia exacta de la misma. Por el otro, los integrantes de un grupo no se limitan a compartir un representación social particular, sino un sistema de representaciones. Además, nadie pertenece a un solo grupo sino que participa simultáneamente en una diversidad de grupos, y estos grupos pueden ser distintos en cuanto a la representación social que une a los individuos.

Se cuestiona la adecuación de los principios metodológicos y de los procedimientos técnicos utilizados en la investigación de las representaciones sociales. La teoría de la representación social hace énfasis en que una representación no constituye una simple suma de las diversas respuestas individuales, ni tampoco el denominador común de esas respuestas individuales.

El proceso metodológico utilizado para detectar y describir una representación social es el recoger y analizar el material discursivo que los individuos particulares producen. Sin tener en cuenta los problemas que las técnicas tradicionales de obtención de información implican, las técnicas utilizadas para analizar esta información tienen sus propios inconvenientes, debido a que tienden a producir un efecto de homogenización de las representaciones proporcionadas por los individuos y conducen a la sobrevaloración del grado de consenso real que hay dentro de un grupo en relación a un objeto determinado. Esto lleva a encontrar una representación social homogénea y compartida por los integrantes de un grupo, donde solo existe una representación difusa y una fuerte dispersión entre los sujetos.

Hay otras críticas a esta teoría. Se considera que es vaga en su definición, que utiliza el concepto social inadecuadamente, que su función para familiarizar lo nuevo no ha sido probada, que es una teoría inconclusa que ha dejado de lado el desarrollo de las formulaciones teóricas originales (Sotirakopoulou y Breakwell, 1992, citado por Peña, 1997); es un modelo que exagera la coherencia y la capacidad de pensamiento del hombre común y subestima lo contradictorio que puede ser el sentido común (Páez, et al. 1987).

Sin embargo, el mismo Ibañez (1994, p.216) señala que estas limitaciones "sitúan a la investigación sobre representación social como un proceso en desarrollo más que como una tradición de investigación ya consolidada."

En esta misma línea, Peña (1997, p.31) considera que "a pesar de los límites que tiene la teoría de las representaciones sociales, hay que considerarla como una teoría innovadora en el campo de la psicología social, específicamente en el entendimiento del pensamiento humano, que es un objeto de estudio que se caracteriza por su complejidad. Se le tiene que dar la oportunidad para ser reconocida abiertamente y así pueda pasar a un nivel de madurez."

2.10 Representación Social del SIDA.

El VIH/SIDA es un tema que ha originado múltiples investigaciones con perspectivas epidemiológicas, biológico - médicas y psicológicas; sin embargo para poder entenderlo y enfrentarlo es necesario conocer cual es la representación del VIH/SIDA en los diferentes grupos sociales.

En el caso de México, Orellan y González (1991) exploró la representación social del SIDA en adolescentes, encontrando que dicha representación varía según la estructura socio-cultural en la que se encuentran las personas, esto es, que para quienes tienen un nivel bajo (adolescentes de Neza), basan su representación en los aspectos social-cotidianos de la enfermedad, ya que el SIDA para ellos es el resultado (castigo divino) de una conducta sexual anormal o desordenada, sin embargo para quienes tienen una mejor posición (adolescentes del Centro Activo Freyre) la representación social que tienen de SIDA es de tipo científico, es decir esta basada en aspectos biológicos de la enfermedad, además de que su representación está más integrada y sólida.

En otros países las investigaciones sobre la representación social del SIDA han sido realizadas en diferentes contextos sociales y culturales, y en general el SIDA es representado "como una epidemia causada por conductas inmorales, atribuidas a la responsabilidad

personal de las víctimas, creyendo que el SIDA es confinado dentro de grupos pervertidos y que se está favor de la segregación" (Mannetti y Pierro, 1994) y se ha observado que la reacción que se tiene ante víctimas de VIH/SIDA se origina a partir "del miedo a la infección o de grandes sistemas de creencias concernientes a las categorías sociales" (Dow & Knox, 1991; Bliwise, 1991).

Mannetti y Pierro (1994) realizaron una investigación con trabajadores de la salud en Italia, en donde sus resultados contradicen los supuestos de que las reacciones negativas hacia las víctimas del SIDA son consecuencias del miedo a la infección y observaron que el significado relacionado entre la percepción del riesgo de la persona y la representación del SIDA emerge desde asociaciones libres, por lo contrario estos trabajadores quienes se sienten expuestos a un alto riesgo, son quienes manifiestan una gran intención de ayuda hacia las víctimas de SIDA.

Estos resultados confirman resultados similares de estudios previos en diferentes poblaciones italianas (Areni & Mannetti, 1992; Mannetti y Pierro, 1989; citados por Mannetti y Pierro, 1994) en donde se concluyó que a) las reacciones negativas hacia víctimas de SIDA no son funcionales para reducir el miedo b) la percepción del riesgo se muestra como un reconocimiento real de las posibles consecuencias de las conductas, hábitos e intenciones de uno.

Otro punto sobresaliente de la investigación de Mannetti y Pierro (1994) es que con el objetivo de mejorar la calidad de la actitud hacia las víctimas de SIDA, se dieron algunos cursos al personal, sin embargo estos no redujeron el miedo, pero muestran bastantes direcciones de la representación general de la enfermedad y el vínculo que ésta representación tiene con todo el sistema de representaciones preexistentes mostrado por los sujetos, por lo que para modificar la actitud hacia las personas que tienen el VIH/SIDA no sólo basta con

información sino que es necesaria una modificación de su representación social.

CAPÍTULO III.
EL SISTEMA PENITENCIARIO

III. SISTEMA PENITENCIARIO

La finalidad por la que se ha decidido dedicar un capítulo al sistema penitenciario es la de describir el marco en el cual se ha desarrollado el presente trabajo, presentándose una breve revisión general del fenómeno carcelario, sus orígenes y su desarrollo a través de la historia con el objetivo de conocer cual ha sido la evolución del sistema penitenciario a lo largo de la historia de nuestro país y principalmente en el Distrito Federal; el conocer cual es la situación actual permitirá contextualizar esta investigación.

Para poder determinar el origen de las prisiones se ha de atender de manera primordial el surgimiento del crimen, para que de esta forma se pueda castigar al infractor de la norma, dicho castigo puede ir desde los azotes, la mutilación, la privación de la libertad hasta la pena de muerte.

Desde las épocas más antiguas, todas las sociedades han poseído un sistema de penas ya sea públicas o privadas establecidas para propiciar el orden en la vida comunitaria. En sus orígenes, las cárceles tuvieron como principal función: asilar a los delincuentes de la sociedad.

3.1 Los conceptos de cárcel y prisión

Carrancá y Rivas (1974, p.p.11-12) señala respecto a la cárcel y la prisión que:

"La voz 'cárcel' proviene del latín *carcer-eris*, que indica 'un local para los presos'. La cárcel es, por lo tanto, el edificio donde cumplen su condena los presos. La voz 'prisión' proviene del latín *prehensio-oris* que indica 'acción de prender'. Por extensión es igual que la cárcel un sitio donde se encierra o asegura a los presos".

Para Mendoza (1998, p.50), la prisión es "una institución utilizada desde tiempos remotos, que ha cumplido con la función de asegurar a los delincuentes de manera que no eludan las consecuencias jurídicas de sus acciones antisociales".

En esta investigación ambos términos se utilizaran indistintamente para hacer referencia a las instituciones penitenciarias.

Cabe mencionar que en nuestro país existen dos tipos de prisiones: los reclusorios que funcionan como prisiones preventivas y los centros de readaptación social o penitenciarias, existiendo una diferencia entre ellas: la primera es aquella en la que se ubican los individuos sujetos a un proceso jurídico, ya que penalmente no se les ha demostrado que sean responsables de un delito; en la segunda se encuentran los individuos que están compurgando un delito del cual esta comprobado que son responsables.

3.2 Las cárceles a través del tiempo: un poco de historia

Quizás el origen de la cárcel se puede situar en el derecho canónico eclesiástico, el cual castigaba con la privación de la libertad a aquellos clérigos que violentaban los preceptos de la Iglesia, y tenían que confesar y cumplir con su penitencia en una celda (Aguilar, Bonilla y Fernández, 1984). La prisión tuvo sus antecedentes más remotos en las cárceles conocidas como mazmorras, galeras, sótanos cuya finalidad era castigar al delincuente; siendo en el siglo XVIII cuando surge el concepto de "construir casas de inspección, y especialmente casas de reclusión y trabajo forzado" (Bentham, 1989, p.33).

Algunos autores adoptan una división de la historia de las prisiones siguiendo la visión tradicional de la historia, refiriéndose a la cárcel en tres etapas: Edad Antigua, Edad Media y Edad Moderna.

La prisión como pena fue casi desconocida en el antiguo derecho. Durante la Edad Antigua, en el Derecho romano y en las Partidas - antigua codificación española -, se indicó que la prisión no se había establecido para castigar a los delinquentes sino solo para custodiar a los procesados hasta que se dictara su sentencia (García, 1993).

En la Edad Media la noción de pena privativa de la libertad parece sepultada en la ignorancia ya que sólo se aplicaron tormentos. Su esplendor se encuentra con el surgimiento de la "Santa Inquisición" (Del Pont, 1995), predominando las penas corporales; amputaciones de brazos, piernas, lengua, enceguecimiento y desuello. El castigo era enfocado hacia la salvación del alma de los condenados por medio del suplicio corporal, de tal manera que se confesara la culpa y por consiguiente se expiara (Focault, 1981).

Fue hasta el S. XVIII que la prisión sirvió a los fines de contención y guardia de la persona física del reo (Neuman, 1984). Surgen casas de corrección que tienen como finalidad corregir a los "perturbado sociales", a través de la educación para el trabajo y para disciplinar su vida, corrigiendo su modo de vida anterior (Mendoza, 1998).

3.3 La historia de las prisiones en México

Mendoza (1998) divide la historia de las cárceles en México:

1. Etapa precuauhtémica
2. La Colonia
3. El siglo XIX y el Porfiriato
4. Los gobiernos posrevolucionarios
5. La reforma penitenciaria de los años 70's.
6. El fin de siglo

Tomando en cuenta esta clasificación se mencionarán las principales características del sistema penal mexicano durante cada una de las épocas.

3.3.1 Etapa precuauhtémica

El derecho indígena era temiblemente severo, la sanción penal era pena pública, responsabilidad estricta del Estado y opuesta a la venganza privada, la determinación de la gravedad de la pena o la forma de aplicación dependía de las características del hecho delictuoso cometido, imperando la Ley del Talión, que permitía por un lado un cierto sentido de equivalencia que favorecía la exaltación de la venganza a través de la retribución del daño causado, sin que tuviera que mediar la privación de la libertad, pues solo se dirigían hacia los bienes materiales o hacia la vida misma (Morales, 1988; Villanueva y Labastida, 1994; Mendoza 1998).

El sistema jurídico azteca sentaba sus bases en un código social moralista en la que el emperador exhortaba al pueblo a que se mantuvieran dentro de la ley, y era quien de manera conjunta con el consejo supremo de gobierno (Tlacotan) se encargaba de juzgar, penalizar y ejecutar en un ciclo de 80 días, en audiencias públicas. El pueblo azteca, por su organización político-económica, de un sistema tributario, influye de manera muy importante sobre el sistema jurídico, que por su necesidad de mantener el poder contaba con un sistema de leyes para la represión de los delitos, la pena era cruel y desigual y las organizaciones sociales de alto rango como los teocráticos y militares aprovechaban la intimidación para conservar su dominio (Morales, 1988).

Sahagún y Clavijero (citados por Sánchez, 1983; Morales, 1988; Malo, 1988; Villanueva y Labastida, 1994; Mendoza, 1998) señalan que en este sistema existían varios tipos de cárcel:

1. "Cuauhcali" o casa de palo, consistía en una jaula de madera muy estrecha y vigilada, en la que se destinaba a aquellos sentenciados por los delitos más graves, es decir, aquellos que merecían la pena capital.

2. "Petlecalli" o casa de estar en la que se encontraban encerrados los delincuentes cuya falta había sido leve o estaban sometidos a proceso.

3. "Malcalli", era la cárcel especial para los cautivos de guerra a quienes se tenía con gran cuidado y se les obsequiaba comida y bebida abundante.

4. "Teipoloyán", era la prisión en la que eran confinados los deudores.

Es importante mencionar que no se daba la oportunidad de pagar el delito con la privación de la libertad, sino que los castigos eran brutales, según Malo (1988) existían cuatro formas de muerte:

- El apedreo para los que habían cometido adulterio
- El apaleo y la hoguera
- El arrastre por el cuello y
- El sacrificio

Los zapotecas conocían la cárcel por dos tipos de delito, principalmente: la embriaguez entre los jóvenes y la desobediencia hacia las autoridades. Al igual que los aztecas, conocieron el círculo trazado en la tierra del cual el imputado no debía evadirse y pequeños cuartos de adobe en donde a pesar de su endeble construcción no se fugaban los delincuentes sujetos a juicio o prisión breve. Estas cárceles eran solo de contención e intimidación (Sánchez,1983).

Los mayas usaban jaulas como cárceles preventivas mientras esperaban el cumplimiento de la sentencia, la muerte era la más usada en especial para los delitos considerados graves como: el adulterio,

prisioneros de guerra, esclavos fugitivos y algunos ladrones. Entre los tarascos también se utilizó la prisión como estancia temporal mientras se cumplía con la sentencia de muerte, aplicaban gran variedad de métodos desde la extracción de la entrañas por el ano, hasta el desangrar mediante el vaciamiento de los ojos (Méndoza, 1998).

3.3.2 México Colonial

Durante la época de la Colonia, la prisión aparece como una medida represiva según la disposición de las Leyes de Indias, en la que cada ciudad debía tener su propia cárcel. En la Ciudad de México se tuvieron tres presidios:

- La Real Cárcel de Corte de la Nueva España
- La Cárcel de la Ciudad
- La Cárcel de Santiago Tlatelolco

Posteriormente se construyó la celebre prisión de la Acordada. En éstas prisiones los reos eran separados por sexos y eran únicamente atendidos por sacerdotes, en éstos presidios se acostumbraba azotar, encadenar o encarcelar en calabozos oscuros a los presos. Los presidios más importantes fueron la Real Cárcel de Corte de la Nueva España y la Prisión de la Acordada.

La Real Cárcel de Corte de la Nueva España se encontraba ubicada en donde actualmente esta el Palacio Nacional. Esta cárcel tenía su fachada de fortaleza, formada por 3 patios, rodeada de 4 crujiás de piedra al frente, contaba con dos puertas, una la de horno y la otra de acceso a la cárcel real. En ella se encontraban los presos adultos encauzados o sentenciados. La referida prisión se encontraba dividida en 4 salas: 1.- La sala de la Gran Audiencia, 2.- La sala del Crimen, 3.- La sala de Tormentos y 4.- La sala de lo civil. En esta prisión los detenidos trataban sus negocios con sus abogados a través de una ventana con

rejas, con posterioridad en dicho lugar se instaló la Suprema Corte de Justicia de la Nación (Buendía,1991)

La Cárcel de la Ciudad se ubicaba en los bajos del cabildo y únicamente se encerraba a personas que cometían faltas leves. La Cárcel de Santiago Tlatelolco se ubicaba en el noroeste de la ciudad, en los antiguos suburbios cercano a la actual garita de Peralvillo siendo utilizada para albergar a "delincuentes especiales"; sus instalaciones correspondían al Convento de Santiago Tlatelolco, fundado por misioneros franciscanos en 1535; desde 1883, el templo se convirtió en bodega de la aduana y el convento en cuartel y prisión militar (Buendía, 1991 y Calderón, 1997). Ambas fueron el antecedente de la Cárcel de la Acordada construida posteriormente.

En cuanto a la Cárcel de la Acordada, su antecedente lo encontramos en el tiempo del Virrey Luis de Velasco que fundó el tribunal llamado La Santa Hermandad, que era integrado por un grupo de gente que se encargaba de vigilar y perseguir a los malechores que asaltaban diligencias por caminos desérticos. Este tribunal se caracterizó por ser ambulante, estando organizado por un juez, comisionarios, sacerdotes y un verdugo. Al presentarse en las poblaciones, si se lograba localizar al asaltante lo juzgaban dictando el juez una sentencia condenatoria que consistía en la pena de muerte. Este tribunal es suprimido en 1812 y la cárcel sirve más tarde como prisión política. Su ubicación en la Ciudad de México, fue construida en lo que actualmente es la Av. Juárez, entre las calles de Balderas y Humboldt (Buendía, 1991).

3.3.3 El siglo XIX y el porfiriato

Otras dos prisiones importantes en la historia de nuestro país fueron el fuerte de San Juan de Ulúa y la Cárcel de Perote.

La primera se construyó en el año de 1582 en el Puerto de Veracruz sobre un islote rodeado por el mar Atlántico y esta construido por grandes paredes de cal y cano, la fortaleza en forma de paralelogramo regular, en su parte principal tiene dos torres ubicadas al oriente y poniente siendo una más grande que la otra, contaba con una sala de artillería para la defensa del pueblo. En ella existieron las mazmorras caracterizadas por tener la forma de bóveda, con muros de piedra de origen corolario llamadas "madresporas" y un espesor de 5 a 6 metros (Del Pont, 1995).

La segunda, se comenzó a construir en 1763 y en su principio se destinó para depósitos, almacenes y refugio para los casos de sublevación que hubiera hecho replegarse a las fuerzas españolas, esta construcción se utilizó para aquellos sentenciados que cumplían su condena. La estructura del edificio lo muestra como de máxima seguridad y por no haber sido previsto como cárcel al construirse, adolecía de numerosos defectos, no habiendo ventilación, las celdas eran para 25 o 30 internos, contaban con una sola entrada y allí cocinaban los internos sus alimentos, no había sanitarios, ni calefacción, pero si talleres donde los presos trabajaban en la confección de tejidos de lana, palma, etc.

Ambos castillos, fueron fortificaciones que se caracterizaban por su máxima seguridad (Del Pont, 1995).

A partir de 1860 se practicó en el país el traslado penal de reclusos a Yucatán para que trabajasen en las fincas henequeras, en 1894 se llevo a cabo la transportación de sentenciados por robo al Valle Nacional para su empleo en el cultivo de tabaco, surgió el concepto de la colonización penal y se calificó como una "necesidad inevitable" que podía reemplazar ventajosamente a la pena de muerte (García,1994).

Así, en 1905 el Penal de Islas Mariás inició su función como reclusorio, con el propósito de convertirse en una colonia penal, el archipiélago de las Islas Mariás tuvo diferentes destinos: alojamiento de reos peligrosos, concentración de presos políticos, reclusorio de vagos, maleantes y viciosos. Esta colonia destinada al acomodo de reclusos en un régimen de convivencia familiar representa un evidente esfuerzo por cancelar el caso traumático de la marginación que la cárcel provoca, exaltando la convivencia para la incorporación social del prisionero (García,1978).

La Cárcel General de México (también conocida como Cárcel de Belem) comenzó a funcionar como institución penitenciaria y cárcel de custodia el 23 de enero de 1863, la edificación se situó en lo que era el extremo noroeste de la ciudad, en la zona donde hoy forman esquina las calles de Arcos de Belem y la Avenida Niños Héroes, con la calle y Plaza General Gabriel Hernández. Estaba dividida en los siguientes departamentos: detenidos, encauzados, sentenciados a prisión ordinaria, sentenciados a prisión extraordinaria y separados (Calderón, 1997).

Al frente de la prisión se encontraba el alcalde, y un segundo ayudante, quien colaboraba en el trámite administrativo, particularmente en lo relativo a la situación jurídica de los reclusos. La cárcel se disolvió con un decreto publicado en el Diario Oficial el 26 de enero de 1933 (Calderón,1997).

En el México Independiente, las instituciones carcelarias fueron un remedio en comparación con las cárceles de la colonia ya que en el año de 1883, la Secretaria de Justicia emitió una circular que ordenaba en la Cárcel de Belem la existencia de talleres y oficios, para que todo preso pague sus comidas en base a su trabajo y de manera voluntaria.

Durante la década de 1900, la institución carcelaria era un conjunto de establecimientos penales, en el Distrito Federal se encontraba una "cárcel de detención" en cada una de las cabeceras municipales en las cuales se detenía a individuos aprehendidos por cualquier delito cometido en esas demarcaciones (Alquicira y Orozco, 1985).

El 29 de Septiembre de 1900 se inauguró la Prisión de Lecumberri, que significa conforme a la raíz vasca de donde esta voz procede "tierra buena y nueva" (García,1978, p.42), y en la cual se instalaría a los reos sentenciados ubicados en la Cárcel de Belem; al cerrarse ésta, paso a ser lugar de procesados y sentenciados de ambos sexos. Más tarde cuando entró en servicio el Centro de Reclusión y Rehabilitación Femenil, mejor conocido como la " Cárcel de Mujeres" se desempeño como prisión para hombres (García, 1979).

El proyecto arquitectónico en el que se basa la construcción de la penitenciaría de Lecumberri es el sistema panóptico, que para García (1994, pág. 33) significa "que los ojos de los custodios, inquisitivos, vigilan las celdas del conjunto, un gran cilindro, en varios pisos de células, como gigantesca colmena, y en cuyo centro se asentaba el puesto de vigilancia". Esto con el fin de que este establecimiento guardase a los presos con mayor seguridad y economía trabajando al mismo tiempo por su reforma moral, con medios nuevos para asegurarse de su buena conducta (García, 1994; Alquicira y Orozco, 1985).

El sistema radial que se diseñó para facilitar la vigilancia de todas las crujías sin necesidad de mucho personal estaba constituido por un polígono central donde se elevaba una torre cuya altura sobrepasaba todos los edificios rematada por un tinaco que almacenaba agua para distribuirla a todas las dependencias. Las celdas que formaban las crujías fueron en su origen para habitación individual, se alineaban contiguas a uno y otro lado de los largos pero angostos espacios

descubiertos, que permitían la luz y el sol cuando este se encontraba en el medio día. Sus muebles eran una cama angosta empotrada en la pared, un lavabo y un retrete (García, 1979; Alquicira y Orozco, 1985).

En cada crujía había celdas de castigo para aislar a los que mostraban mala conducta, a otros se les permitía tener en su celda una mesita y un asiento. Los que estaban incomunicados por castigo se les daba alimento en su celda por el postigo de la puerta. Desde la torre, un vigilante dominaba perfectamente las azoteas y los espacios descubiertos que formaban los patios de las crujías, el polígono que efectivamente tenía esta forma geométrica era un punto de vigilancia estratégico que dominaba tanto el pasillo como la puerta interior del edificio que daba entrada a todas las personas que llegaban ya fueran visitas familiares, defensores o personal de servicio (García, 1979; Tavira, 1995).

Las crujías fueron denominadas con las letras del alfabeto desde la A hasta la N en las que eran instalados los internos de acuerdo con la clasificación que de ellos se hacía en relación al delito cometido, los antecedentes penales, la conducta y el trabajo que realizaba.

La letra A fue destinada para los reincidentes; las crujías B y C para los que habían cometido delitos sin agravantes jurídicas; la crujía D, para los reincidentes acusados de robo; en la crujía E se ubicaban los acusados de robo, en su mayoría jóvenes; la crujía F, fue destinada para los internos que desempeñaban comisiones o actividades específicas y que poseían buena conducta, en la crujía H que no partía del polígono, sino que se encontraba a la izquierda del amplio pasillo de ingreso, fue destinada para los de recién ingreso que esperaban su clasificación para ser enviados a la crujía correspondiente; la crujía I que se localizaba a la derecha del pasillo de ingreso fue utilizada para quienes desempeñaban un cargo público, especialmente agentes de la policía; en la crujía J se ubicaba a los internos homosexuales cualquiera

que hubiese sido el motivo de su ingreso; en la crujía L se albergaban los que hubiesen cometido delitos de fraude, abuso de confianza, falsificadores, era considerada el lugar de privilegio ya que en su mayoría eran individuos con grandes recursos económicos; en las crujías M y N que eran circulares y de cupo limitado estaban destinadas para aquellos internos cuya conducta era desagradable para la institución (García, 1979; Alquicira y Orozco, 1985; Tavira, 1995).

3.3.4 México: después de la revolución

Según Calderón (1997), la revolución mexicana introdujo grandes avances en materia penitenciaria. Con la nueva Constitución Federal de 1917, se consagraron en el artículo 18, los derechos de las tendencias penitenciarias.

Dicho artículo señala: "Solo por delito que merezca pena corporal habrá lugar a prisión preventiva. El sitio de esta será distinto del que se destinará para la extinción de las penas y estarán completamente separados. Los gobiernos de la Federación y de los Estados organizarán el sistema penal, en su respectivas jurisdicciones, sobre la base del trabajo, la capacitación para el mismo y la educación, como medios para la readaptación social del delincuente" (Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos, 1996, p.15).

Para Rabasa y Caballero (1993), el fin que se persigue con la pena corporal es la readaptación de los delincuentes a la sociedad, para convertirlos en hombres útiles cuando vuelvan a su seno. La idea que informa el pensamiento de los gobiernos emanados de la revolución ha sido más que castigar al delincuente, la de regenerarlo, readaptarlo a la sociedad y no separarlo definitivamente de esta; ayudarlo, en vez de hundirlo.

La Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos protege y otorga garantías no solo a quienes ajustan su conducta a las leyes, sino también a los infractores de ellas, ya sean presuntos o declarados. Los artículos del 18 al 23 contienen las bases para la persecución y procesamiento de los presuntos delincuentes y para la imposición y el cumplimiento de las penas. (Rabasa y Cabellero, 1993)

En el año de 1948 se expide un decreto que autorizaba al gobierno para construir penitenciarías en el Distrito Federal, una cárcel para detenidos, reformatorios para delincuentes juveniles y asilo para liberados (Revista del Departamento del Distrito Federal, 1985 citado por Buendía en 1991).

Después de 76 años de historia penitenciaria en la Ciudad de México que significó la Prisión de Lecumberri, la historia actual de los reclusorios se sitúa en 1958 con la inauguración de la Penitenciaría de Santa Marta Acatitla. Esto representó el traslado de los sentenciados a esta institución quedando los procesados ubicados dentro de la primera.

3.3.5 La reforma penitenciaria de la década de los 70's

En 1966 se estableció el Centro Penitenciario de Toluca, con la construcción de esta cárcel alejada de la ciudad arquitectónicamente sencilla y moderna. La organización en cuanto a los reclusos fue separar a los procesados de los sentenciados existiendo una comunicación directa entre los procesados y los tribunales de justicia. Fue bajo la dirección de los criminólogos Alfonso Quiroz Quarón, Sergio García Ramírez y Antonio Sánchez Galindo cuando comenzó la reforma penitenciaria estableciéndose la prelibertad, la remisión de la pena y el tratamiento progresivo técnico. (Neuman, 1984).

Para 1971 se creó la Ley de Normas Mínimas (Neuman, 1984; Aguilar, Bonilla y Fernández, 1984; Rodríguez, 1995; Hernández, 1995;

Del Pont, 1995) que en su artículo 7° cita: "El régimen penitenciario tendrá carácter progresivo y técnico y constará, por lo menos, de periodos de estudio, diagnóstico y tratamiento, dividido este último en fases de tratamiento en clasificación y de tratamiento preliberacional. El tratamiento se fundará en los resultados de los estudios de personalidad que se practiquen al reo, los que deberán ser actualizados periódicamente. Se procurará iniciar el estudio de personalidad del interno desde que éste quede sujeto a proceso, en cuyo caso se turnará copia de dicho estudio a la autoridad jurisdiccional de la que aquél dependa."

Fue hasta mediados de la década de los 70's cuando las autoridades del Departamento del Distrito Federal deciden construir tres reclusorios en diferentes puntos cardinales de la Ciudad de México: el Reclusorio Preventivo Norte -inaugurado el 1° de agosto de 1976-, el Reclusorio Preventivo Oriente y el Reclusorio Preventivo Sur -inaugurado el 8 de octubre de 1979-. (García 1993, Alquicira y Orozco 1985, Rodríguez, 1995; Hernández, 1995; Calderón 1997).

La construcción de los reclusorios preventivos son un esfuerzo por preservar la dignidad del individuo sometido a proceso penal y a la no desadaptación social del mismo, éstos han sufrido modificaciones como un histórico intento de abatir la sobrepoblación penitenciaria y estar en condiciones de promover la readaptación social y preservar la seguridad institucional (Rodríguez, 1995). En dichos centros se crea el equipo técnico conformado por: médicos, trabajadoras sociales, abogados, pedagogos, psicólogos, psiquiatras y criminólogos; se insertan los Centros de Observación y Clasificación en los que se les realizan a los internos estudios y diagnóstico para determinar su tratamiento buscándose el tratamiento individualizado técnico progresivo para la readaptación social de los sujetos que han cometido un ilícito (Aguilar, Bonilla y Fernández, 1984; Rodríguez, 1995).

En 1977 se crea la Dirección General de Reclusorios y Centros de Readaptación Social (actualmente Dirección General de Prevención y Readaptación Social), como unidad encargada de la administración de los establecimientos de reclusión dependientes del departamento del Distrito Federal, expidiéndose en 1979 el Reglamento de Reclusorios para el Distrito Federal, en el artículo 12 de dicho documento, se encuentra la siguiente definición: "Son reclusorios las instituciones públicas destinadas a la internación de quienes se encuentran restringidos de su libertad corporal por una resolución jurídica o administrativa".

Villanueva y Labastida (1994), consideran que los Reclusorios y Centros de Readaptación Social reciben su nombre como resultado del cambio iniciado en beneficio de la población interna, respondiendo a la necesidad de preparar para la vida en libertad a las personas que han sido privadas de la misma.

3.3.6 Las prisiones de México en el fin de siglo

La década de los 80's tuvo para el penitenciarismo pocos avances y muchos retrocesos, la mayoría de las prisiones habían sufrido un gran deterioro: sobrepoblación, normatividad deficiente, autogobierno, corrupción de autoridades e internos, falta de personal o personal inadecuado, directivos improvisados, grandes y exagerados privilegios para internos con fuerte poder económico (Távira,1995; Mendoza,1998).

Lo anterior tiene como consecuencia que la historia de esos años y principios de los 90's este llena de fugas, motines y riñas que dejan ver la pérdida del control en el sistema penitenciario no solamente en el Distrito Federal sino en todo el país.

Es con el vertiginoso despunte del narcotráfico -la nueva cara de la delincuencia- que surge la idea de crear instituciones de máxima

seguridad en el país, con el fin de encarcelar en ellas a los reos procesados y sentenciados principalmente por delitos contra la salud, aquellos que son considerados de alta peligrosidad por tener relación con la delincuencia organizada; otras de sus características son elevados rasgos de agresividad y una resistencia casi absoluta al tratamiento penitenciario (Secretaría de Gobernación, 1996; Mendoza, 1998).

Es así, que entre 1987 y 1988 se elaboró en México un programa de construcción de instituciones de máxima seguridad, las más famosas actualmente son los Centros Federales de Readaptación Social # 1 y 2; ubicados en Almoloya de Juárez, Estado de México y en Puente Grande, Jalisco, respectivamente. Estas cárceles son planeadas para albergar a internos que no se adaptan al tratamiento penitenciario, con muros muy altos y profundos; los más modernos y exagerados sistemas de seguridad y un régimen disciplinario riguroso (Mendoza, 1998). Al respecto, Távira (1995, p.170) comenta "todos los habitantes del Cefereso de Almoloya, tienen un común denominador: habían causado caos en las prisiones de donde provenían".

Es hasta mediados de 1998 cuando se vuelve a poner atención en la situación que atravesaban las prisiones, realizándose algunas acciones que permitieran mejorar la calidad del servicio brindado por el sistema penitenciario tanto a los internos como a la sociedad, algunas de ellas son señaladas por la Lic. Clementina Rodríguez, Directora del Reclusorio Preventivo Femenil Norte -R.P.F.N.-: "A partir de 1998 se empiezan a elaborar reformas como la Ley de Ejecución de Sanciones Penales (que sustituye a la Ley de Normas Mínimas) en la cual el punto más importante es el tratamiento en externación, principalmente para los primodelincuentes con penas menores de 7 años; también se introducen dos nuevas figuras dentro del personal penitenciario: los técnicos penitenciarios cuya función es la de trabajar en medidas para mejorar la calidad de vida de los internos dentro de la institución; y los

supervisores de aduana quienes se encargan de supervisar y normar lo que ingresa a la institución (tanto personas como alimentos, objetos, etc.). Se está capacitando al personal para que tomen conciencia del papel que juegan como servidores públicos y se estimula la cultura de respeto a los derechos humanos”.

Respecto a la situación actual en la que se encuentran los centros penitenciarios del Distrito Federal, algunos funcionarios y expertos en la materia comentan:

“En 1992, la población penitenciaria no rebasaba los 5 000 internos en todos los reclusorios (varoniles y femeniles), actualmente estamos hablando de más de 20 000 por lo que los espacios han sido reaprovechados, es decir, se han hecho anexos en los reclusorios Norte, Oriente y Sur para dar atención a un mayor número de internos de acuerdo a la acreciente demanda que se ha dado en el sistema penitenciario. Esto ha tenido como consecuencia que se reduzcan espacios deportivos, áreas verdes, entre otros. Lo anterior ha dificultado el cumplimiento del artículo 18 Constitucional referente a los medios para la readaptación social. Creo que en este momento el sistema penitenciario debe renovarse, puesto que la situación se esta convirtiendo en una bomba de tiempo” (Lic. Jaime Abasolo. Director del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial -CE.VA.RE.PSI.-)

“La situación actual de las cárceles en el Distrito Federal es apremiante y muy difícil por que hay sobrepoblación y toda una serie de situaciones que han venido a complicar el que estas instituciones se mantengan en un nivel de eficiencia y funcionamiento adecuados. En el caso concreto de la Penitenciaría presenta características diferentes, no tiene sobrepoblación por el contrario de los reclusorios preventivos, especialmente el Norte y el Oriente; dichas circunstancias han permitido implementar una serie de programas que han dado resultados si no completamente transformadores, si impactantes para la población

dentro de la Penitenciaría. Sin embargo, con la construcción de la nueva penitenciaría quedarán espacios libres para descargar a los reclusorios preventivos lo cual dará al sistema nuevas posibilidades" (Lic. Francisco Escalante. Director de la Penitenciaría del Distrito Federal).

También considera que hay más internos porque existe una política más estricta en relación a la forma de trabajo de la Procuraduría que tiene que ver con la eficiencia en las detenciones de los delincuentes, las políticas que sigue el Ministerio Público en cuanto a la persecución de los delitos denunciados, entre otros.

"Es importante considerar que la población penitenciaria cambió, ya no son los mismos delitos que antes, se ha pasado de un ladrón simple al crimen organizado en el cual se habla de un alto poder económico y social que ha vuelto vulnerable al sistema. El problema de la sobrepoblación se ha agravado más por el endurecimiento del sistema penal, en el que se etiquetan más delitos como graves y por lo tanto se dan penas más largas y sin derecho a beneficios lo cual provoca que se dificulte la readaptación" (Lic. Clementina Rodríguez. Directora del R.P.F.N.).

"La cárcel para mí es un establecimiento donde se dan todas las contradicciones sociales, y esa condición social lleva a un problema de cómo se aplica la ley, consecuentemente si tenemos un mal procedimiento penal lo vemos reflejado en la cárcel en la sobrepoblación y el hacinamiento, la suma de éstas lleva a otras problemáticas internas (tanto de personal técnico, custodios y funcionarios, como de los propios internos), siendo la corrupción una de ellas, lo que provoca el hundimiento de valores en la gente, esto es que la sobrepoblación y el hacinamiento llevan a la pérdida de la libertad, de los valores y los principios de los seres humanos en donde la ley del más fuerte es el que prevalece. Ambos fenómenos son el resultado de sentencias muy altas y no solución de la problemática" (Mtro. Fernando Mancilla. Criminólogo y

Coordinador del Área Psicolegal de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México).

"La situación actual es con tendencia al caos, es decir, la sobrepoblación en cada centro penitenciario va en aumento, es por eso que están ampliando instalaciones, sin embargo, no son suficientes debido al exceso de internos. En el Reclusorio Sur, que es el conocemos perfectamente por trabajar en él, no existe tanto hacinamiento porque si se ha ampliado; en cuanto a su interior, su contenido, el hacinamiento es tal, que justamente provoca rozamientos, situaciones desagradables, pleitos, conservación de la situación de liderazgo, conservación del tráfico de estupefacientes y tóxicos en general. Si no fuera por los tóxicos la estabilidad de los reclusorios peligraría porque es un mal hasta cierto punto necesario, puede existir la falta de agua o alimento, pero no puede existir la falta de tóxicos porque la población inmediatamente se empieza a alterar" (Dr. Alberto Pinzón. Médico Psiquiatra del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, -R.P.V.S.-).

"La situación actual de las prisiones en el Distrito Federal me parece espantosa, se termina el siglo XX en las mismas condiciones espantosas que había al término del siglo XIX; en 1900 se inició el siglo con la inauguración de Lecumberri, se inicia el 2000 con la próxima inauguración de la nueva penitenciaría, lo que es una aberración: construir lo nuevo cerca de lo viejo" (Dr. Antonio Sánchez Galindo. Director Técnico del Consejo de Menores Infractores del Distrito Federal).

3.4 El SIDA en las cárceles

Las prisiones no están fuera del mundo. Los índices de VIH son muy altos en la población carcelaria. Los prisioneros y los otros - incluyendo personal y visitantes-, se mueven dentro y fuera de la prisión todos los días. Algunos prisioneros tienen una sentencia corta y una vez

concluida ésta regresan al mundo exterior (Colectivo Sol, 1994; ONUSIDA, 1997).

Dentro de las instituciones penitenciarias existen una gran variedad de factores de riesgo para la infección por VIH entre los que podemos mencionar: el consumo de drogas inyectables, los tatuajes y/o perforaciones en la piel con material compartido y no esterilizado, y las relaciones sexuales (prostitución o violación) sin protección principalmente entre hombres.

Según, Luzón (1993) aunque sean menos numerosos, puede haber casos de transmisión del virus por personas que no sean portadoras pero que manejen inadecuadamente objetos infectados, por ejemplo, material quirúrgico u odontológico, o plasma sanguíneo. Por otro lado, refiriéndose a los seropositivos, hay otras vías de transmisión que no son sexuales, en España la principal vía de contagio es el uso común de jeringas entre drogadictos. Otra forma de diseminación es por agresiones clavando agujas u otros objetos infectados, a través de las pequeñas heridas o cortes, o peleas en las que puede haber contacto con la sangre de otros.

Una encuesta realizada en 1993 en Río de Janeiro informa que al menos un 73% de los internos masculinos ha tenido contacto sexual con otros hombres en la prisión, mientras que en países como Zambia, Australia y Canadá se notifican cifras entre 6 y 12%. En Estados Unidos existen informes que indican que más del 30% de los internos utiliza drogas intravenosas y otro 30% aceptó haber tenido prácticas homosexuales. En dicho país, en 1994 la tasa de prevalencia de infección por VIH en internos es mayor a la notificada en la población general y de casos notificados de SIDA era casi seis veces mayor que en la población adulta general. En 1997, en Francia se reportó una prevalencia del VIH en prisiones diez veces mayor que aquella de la población general (Labastida, Villanueva e Izazola, 1997).

Es difícil estimar la cantidad de reclusos y reclusas usuarios de drogas inyectables o los y las que tienen relaciones sexuales sin protección, porque en teoría son comportamientos que no están permitidos o no deberían ocurrir en un sistema penitenciario y por eso se realizan en la clandestinidad. Sin embargo, es evidente que en la mayor parte de las cárceles del mundo estas conductas son cotidianas. En México la visita conyugal implica (en estas condiciones) un incremento del riesgo de infección para el interno o la interna y para su pareja por la falta de precauciones adecuadas (Scholle, 1988; Ruiz, 1998).

Muchos de los seropositivos que están en prisión fueron infectados fuera de ella; algunos de ellos pertenecen a segmentos de la población con un riesgo de infección más alto. Por ejemplo, algunos fueron detenidos por uso o tráfico de drogas y a veces continúan usándolas dentro de prisión.

Los prisioneros se encuentran en una posición sumamente vulnerable tanto al poder de las autoridades carcelarias, como a las demandas sexuales de los propios internos, muchas de las cuales son violentas por naturaleza. El contacto sexual entre hombres es común en todas las prisiones alrededor del mundo; la violación existe, en algunas cárceles es un "evento usual", una manera de iniciación institucional. Lo más común es el sexo anal y si la relación sexual es forzada como en el caso de la violación, el condón no es una regla válida en prisión (ONUSIDA, 1997).

Silva (1993, p.116) señala que "una vez conocidos los sujetos seropositivos se plantea la cuestión de si cabe adoptar medidas de separación o aislamiento de éstos frente al conjunto de los reclusos. Hay quien entiende que tales medidas de aislamiento no están indicadas desde el punto de vista médico salvo que se pueda determinar en el

sujeto una especial agresividad, una homosexualidad activa o una prosecución del consumo de drogas por vía parental".

Este mismo autor indica que el hallarse afectado por una enfermedad infecto-contagiosa debe ser fundamento suficiente para la separación en aquellas actividades u ocupaciones en las que por su especial configuración, sea ineludible su adopción, dados los riesgos de contagio existentes, en particular a los relativos a la celda, donde, en lo que importa al efecto de transmisión del SIDA, el consumo conjunto de droga o las relaciones sexuales consentidas o forzadas pueden ser factibles.

En esta misma línea Del Pont (1995), considera que las personas privadas de su libertad poseen el derecho a la separación de los enfermos mentales, de quienes padecen una enfermedad infectocontagiosa, sordomudos y menores de edad, esto debido a que los individuos necesitan de un tratamiento adecuado en una instalación separada que cuente con los medios humanos y técnicos suficientes.

Para la OMS (1987, citado por el Ministerio de Justicia y la Secretaria de Política penitenciaria y de Readaptación Social de Argentina en 1997), " los presos no deben sufrir prácticas discriminatorias en relación con el SIDA, o la infección del VIH (pruebas obligatorias, segregación o aislamiento), salvo cuando sea necesario para su bienestar. Las decisiones sobre pruebas y/o medidas de detección deben tomarse teniendo en cuenta el consentimiento informado, la capacidad de preservar el carácter confidencial de los resultados y la presentación de ayuda positiva a los individuos afectados."

Otra organización que enfatiza la consideración del problema del SIDA en el ámbito penitenciario es Act Up quien señala que "toda persona detenida tiene los mismos derechos que la población fuera de

prisión en lo que se refiere al acceso a la información, a la prevención y a la atención sanitaria, al respeto a la confidencialidad y a la protección contra toda forma de discriminación" (Act Up,1995, p.278).

En Austria, se cuenta con una Ley Especial del SIDA desde 1989, cuya concepción básica con la que se intenta hacer frente a la propagación del SIDA dentro de las prisiones, radica principalmente - de acuerdo con las correspondencias de la OMS y del Consejo de Europa - en medidas de información, asesoramiento y ayuda (Burgstaller,1993).

En Argentina existe la posibilidad de la liberación de aquellos internos que comprueben ser portadores de VIH y tengan por lo menos una de las enfermedades oportunistas vinculadas con el SIDA y que conducen a la muerte o a la invalidez física y/o mental, no debiendo los prisioneros seropositivos ser objeto de practicas discriminatorias. En Chile, el Programa Nacional de Control del SIDA en Recintos Penales tiene el objetivo de controlar la propagación de la enfermedad al interior de las prisiones, mediante vigilancia epidemiológica, la prevención y el fomento de actitudes y conductas seguras, a través de la atención médica especializada y digna a los internos seropositivos y enfermos del SIDA (Labastida, Villanueva e Izazola, 1997).

Neuman (1994) considera que en cuestión del SIDA, aun no se ha atinado dando pasos para su solución, no pareciendo la cárcel tradicional, ni siquiera en pabellones especiales, lo más conveniente. Por otro lado, apunta: "Creo que los enfermos de SIDA - procesados y sentenciados - ya se hallan bastante condenados por la vida (o la muerte, según se vea); por ello, deberían ser ubicados en granjas, reciclando algún edificio, formando comunidades terapéuticas, con trabajos útiles y productivos y, en lo fundamental, permitiendo que éstos reclusos se junten para cogestionar con la dirección. Formando, de tal modo, grupos a la medida de alcohólicos anónimos, para ayudarse

y redimensionar sus existencias o lo que reste de ellas (Neuman, 1994, pág. 280).

Para el ACT UP (1995) los detenidos con SIDA deben ser beneficiarios de todas las medidas posibles que puedan conducir a una excarcelación anticipada, tomando en consideración los efectos negativos que el encarcelamiento produce sobre el estado de salud del detenido. También señala la importancia de un trabajo de formación de personal sanitario y penitenciario, así como la información para las personas encarceladas, todo esto, con el fin de cesar las discriminaciones asociadas al estatuto serológico.

En prisiones, la prevención de enfermedades y la atención médica requieren contrastar el modelo médico basado en la prevención, el diagnóstico, la atención y el tratamiento con las exigencias penitenciarias de custodia, control y castigo. Los aspectos relacionados con la seguridad y la propia noción de castigo inherentes al sistema carcelario pueden ser serios obstáculos para la prevención efectiva del VIH/SIDA en prisión (Tollada y Comp, 1994).

Es importante mejorar las condiciones de higiene y el sistema de atención sanitaria dentro del medio penitenciario, el seguimiento médico constante tanto preventivo como profiláctico reconociendo primeramente la existencia de practicas de riesgo (homosexualidad, tatuajes, uso de droga endovenosa), situación que requiere la distribución de equipos que contengan tanto productos de higiene de primera necesidad, como el material necesario para el desarrollo de practicas seguras, sean éstas lícitas o no, y la información necesaria para su utilización (Act Up, 1995).

Para Silva (1993), en la actualidad existe un acuerdo generalizado en admitir que la transmisión del SIDA constituye en prisión un riesgo más elevado que en otros ámbitos sociales, a ellos contribuyen una gran

diversidad de factores. Por un lado, en las cárceles se hallan individuos consumidores de drogas por vía parental en un número muy elevado y por consiguiente puede apreciarse una alta concentración de individuos pertenecientes a uno de los "grupos de riesgo" en relación a la infección del VIH. Por otro lado, además aunque ya en segundo plano, es asimismo una realidad extendida en prisión la de las prácticas homosexuales, ya sean consentidas o forzadas con lo cual se constata la concurrencia de un segundo grupo de individuos con conductas de alto riesgo.

Junto a lo anterior, varios factores actúan de modo potencial a la difusión de la enfermedad como lo son la sobrepoblación, el hacinamiento, la falta de higiene, el clima de violencia, la ignorancia, los prejuicios, la negación de los problemas, todos éstos son rasgos característicos de un buen número de centros penitenciarios en el mundo y por consecuencia en nuestro país.

3.4.1 El fenómeno del SIDA en las prisiones mexicanas.

El primer antecedente conocido de casos de SIDA dentro de instituciones penitenciarias de la República Mexicana ocurrió en 1985, cuando fue reportada la muerte de un interno recluido en el Centro de Readaptación Social de Almoloya de Juárez en el Estado de México. En el Distrito Federal, el primer caso fue notificado en 1987. Cabe mencionar que a partir de 1991 el número de casos incrementó, esto puede deberse a que fue en ese año cuando se inició el programa permanente de detección de VIH/SIDA en internos.

Hasta el momento no es posible conocer con exactitud la cantidad de internos infectados dentro de los centros penitenciarios del país ya que las pruebas de seropositividad sólo se pueden aplicar con la autorización de los internos.

En 1997, Labastida, Villanueva e Izazola realizaron una investigación cuantitativa con internos de la Penitenciaría del Distrito Federal, con el objetivo de evaluar los programas sobre SIDA existentes dentro de dicha institución, para lo cual utilizaron un cuestionario de preguntas cerradas, que evalúa algunos aspectos relacionados con el VIH/SIDA, así como la consulta de los expedientes técnicos de los internos seropositivos.

En dicho estudio encontraron que el 80% de los entrevistados mencionó no haber rechazado a los internos seropositivos que permanecen dentro del penal, mientras que el 20% restante precisó que si había rechazado a los internos con el padecimiento, ya fuera por vergüenza o molestia, pero principalmente por temor a contraer el virus "por simple contacto verbal, físico o a la hora de la comida". Asimismo, un alto porcentaje manifestó que el principal sentimiento que un enfermo les provocaba era de tristeza por la evolución de la enfermedad y por la percepción de que su muerte es irreversible.

Respecto a la situación del aislamiento de los internos portadores de VIH, en la misma investigación se entrevistó a un funcionario quien reportó que la concentración de los seropositivos en un dormitorio obedece a factores de prevención del contagio frente a la población restante y a mecanismos de atención y protección para los enfermos. En cuanto a la confidencialidad de su condición, esta no era respetada puesto que todos los internos saben cual es el dormitorio en el que los infectados de VIH/SIDA están ubicados.

Otros de los resultados que sobresalen son que el 90% de los encuestados refirió no haber consultado a alguien por causa de una infección de transmisión sexual (I.T.S.), manifestando que nunca han tenido problemas de ese tipo, dado que recurren constantemente al uso de preservativo para evitar contraerlas y/o evitar el embarazo. En cuanto a los seropositivos entrevistados, la causa inmediata a través de

ESTA TESIS NO SALE DE LA BIBLIOTECA

la cual adquirieron el VIH fueron las relaciones sexuales, en segundo término quedo el uso de drogas intravenosas y en tercer plano la aplicación de tatuajes dentro y/o fuera del centro. También señalan que la enfermedad les ha afectado de manera emocional (al ser notificados se sintieron deprimidos) y han experimentado un constante rechazo por parte de otros internos; respecto a los servicios que proporciona el centro penitenciario ellos asisten preferentemente a los eventos religiosos y asesorías psicológicas, quedando muy por debajo la asistencia médica y alimenticia. Un deseo manifestado con gran inquietud fue el de recibir terapias de apoyo individual y familiar de manera constante y profesional, así como la necesidad de contar con mejores instalaciones médicas y con personal más sensible a sus padecimientos, y establecer la distribución permanente de medicamentos cuya escasez representa un verdadero conflicto para los internos. Otro aspecto señalado se refiere a que los internos cuentan con información respecto al tema, la cual se les da a conocer por medio de folletos, boletines, proyección de videocintas, pláticas informativas y preventivas, brindadas por el personal médico de la institución, trabajadoras sociales, médicos externos y miembros de las Organizaciones No Gubernamentales, (O.N.G).

Respecto al fenómeno del VIHYSIDA en algunas instituciones penitenciarias del D.F., funcionarios y expertos en la materia señalan:

"Yo creo que el SIDA es un asunto que esta latente dentro de todas las sociedades, particularmente en la nuestra se observa un aletargamiento ya que es algo que tenemos enfrente y lo queremos ignorar, no queremos darnos cuenta de que ahí esta un problema severo para la humanidad. Eso que ocurre fuera de las cárceles, también ocurre dentro de las cárceles y posiblemente mucho más acentuado debido a la conjunción de muchísimos factores. El problema del SIDA es muy grave, sabemos que en este momento un enfermo de SIDA puede vivir tranquilamente, puede contrarrestar el problema del virus si recibe una

atención médica justa y profesional, posibilidades a las cuales en nuestro país todavía no tenemos acceso. El medicamento es sumamente caro, entonces a nuestros internos contagiados de VIH les damos la atención que medianamente podemos" (Lic. Jaime Abasolo. Director del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial -CE.VA.RE.PSI.-)

"Cuando hablamos del SIDA, hablamos de una enfermedad de transmisión sexual y la pregunta es: ¿cuántos de los que están internos han tenido relaciones sexuales por su gusto?. Muchos se contagiaron dentro, teniendo en cuenta que dentro de la prisión otro de los derechos que se pierden es el ejercicio libre de la sexualidad en donde las opciones se reducen a la masturbación o a las relaciones homosexuales (porque no hay dinero para pagar la visita íntima, porque no hay espacios o no hay visita íntima). La sexualidad se torna así una forma de establecer poder dentro de la prisión, siendo la violación una práctica cotidiana. El SIDA es en lo que menos problemas hay si lo comparamos con el tráfico de drogas y la prostitución dentro de las cárceles, siendo éstos dos factores favorecedores de su propagación" (Mtro. Fernando Mancilla. Criminólogo y Coordinador del Área Psicolegal de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza de la Universidad Nacional Autónoma de México).

"En la Penitenciaría se hace más o menos trabajo de prevención, la promiscuidad en la cárcel implica un riesgo real, por lo que se han impulsado programas de orientación que intentar combatir la transmisión del VIH/SIDA. Es un problema grave de muy difícil solución, es una enfermedad que tiende a proliferarse por los usos y costumbres, porque la gente conoce las cosas pero no las previene; en el caso de los internos, aun teniendo el conocimiento de como prevenirlo prefiere gastar su dinero en drogas que en preservativos" (Lic. Francisco Escalante. Director de la Penitenciaría del Distrito Federal).

"La promiscuidad, el hacinamiento, van a provocar que el SIDA se prolifere, una medida para el control de esta infección sería la distribución de preservativos que ya no permitan la contaminación o transmisión de este tipo de enfermedades; en sí, todas las enfermedades venéreas disminuirían con esta medida. En los centros de reclusión donde no existen las relaciones sexuales apropiadas son los que están en mayor riesgo. Por ejemplo, los centros psiquiátricos en donde no existe la visita de parejas del sexo contrario" (Dr. Alberto Pinzón. Médico Psiquiatra del Reclusorio Preventivo Varonil Sur, - R.P.V.S.-).

"El problema del SIDA es un problema social muy grave, es una enfermedad transmisible, incurable y mortal. En el sistema penitenciario no se han tenido los espacios adecuados para contener a este tipo de población, es un problema social en el cual es necesario un trabajo directo con el servicio médico. Se debe tener un programa a nivel psicológico, social e institucional para apoyar a esta población, hay que brindarles opciones, ya que los seropositivos son discriminados dentro de los discriminados: ser delincuente es ser discriminado y además ser portador del VIH lo es doblemente" (Lic. Clementina Rodríguez. Directora del Reclusorio Preventivo Femenil Norte, - R.P.F.N.-)

La experiencia ha demostrado que si bien poco se puede hacer para controlar la expansión del VIH, es una responsabilidad del sistema penitenciario primero el reconocer ciertos factores de riesgo y formas de conducta en las prisiones. El hecho de que los prisioneros sean una comunidad cautiva crea una inusual oportunidad para el acceso a la información, educación y recursos para prevenir la infección.

Esto ocurre dentro de las cárceles en donde las personas seropositivas son segregadas, ya sea por parte de los mismos internos o por las autoridades. Esta situación muy probablemente se deba a la

carencia de políticas penitenciarias, programas educativos y asistenciales en la prevención del SIDA, así como una falta de recursos económicos destinados a estos fines. La mayor parte de las prisiones en México internan en sus instalaciones al doble de presos para las que se construyeron, por lo que el presupuesto que tienen asignado para programas de salud no es suficiente.

Como se puede observar hay mucho que hacer todavía respecto al VIH/SIDA dentro de las prisiones, dadas las condiciones de éstas, sus habitantes se convierten en un grupo sumamente vulnerable. Así, para desarrollar estrategias y acciones encaminadas a prevenir y controlar este fenómeno, primeramente es necesario conocer cómo lo definen y cómo lo enfrentan las personas que viven en una institución penitenciaria, para lograr esta meta será la teoría de la representación social el marco de referencia bajo el cual se estudiará al objeto social antes mencionado.

CAPÍTULO IV.
MÉTODO

IV. MÉTODO

4.1 Planteamiento del problema

A pesar de que la caracterización del Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida se ha alcanzado apenas recientemente ya tiene un lugar en la historia de la humanidad por las implicaciones que, más allá de la salud, tiene en el desarrollo de los países y por su gran impacto en individuos y grupos sociales, no siendo la excepción las personas que se encuentran viviendo en alguna institución penitenciaria.

Lo anterior sugiere que más allá de los avances farmacológicos, la prevención sigue siendo una pieza angular en el combate al VIH/SIDA, esto enfatiza que las intervenciones comportamentales correctamente focalizadas pueden llevar a la adopción de prácticas de menor riesgo; sin embargo, para la elaboración de un programa de intervención eficaz es necesario conocer las creencias y actitudes que se tiene respecto al VIH/SIDA, por lo que en esta investigación se intento conocer: ¿Cuál es la representación social del SIDA en un grupo de internos de la Penitenciaría del Distrito Federal?

4.2 Justificación

El VIH/SIDA se ha convertido en un problema de salud pública que afecta a 37,381¹ personas en México (No. de casos notificados hasta el 1º de Octubre de 1998, sin embargo se estiman 174,00²), y dado que aun no se descubre cura alguna, y solamente se puede controlar a través de medicamentos de alto costo, la mejor manera de combatir la expansión del virus es la prevención, por medio de la información y la educación, basadas en lo que el VIH/SIDA representa

¹ Fuente: Registro nacional de casos de SIDA.

² Fuente: Valentino, J; Magis, C; Del Río, A; García, M. Casos de SIDA en el área rural de México. Salud Pública de México, 1995; 37:615-23.

para los diferentes grupos sociales. En este estudio nos enfocaremos a las personas que han convertido un delito y que, por lo tanto, están privadas de su libertad.

El virus del SIDA se encuentra entre las personas que habitan las cárceles de la mayor parte de los países del mundo y México no es la excepción. Dentro de las instituciones penitenciarias existen una gran variedad de factores de riesgo para la infección por VIH entre los que podemos mencionar: el consumo de drogas inyectables, los tatuajes y/o perforaciones en la piel con material compartido y no esterilizado, y las relaciones sexuales sin protección principalmente entre hombres. Como factores indirectos están frecuentemente el hacinamiento, el clima de tensión y violencia y la falta de un sistema de salud adecuado que incluya programas de educación y prevención; lo que trae como consecuencia que los reclusos no tengan acceso a la información y la asistencia médica necesaria y adecuada.

A la fecha son muy pocas las investigaciones que se han hecho respecto al SIDA en las cárceles de nuestro país, y tomando en cuenta que las personas privadas de su libertad están expuestas a una gran cantidad de factores de riesgo para contraer el VIH dentro de las instituciones, es de llamar la atención que de una población total de 21,208³ internos varones adultos que habitan los reclusorios preventivos y la penitenciaría del Distrito Federal, solo se hayan notificado 42 casos⁴.

El SIDA ha motivado diversas respuestas a nivel social, por lo que dentro del campo de la Psicología Social, y muy concretamente en lo que respecta a la representación social corresponde el estudiar cual es el conocimiento común y socialmente compartido que se tiene del SIDA, ya que, de acuerdo con Jodelet (1986), el concepto de representación

³ Fuente: Dirección General de Prevención y Readaptación del Distrito Federal..

⁴ Fuente: Lic. Francisco Escalante. Director de la Penitenciaría del Distrito Federal.

social involucra la manera en que los sujetos sociales aprenden los eventos y las características de la vida diaria, las informaciones que en ella circulan, matizándolas a partir de sus experiencias previas, así como por medio de los modelos tales como la tradición, la educación y la comunicación social, permitiendo abordar directamente la forma como se construye el SIDA; el explorar cómo se define esta enfermedad en el quehacer cotidiano y como lo enfrentan las personas que se encuentran recluidas dentro de una institución penitenciaria, puede generar la oportunidad para entender el fenómeno y desarrollar políticas penitenciarias adecuadas que beneficien a los internos y a las personas que conviven diariamente con ellos.

4.3 Objetivos

Objetivo General:

- Conocer los elementos que conforman la representación social del SIDA en un grupo de internos de la Penitenciaría del Distrito Federal.

Objetivos específicos:

- Conocer la información sobre SIDA que poseen un grupo de internos de la Penitenciaría del Distrito Federal.
- Conocer el campo de representación del SIDA que poseen un grupo de internos de la Penitenciaría del Distrito Federal.
- Elaborar una propuesta para la prevención y el control de la transmisión del VIH/SIDA basada en la representación social que un grupo de internos de la Penitenciaría del Distrito Federal poseen de dicho objeto social.

4.4 Supuestos Teóricos.

- "La noción de representación social concierne a la manera en que los sujetos sociales aprenden los acontecimientos de la vida diaria, las características del medio ambiente, las informaciones y personas que en él circulan, en pocas palabras, es el conocimiento del sentido común, el cual forma parte de las experiencias y de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que se reciben y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social." (Jodelet, 1986).
- El conocer los elementos que conforman la representación social del SIDA que poseen los internos de la Penitenciaría del Distrito Federal permitirá elaborar una propuesta para la prevención y el control de la transmisión del VIH.

4.5 Variables

REPRESENTACIÓN SOCIAL: Es un modelo imaginario de evaluación, categorización y explicación de realidades entre individuos sociales, particularmente entre grupos que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción (DiGiacomo,1980).

SIDA : Es el conjunto de síntomas y signos que se generan en algún momento de la vida como consecuencia de una función deficiente en el sistema inmunológico ocasionado por la presencia del virus de inmunodeficiencia humana dentro del organismo.

4.6 Muestra

El muestreo o selección de la población se realizó por medio del método probabilístico denominado intencional, siendo 50 los elegidos para participar en esta investigación.

Todos los sujetos pertenecen al género masculino, debido a que es éste el género de los internos recluidos en la Penitenciaría de Santa Marta, éstos están consignados legalmente y se encuentran purgando la pena privativa de la libertad; con una media de edad de 35 años (Ver anexo 3, tabla 1). Los seleccionados fueron primodelinquentes o reincidentes, habiendo cometido delitos como: homicidio, robo, violación, fraude, daños contra la salud, etc; en cuanto al tiempo que llevan en prisión, la media es de 9 años 6 meses (Ver anexo 3, tabla 3). No se tomo en cuenta para su selección ni el nivel socioeconómico ni la escolaridad de los internos, para esta última la mayoría tiene una escolaridad mínima de primaria completa (Ver anexo 3, tabla 2). No se tomaron en cuenta los consignados en los Módulos de Alta Seguridad por ser considerados de alto riesgo institucional (alta peligrosidad), ya que ellos se encuentran la mayor parte del tiempo recluidos en dichos módulos y no esta permitido el acceso parcial o permanente a los mismos -con excepción de personal especializado-. Los requisitos fueron: desear participar en la investigación.

4.7 Tipo de estudio

El presente estudio se ubica en la categoría de investigación no experimental puesto que es "una indagación empírica y sistemática en la cual el científico no tiene un control directo sobre las variables independientes porque sus manifestaciones ya han ocurrido o porque son inherentemente no manipulables" (Kerlinger,1994; p.394).

Específicamente pertenece a la clasificación de Estudios de Campo, los cuales se definen como "investigaciones científicas y no experimentales dirigidas a descubrir relaciones e interacciones entre variables sociológicas, psicológicas y educativas en estructuras sociales reales" (Kerlinger, 1994; p.421). Su objetivo es "estudiar un determinado grupo de personas para conocer su estructura con sus relaciones sociales, su principal característica es que se realiza en el

medio natural en que se desenvuelve el individuo." (Ramírez-Prado, F. Y Monroy-Tello, L. s/f, p.25).

Otras dos características del presente, es el ser un estudio de tipo exploratorio - descriptivo. Exploratorio, porque busca tener una primera aproximación al fenómeno del SIDA y ver como se relaciona este con los eventos del alrededor; y descriptivo, porque busca describir las características más importantes de dicho fenómeno, con relación a su aparición, frecuencia y desarrollo.

Con base en la evolución del fenómeno, el tipo de estudio se puede clasificar como transversal porque "recolecta datos, describe variables y analiza su incidencia e interrelación en un sólo momento y en un tiempo único" (Hernández, Fernández y Baptista, 1991; p.p. 191-192).

4.8 Instrumentos

4.8.1 Entrevista en grupos focales

La entrevista en grupos focales es una entrevista a un grupo de 7 a 10 personas que poseen ciertas características en común que se relacionan con el tema de investigación y tiene una duración aproximada de 60 a 90 minutos.

Para Krueger (1994) un grupo focal puede definirse como "una discusión planeada, diseñada para obtener las percepciones de un área de interés definido dentro de un medio ambiente permisivo... su propósito consiste en: determinar percepciones, sentimientos y maneras de pensar". De esta manera su objetivo es conocer el punto de vista de todos y cada uno de los participantes, independientemente de si es favorable o desfavorable respecto al objeto de estudio, sin intentar alcanzar un consenso, esto significa, que no es necesario que los individuos estén de acuerdo en sus comentarios los unos con los otros,

tampoco son sesiones de solución de problemas, ni se busca tomar decisiones para el grupo.

En comparación con otros procedimientos cualitativos ofrece varias ventajas, señaladas por Krueger (1994) y Morgan (1997):

- Permite observar la interacción ocurrida entre los participantes alrededor de un tema específico en un período de tiempo limitado.
- Provee evidencia directa acerca de similitudes y diferencias en las opiniones y experiencias de los participantes.
- Produce una cantidad concentrada de datos precisos en el tema de interés, dando la oportunidad de reportar una amplia gama de tópicos cuyos datos estarán directamente relacionados con el objeto de estudio.
- En situaciones de grupo las personas sienten mayor libertad para expresar sus pensamientos, sentimientos y acciones.

Su principal desventaja, es que se limita, como en todas las formas de entrevista a la conducta verbal y a los datos autorreportados.

4.8.2 Guía de entrevista

La entrevista estuvo conformada por tres preguntas abiertas, cada una de las cuales contenía varios subtemas que se esperaba fueran abordados de manera espontánea dentro de la discusión de cada uno de los grupos focales. De no ser así, se hicieron las preguntas específicas que correspondían a los temas de interés (Ver anexo 1).

4.8.3 Frases incompletas

Consistieron en un listado de 11 frases incompletas, que cada participante tenía que completar en forma espontánea y en poco tiempo (Ver anexo 2).

4.9 Escenario

El escenario donde fue llevado a cabo el presente estudio fue la Penitenciaría del Distrito Federal, ubicada en Calzada Ermita Iztapalapa s/n, colonia Santa Martha Acatitla, delegación Iztapalapa. Este centro penitenciario fue elegido por ser el lugar donde se canaliza y ubica a los internos diagnosticados como seropositivos dentro de las instituciones penales del Distrito Federal.

4.10 Procedimiento

Se realizaron visitas a la Penitenciaría del Distrito federal con la finalidad de solicitar la autorización y el apoyo por parte del Director de dicha institución, para llevar a cabo la presente investigación. El proyecto le fue presentado para su revisión tanto al Director como a la Jefa del Centro de Observación y Clasificación y una vez aprobado por ellos se realizó la selección de los internos que participaron en la misma, dicha selección fue hecha por la funcionaria arriba mencionada tomando en cuenta la disponibilidad y el grado de participación de los internos, siendo 58 quienes participaron en las dos fases que constituyeron el estudio.

En la primera fase, se elaboró una guía de entrevista en base a la información que nos interesaba conocer. Se conformaron 6 grupos focales de 7 a 11 participantes en los cuales se aplicaron dichas entrevistas, las sesiones se realizaron en dos escenarios: la oficina de la Jefa del Centro de Observación y Clasificación y la sala de usos múltiples ubicada en el dormitorio 8. Para las entrevistas efectuadas en el primer escenario se solicitaba a través de una llamada telefónica al personal de custodia que enviase a los internos solicitados. Debido a que los internos ubicados en el dormitorio 8 no pueden salir de dicho lugar las entrevistas se realizaron en la sala antes mencionada, por lo que se

le pedía al personal de custodia por medio de una lista con los nombres de los participantes les diera acceso a dicho lugar.

Para ambos casos, una vez que se reunía el grupo se les colocaba una tarjeta con su nombre con la finalidad de identificarlos y poder dirigirnos a ellos por el mismo; se les invitaba a tomar lugar dentro del círculo previamente conformado. Posteriormente, nos presentábamos informándoles del motivo de la sesión, solicitando su autorización para la grabación de dicha entrevista, una vez que todos aceptaban se daba inicio a ésta. Al finalizar la sesión se les informaba de una segunda reunión con nosotras para la aplicación de un instrumento de frases incompletas.

Durante cada una de las sesiones había una moderadora que se encontraba ubicada dentro del círculo formado por los participantes y siendo quien dirigía las preguntas; también se contaba con dos observadoras ubicadas fuera de dicho círculo y que no intervenían en la sesión, su función consistía en tomar notas de la dinámica del grupo.

Una vez transcritas las entrevistas se les sometió a un análisis de contenido cuyo objetivo fue el obtener categorías que permitiesen la elaboración de un instrumento de frases incompletas (ver anexo 2) las cuales se aplicaron durante la segunda fase. Dicha aplicación fue individual siguiéndose el mismo procedimiento que para las entrevistas en grupo focal en cuanto a la asistencia de los internos (solicitarlos al personal de custodia a través de una llamada telefónica o una lista). Se les dio la instrucción de no ponerle su nombre a dichos cuestionarios.

Después de haber obtenido la información, se procedió al análisis de datos.

4.11 Análisis de datos

La información obtenida tanto en las entrevistas en grupos focales como en la aplicación de las frases incompletas fue sometida a un análisis de contenido, el cual puede definirse como: "... una técnica de investigación que consiste en el análisis de la realidad social a través de la observación y del análisis de los documentos que se crean o producen en el seno de una o varias sociedades" (López-Arangurán, 1986, p.366).

Berelson (1952, citado por López-Arangurán, 1986) señala que el análisis de contenido es una técnica de investigación para la descripción objetiva, sistemática y cualitativa del contenido manifiesto de la comunicación. Por otro lado Krippendorff (1980 citado por López-Arangurán, 1986) indica que dicha técnica de investigación se utiliza para hacer inferencias reproducibles y válidas de los datos al contexto de los mismos, es decir, no se limita al contenido manifiesto de los mensajes sino que puede extenderse a su contenido latente (López-Arangurán, 1986).

Según Krueger (1994) el análisis de los resultados obtenidos en entrevistas a grupo focal debe considerar 7 aspectos:

1. Considerar las palabras: cual es el significado de las palabras y frases usadas por los participantes; una variedad de éstas serán usadas para determinar el grado de similitud entre las respuestas.
2. Considerar el contexto: las respuestas de los participantes son provocadas por estímulos (una pregunta hecha por el moderador o un comentario de otro participante), además tomar en cuenta el tono e intensidad del comentario oral.
3. La consistencia interna: los participantes en un grupo focal cambian sus opiniones o posiciones frente a un tema después de interactuar con otros, por lo tanto, se deben analizar las señales que permitan explicar estos cambios en el discurso.

4. La frecuencia y extensividad de los comentarios: la primera es el número de veces que un tópico surge en la discusión, y la segunda, es el número de personas diferentes que hablaron acerca de un tema.
5. Intensidad de los comentarios: los participantes hablan de un tema con especial intensidad, pasión, profundidad o sentimiento, frecuentemente usan palabras que connotan la intensidad, comunicándola a través del tono de voz, la velocidad y el énfasis en los mismos.
6. La especificidad de las respuestas: aquellas que estén basadas en experiencias y sean más específicas deberán tener más peso que las que sean vagas e impersonales.
7. Localizar ideas amplias: agrupar los comentarios y detalles por conjuntos de ideas que permitan organizar la presentación y discusión de los datos obtenidos. Estas surgen de una acumulación de evidencia (palabras usadas, lenguaje corporal, intensidad de los comentarios, etc.) mas que de comentarios aislados.

Siguiendo con lo anterior, los datos obtenidos se clasificaron elaborándose cinco categorías de análisis:

- Información : conocimientos científicos que poseen acerca del VIH/SIDA
- Fuentes de Información: medios a través de los cuales han obtenido la información que poseen respecto al VIH/SIDA
- Emociones: sentimientos que experimentan hacia la enfermedad o hacia las personas seropositivas
- Necesidades: aquello que manifiestan que les hace falta tanto a los portadores del VIH como a los no portadores
- Creencias: conocimientos socio-cotidianos referentes al VIH/SIDA o a las personas seopositivas

En las cuales se realizó un recuento de datos, es decir, la frecuencia con la que un tema era mencionado.

Finalmente, se compararon los indicadores obtenidos en ambos instrumentos, obteniéndose las concordancias y discordancias entre éstos las cuales servirán como base para nuestra discusión.

CAPÍTULO V.
RESULTADOS

V. RESULTADOS

En este capítulo se presenta la descripción de los resultados obtenidos en el análisis de contenido tanto de las entrevistas a los grupos focales como del instrumento de frases incompletas.

Los datos serán mostrados a través de esquemas en los que es posible obtener, por un lado los elementos compartidos tanto por las entrevistas a los grupos focales, como en las frases incompletas, y por el otro los elementos no compartidos en ambos instrumentos; siendo un esquema para cada una de las categorías. A cada uno de los indicadores se les asignó un número que corresponde al orden de frecuencia; el cual va en orden decreciente, siendo el uno el de mayor frecuencia.

En la primera categoría denominada INFORMACIÓN se encontró que los indicadores asociados al término SIDA se refieren primordialmente a la prevención y al cuidado que se debe tener ante lo que ellos consideran como una enfermedad, algunas de las características que le atribuyen a esta son: mortal, incurable, contagiosa, progresiva, controlable y causada por un virus. Otro punto asociado a la precaución y el cuidado es el riesgo de contagio por relaciones sexuales ya que consideran que todos estamos expuestos ("a todos nos da"), tomando en cuenta que las practicas de fidelidad y promiscuidad incrementan y/o decrementan tanto el riesgo de contagio como el nivel de precaución (ver esquema 1).

Además de lo mencionado anteriormente, en las entrevistas a los grupos focales se encontraron otros elementos que no fueron mencionados en las frases incompletas, algunos de estos se refieren a que el SIDA no se contagia por: saliva, comer y beber de los mismos utensilios, saludar de mano, besos en la mejilla y abrazos. El SIDA está asociado a una baja de defensas en la cual repercute el estado de ánimo de las personas ("influye la mente"), y tienen conocimiento de que puede

haber personas que viven con VIH sin presentar síntomas de SIDA ("VIH = a portador = SIDA"), que el virus muere al contacto con el aire y aún no hay vacuna. Señalan también que la cárcel es una zona de alto riesgo en la transmisión del VIH.

Dentro de las frases incompletas sobresalen tres aspectos adicionales que tiene que ver con la práctica del deporte como factor para mejorar la calidad de vida de los seropositivos, además de considerar el padecer SIDA como una oportunidad para valorar la vida, por el contrario, hay quien lo considera como algo malo (ver esquema 6).

Para la segunda categoría denominada EMOCIONES se observó que el indicador más sobresaliente es el de sentirse bien o normal frente al SIDA, considerando a los seropositivos como seres humanos por lo que deberían ser aceptados y respetados lo cual implica por un lado no rechazarlos, no estigmatizarlos ni marginarlos y por el otro lado brindarles apoyo y ayuda con un sentido de amistad. Señalan que otra sensación muy frecuente es la incomodidad y el malestar lo que da lugar al rechazo, al miedo y a la desconfianza. Otros sentimientos evocados por el SIDA son: tristeza, indiferencia, sufrimiento o dolor, impotencia y toma de conciencia (ver esquema 2).

Existen otras emociones en las que no coincidieron ambos instrumentos, ya que en las entrevistas a los grupos focales se encontró que no se debe tener miedo a los seropositivos, siendo empáticos y valorándolos, puesto que muchas de las veces, la discriminación es consecuencia de la ignorancia, y si a esto se le suma que el sistema penitenciario vulnerabiliza y estigmatiza, la situación de los seropositivos se vuelve más complicado siendo percibida por algunos como deplorable; mientras que en el cuestionario de frases incompletas las emociones que se reportan son: depresión, preocupación, resignación, tranquilidad, responsabilidad, compasión, seguridad, fatalidad y motivación para superar la enfermedad (ver esquema 7).

Dentro de la tercera categoría denominada NECESIDADES los indicadores señalan como prioritaria la información clara y precisa acerca del VIH/SIDA, tanto para ellos como para sus parejas e hijos. Otra solicitud se refiere al apoyar, ayudar, y/o aconsejar a los seropositivos así como a la convivencia con ellos (ver esquema 3).

Otras necesidades en las que difirieron los dos instrumentos son, en cuanto a las entrevistas a los grupos focales, una educación más abierta esto es, que desde pequeños se hable de sexualidad, en lo que se refiere a la institución: personal capacitado en el trato y el tratamiento a los seropositivos e higiene en los servicios médicos.

En las frases incompletas se encontró que necesitan que los seropositivos: no contagien a los demás, no vendan sus medicamentos a otros internos, controlen sus impulsos, acepten su enfermedad y se quieran. También comentan que es necesario comprometerlos y que los no portadores se cuiden y se hagan un análisis para conocer su estado inmunológico (ver esquema 8).

En cuanto a la cuarta categoría denominada CREENCIAS uno de los aspectos en el que hacen gran énfasis son las características que le atribuyen a los seropositivos ("los seropositivos son"), dentro de los cuales están: agresivos, aislados, sensibles, descuidados, chantajistas, inseguros y diferentes en su estilo de vida. El otro aspecto importante se relaciona con la suposición de que la fé en Dios puede favorecer la cura y la protección del contagio (ver esquema 4).

Otras creencias mencionadas durante las entrevistas a los grupos focales se refieren a la forma de transmisión del VIH entre las cuales se mencionan: sólo por relaciones homosexuales, por picaduras de insectos, desaseo sexual, uso de drogas, nadar en albercas, besos, lesión provocada por DIU, orina y heces y bisexualidad. En lo que se refiere a la prevención hay quienes consideran que la monogamia y la

fidelidad son las mejores formas de evitar la transmisión; otros suponen que no hay que tener relaciones sexuales con personas seropositivas, o que el realizarse un examen de detección de anticuerpos con resultados negativos son otras formas de prevención, pues este último se percibe como una vacuna que los vuelve inmunes al VIH. Por el contrario hay quienes señalan que no hay forma de prevenirlo. Respecto al VIH/SIDA comentan que se trata de una infección, un virus que no muere, un virus desarrollado por la ciencia, que el SIDA es sinónimo de muerte ("el SIDA es la muerte"), además de ser la depresión la enfermedad más peligrosa para los seropositivos. Finalmente piensan que el VIH/SIDA es una enfermedad que todos tenemos pero no la desarrollamos. Por otra parte en las frases incompletas sobresalen las siguientes características respecto a lo que los seropositivos son: francos, sanos, los que están en el Dormitorio 8, muy pocos, enfermos, negativos y tranquilos. Existiendo quien considera que hay que evitar el contacto con ellos (ver esquema 9).

Por último, en la quinta categoría denominada FUENTES DE INFORMACIÓN los elementos de mayor relevancia fueron: los medios de comunicación (televisión, radio, periódicos, revistas, etcétera) seguidos de las pláticas con profesionales (psicólogos, médicos, organizaciones no gubernamentales, entre otros) así como también las charlas con sus compañeros seropositivos (ver esquema 5). Cabe mencionar que estos indicadores solo se obtuvieron durante las entrevistas a los grupos focales.

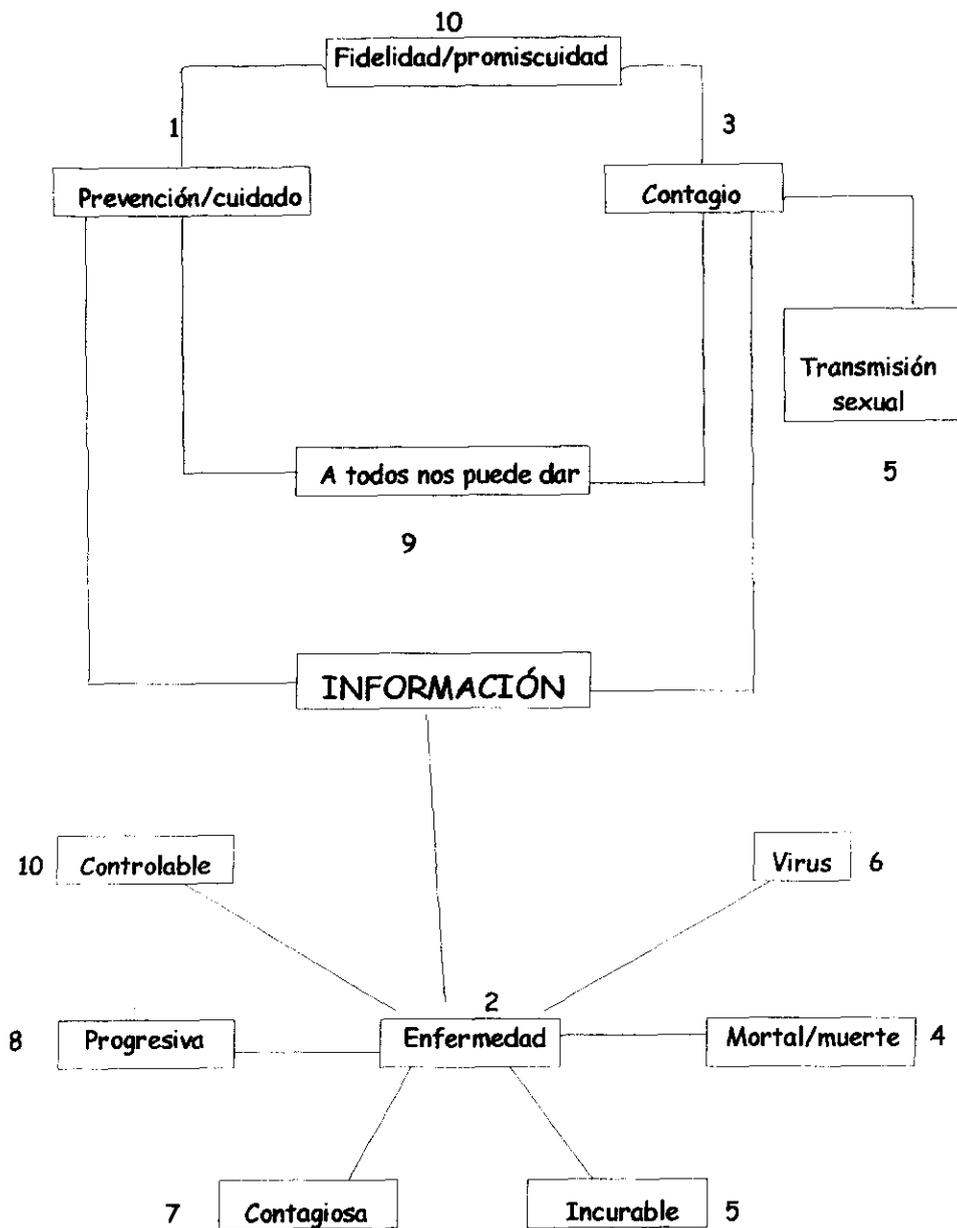


Figura 1. Indicadores compartidos por las entrevistas a grupos focales y las frases incompletas pertenecientes a la categoría de INFORMACIÓN.

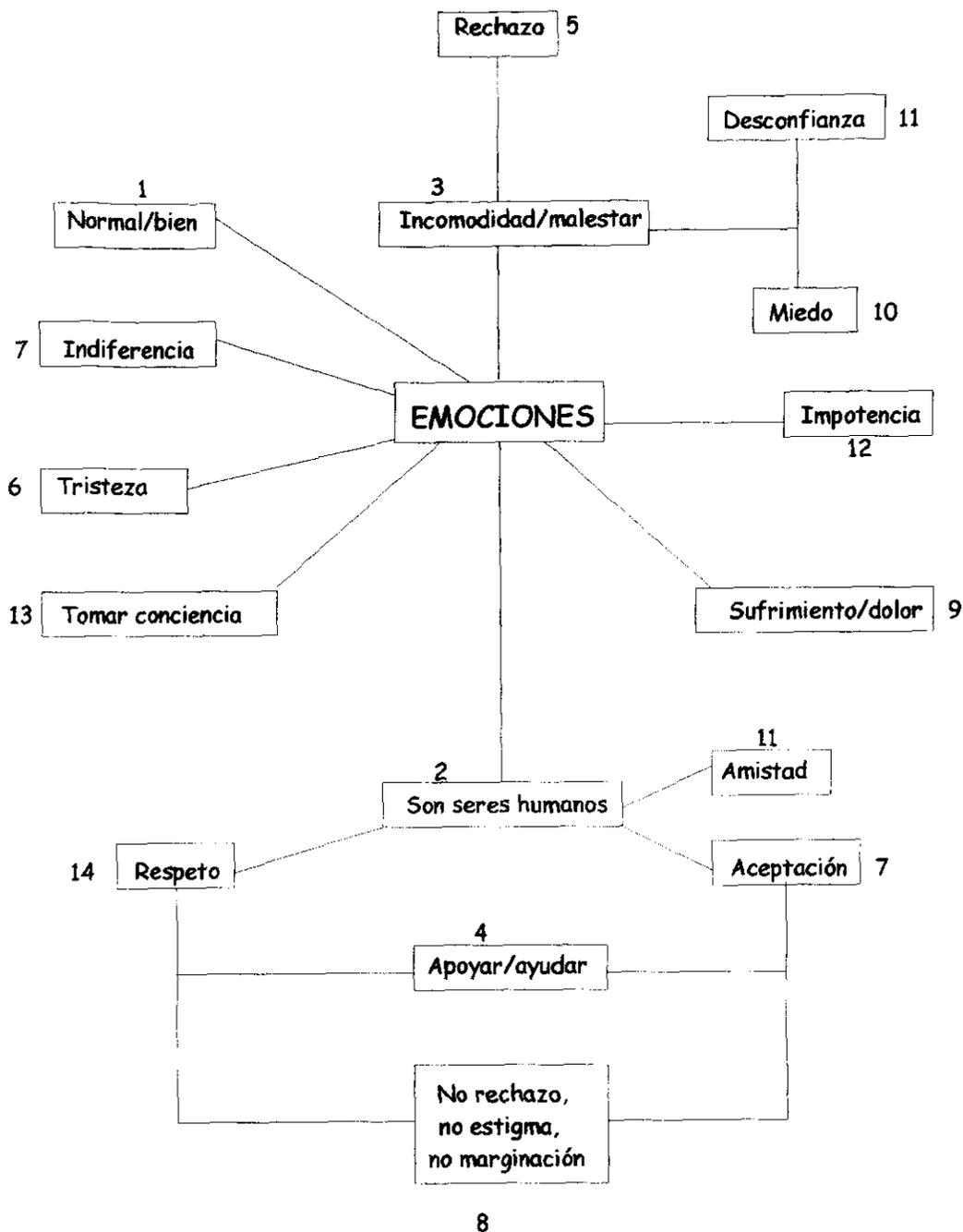


Figura 2. Indicadores compartidos por las entrevistas a grupos focales y las frases incompletas pertenecientes a la categoría de EMOCIONES.

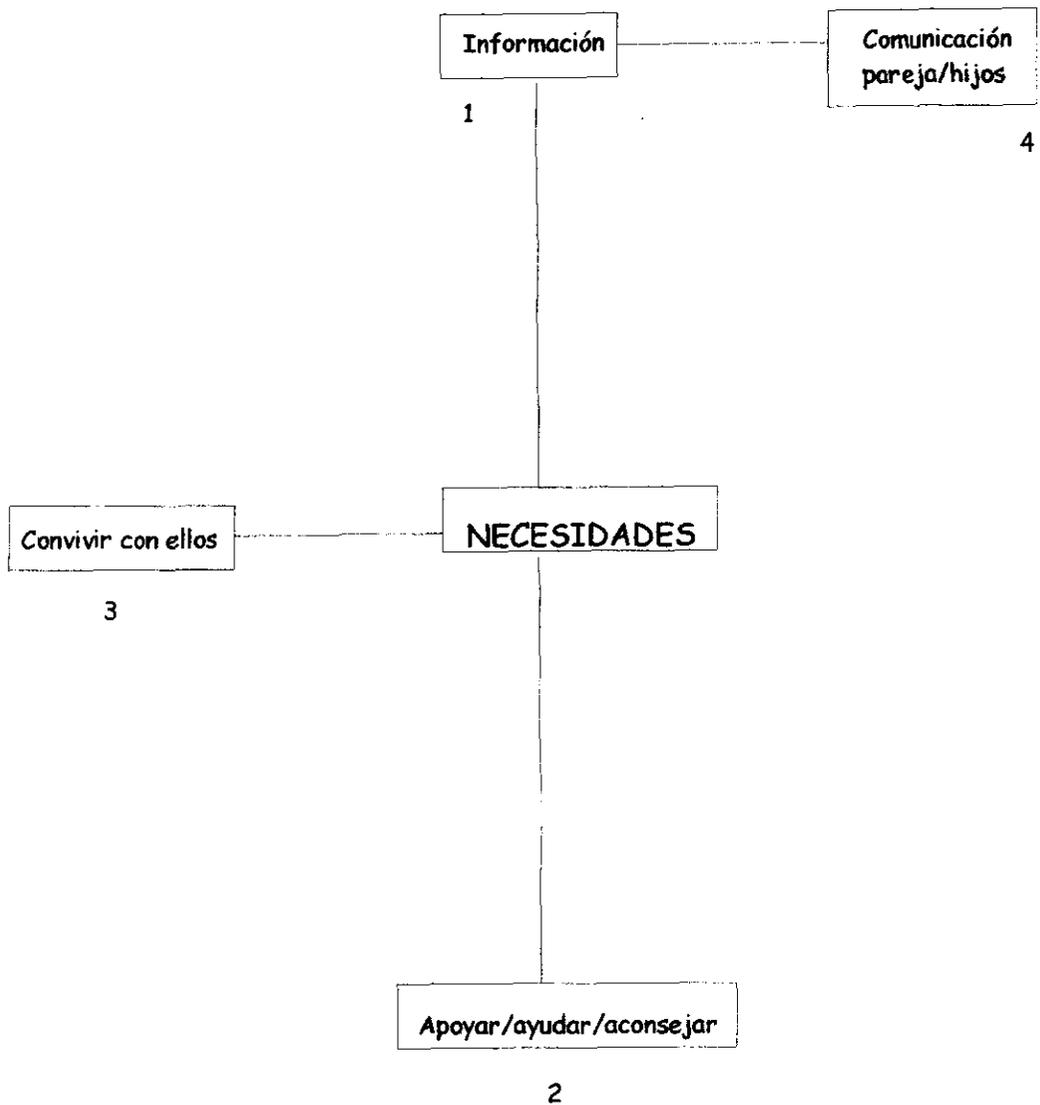


Figura 3. Indicadores compartidos por las entrevistas a grupos focales y las frases incompletas pertenecientes a la categoría de NECESIDADES.

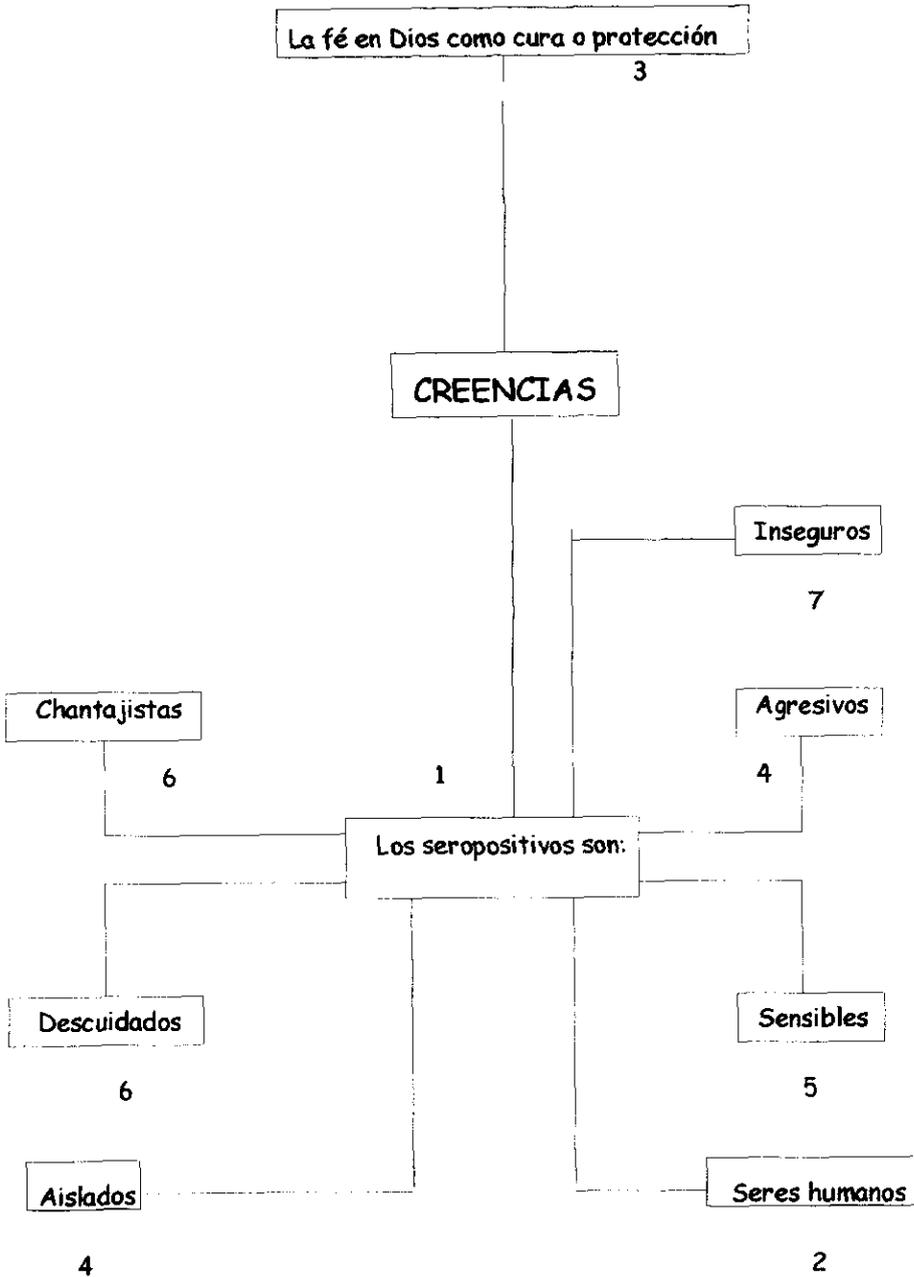


Figura 4. Indicadores compartidos por las entrevistas a grupos focales y las frases incompletas pertenecientes a la categoría de CREENCIAS.

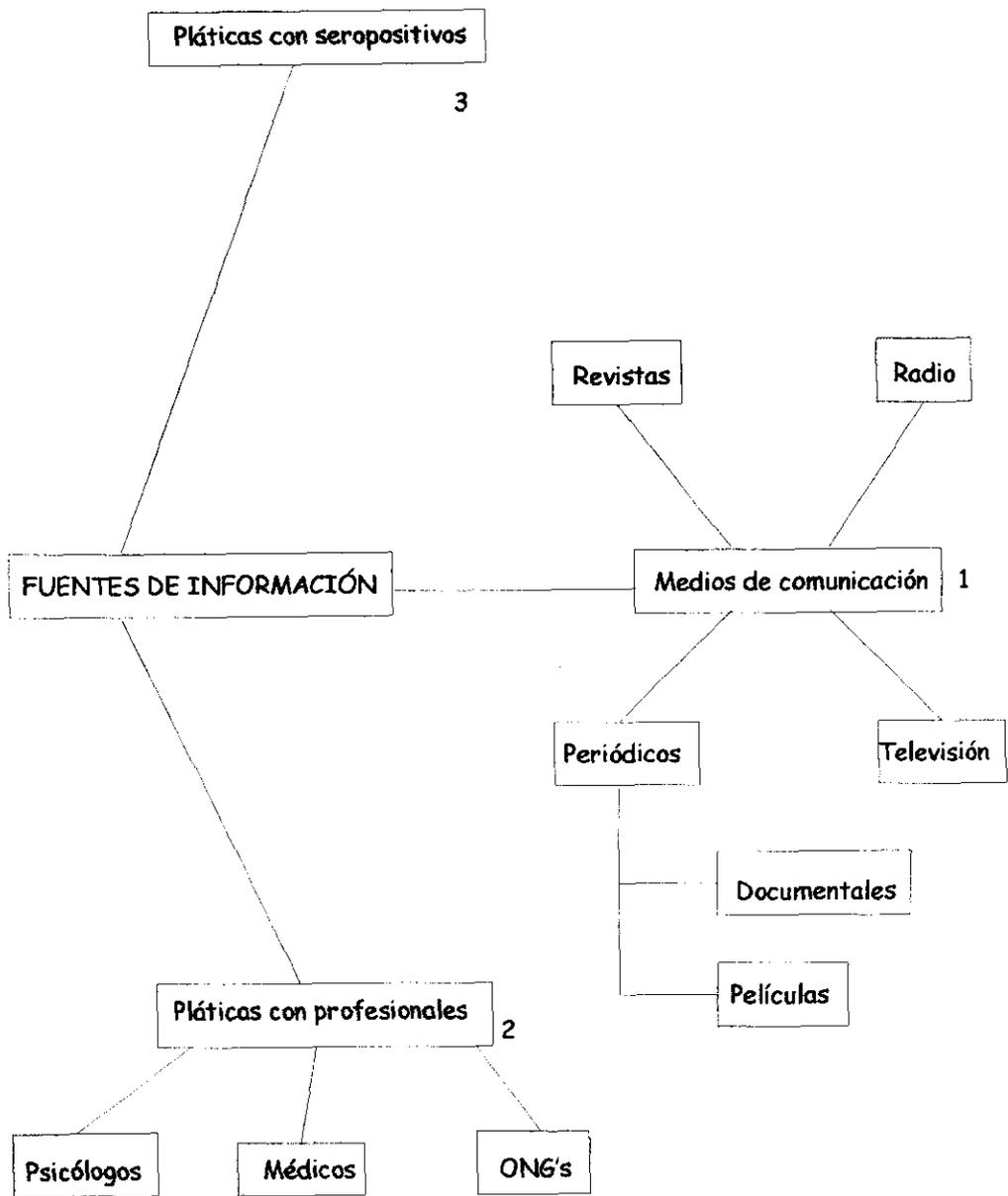


Figura 5. Indicadores compartidos por las entrevistas a grupos focales y las frases incompletas pertenecientes a la categoría de FUENTES DE INFORMACIÓN.

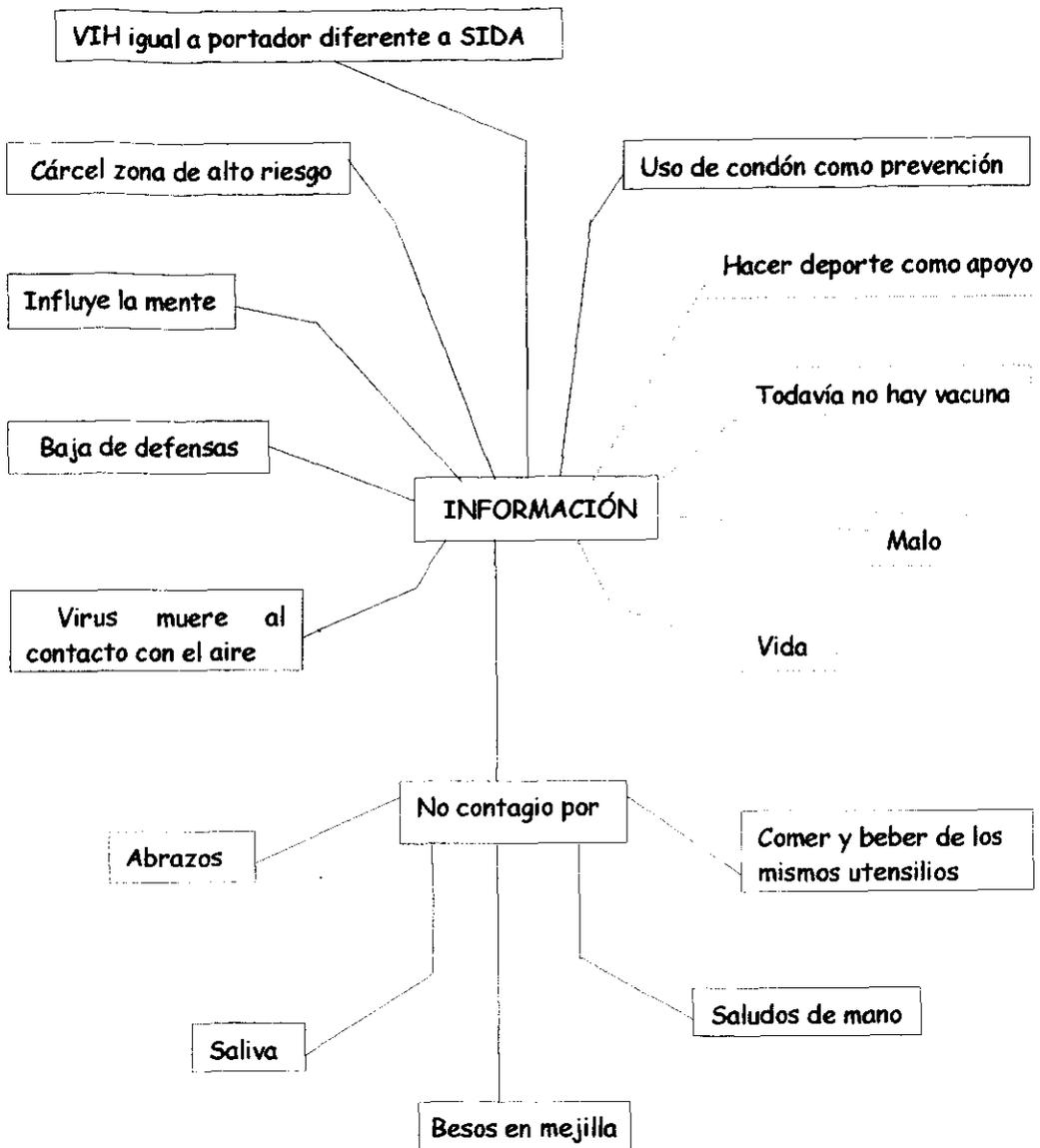


Figura 6. Indicadores no compartidos por las entrevistas a grupos focales y las frases incompletas pertenecientes a la categoría de INFORMACIÓN.

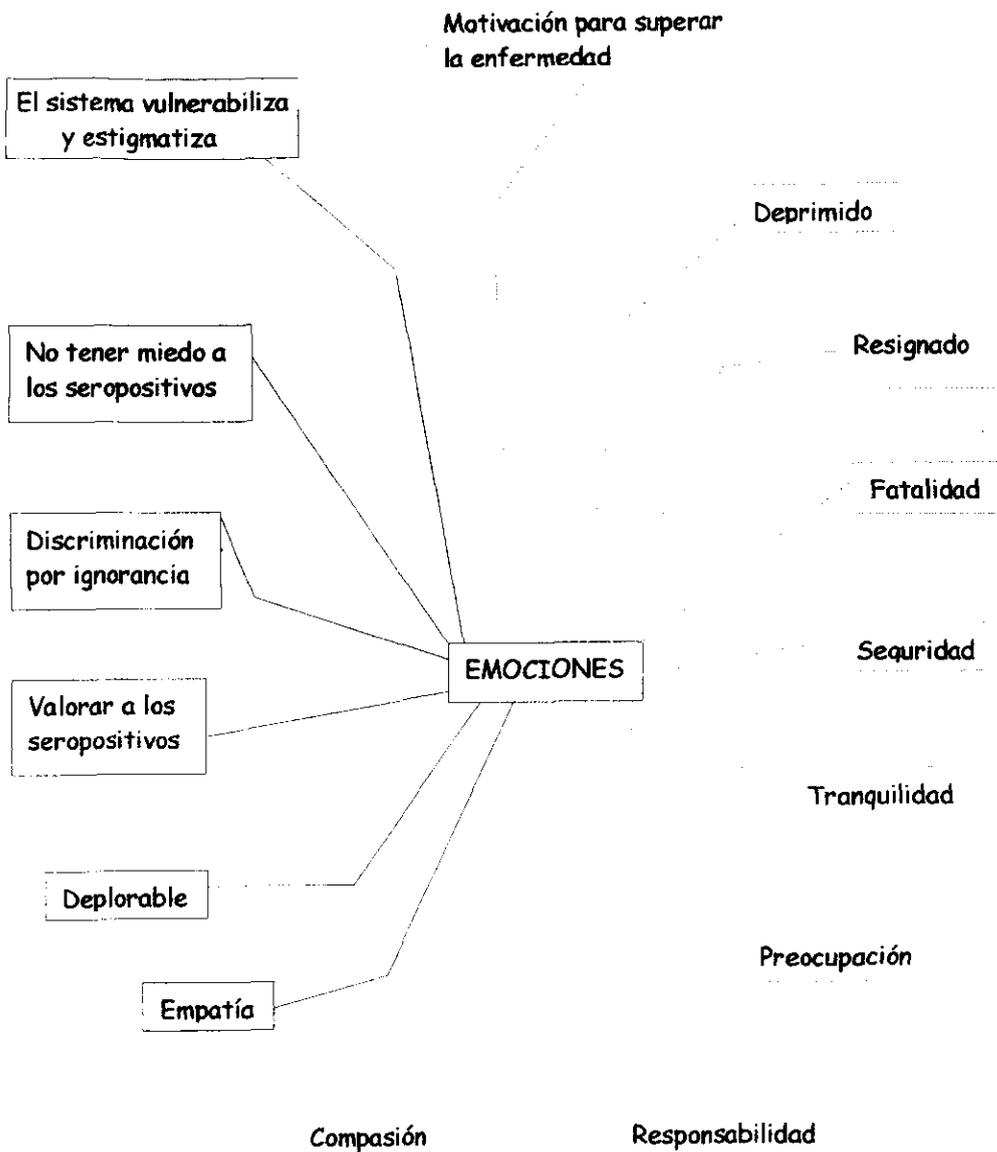


Figura 7. Indicadores no compartidos por las entrevistas a grupos focales y las frases incompletas pertenecientes a la categoría de EMOCIONES.

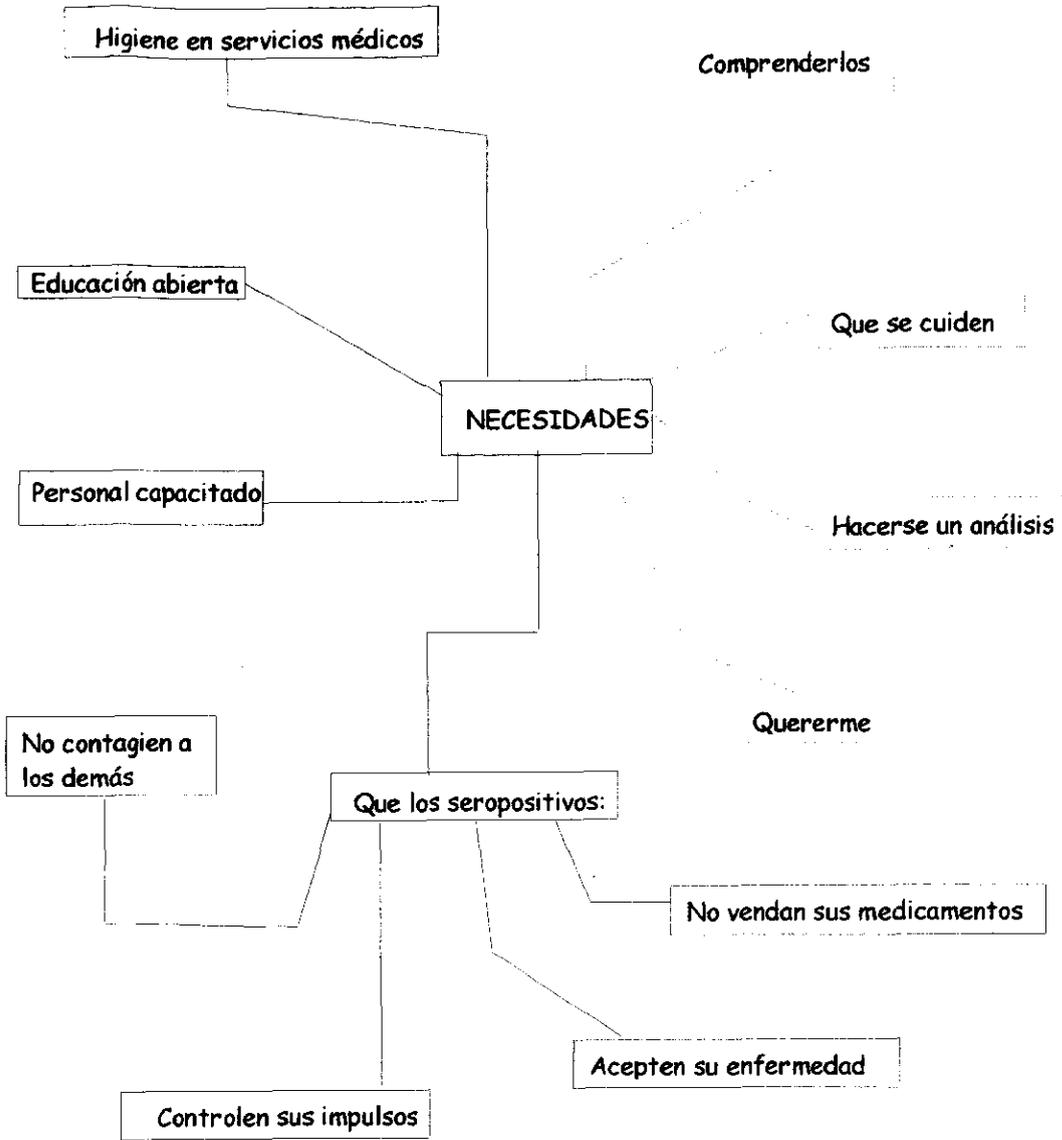


Figura 8. Indicadores no compartidos por las entrevistas a grupos focales y las frases incompletas pertenecientes a la categoría de NECESIDADES.

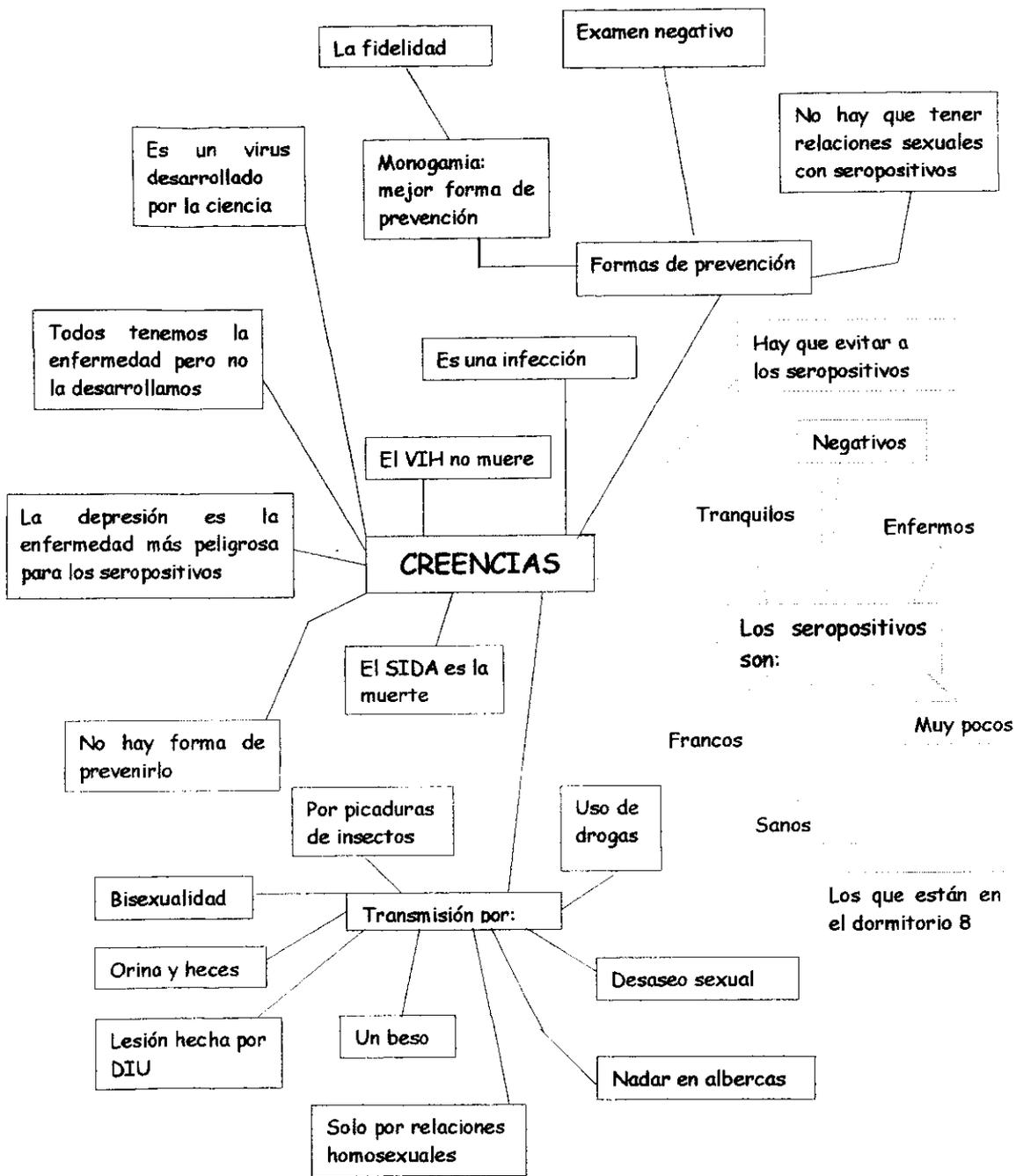


Figura 9. Indicadores no compartidos por las entrevistas a grupos focales y las frases incompletas pertenecientes a la categoría de CREENCIAS.

DISCUSIÓN

VI.DISCUSIÓN

Para poder determinar si los internos de la Penitenciaría cuentan con una representación social del SIDA, se revisaron los dos procesos a través de los cuales se forman éstas: la objetivación y el anclaje.

Si tomamos en cuenta que la objetivación es el proceso mediante el cual se convierte algo abstracto en algo concreto, es decir, dar una correspondencia a imágenes con palabras (Jodelet, 1986) es necesario explicar en que consisten sus tres fases: la construcción selectiva, la formación de un núcleo figurativo y la naturalización.

La construcción selectiva se refiere a que las informaciones sobre un objeto determinado son relacionadas en función de criterios culturales y normativos, en el caso de nuestra muestra definen al SIDA en base a su estrato social, cultural y educativo tomando en cuenta todas las reglas dentro de la prisión. En este sentido es posible observar notables diferencias en cuanto al discurso de quienes poseen un nivel educativo de bachillerato o licenciatura el cual es más elaborado que el de quienes solo cuentan con instrucción primaria. Algunos ejemplos son: "es una infección mortal", "es un virus", "es un virus inmune a cualquier medicamento", "se contagia por contacto sexual", "se contagia por medio de jeringas infectadas", "se origina por el contacto con una persona que le gusta cambiar constantemente de pareja", "se transmite por intercambio de fluidos", "se transmite por tres vías: sexual, transfusión de sangre y pecho."

La formación de un núcleo figurativo es en el cual los elementos de la representación se distribuyen en forma de esquema para facilitar la comprensión de sus relaciones y funciones, este elemento se puede identificar en la distribución de los indicadores obtenidos en el análisis de ambos instrumentos y que se observa en los esquemas 1 al 4.

La naturalización es la transformación de los elementos de la representación en objetos sociales reales y tangibles. Es decir, que para los internos el fenómeno del VIH/SIDA se ha convertido en una realidad cotidiana debido a la existencia de personas seropositivas o con SIDA que han sido detectadas y concentradas en el dormitorio 8 de la Penitenciaría del Distrito Federal.

Por otro lado, el anclaje, Jodelet lo define como el proceso mediante el cual se integra en nuestro sistema particular de conceptos, nuevos conocimientos siendo capaces de colocarlo dentro de un contexto familiar, en el cual los valores impuestos en un grupo o sociedad contribuyen a crear alrededor de las representaciones una "red de significados" que les permite a los sujetos evaluarlas y situarlas como hechos sociales.

En el caso de los seropositivos la información nueva acerca del VIH/SIDA se integra con mayor facilidad a los esquemas previos debido a su estado de salud actual (lo que representa su contexto familiar); por el contrario de quienes no poseen VIH, lo que da lugar a que perciban al SIDA como una realidad lejana y ajena a ellos. La "red de significados" entre ambos difiere ampliamente según el grupo al que pertenezcan, por ejemplo ante la frase *El SIDA* se encuentran respuestas como: "vida", "muerte"; o ante el enunciado *Respecto al SIDA yo necesito* responden: "una vida tranquila", "información"; otro indicador se observó en la frase *Yo soy seropositivo lo que hago es:* "cuidarme", "ser responsable", "reflexionar", "yo no soy seropositivo", o no contestar el reactivo.

Lo anterior nos lleva a explorar el origen de las representaciones sociales las cuales, según Ibañez (1988), se construyen a partir de una serie de materiales de muy diversa procedencia, gran parte de los cuales provienen de un fondo cultural común acumulado en la sociedad a lo largo de la historia; dicho fondo cultural común circula entre los

grupos sociales en forma de creencias ampliamente compartidas al igual que los valores. Esto es importante mencionar ya que todos los internos antes de estar en prisión formaron parte de una sociedad y de diversos grupos sociales en los que se aprendieron ciertas creencias y valores, entre ellas: "era un pecado saber sobre SIDA", "disfrazaban la enfermedad como leucemia o cáncer", "se contagia por piquetes de mosquito", "reza por curarse, Dios quita la enfermedad", "se originó en monos de África", "fue un invento de la ciencia", "acostarse hombres con hombres eso es muy peligroso".

Otro origen de la representación social se encuentra en las diversas modalidades de la comunicación social, que incluye los medios masivos de comunicación como herramientas fundamentales para la transmisión de valores, conocimientos, costumbres, creencias, mitos y modelos de conducta. Así, las fuentes de información reportadas en la investigación fueron: televisión (películas, noticieros, documentales), radio, revistas, periódicos, libros, folletos y Organizaciones No Gubernamentales.

Una modalidad de comunicación social determinante en cuanto a su influencia es la comunicación interpersonal, es decir, las innumerables conversaciones en las que los sujetos participan día con día y durante toda la vida, como son: las pláticas con médicos, psicólogos, compañeros portadores y no portadores del VIH, familiares, etc. Lo anterior nos lleva a entender, como lo señala Ibañez (1988), las categorías lingüísticas y conceptuales propias de cada cultura influyen sobre las representaciones de la realidad marcando la importancia de los aspectos socioeconómicos y socioculturales para la construcción de la realidad cotidiana.

Otro aspecto que se revisará para determinar si existe o no representación social es la identificación de las dimensiones de dicha representación en su discurso. Recordando que según Moscovici (citado

por Ibañez en 1994 y Díaz en 1998) existen tres dimensiones que estructuran los componentes de la representación social: la información, el campo de representación y la actitud.

Cuando se habla de información se hace referencia a la cantidad y calidad de los conocimientos que las personas poseen sobre un objeto social, como ya se mencionó los internos disponen de una gran variedad de medios para acceder a la información, los cuales inciden en la estructuración de las representaciones sociales, ya que la información recogida a través de la comunicación social posee diferentes características y propiedades de la información que surgen del contacto directo con el objeto. Así, se encuentra que los internos difieren en cuanto a la edad, la escolaridad y el tiempo que llevan dentro de prisión (ver anexo 3), lo cual hace que exista una marcada diferencia en cuanto a cantidad y calidad de información que poseen respecto al VIH/SIDA. Por ejemplo, los que tienen más de 11 años en prisión tuvieron menores oportunidades para acceder a los conocimientos sobre el SIDA fuera de la prisión puesto que la información acerca de dicha epidemia era muy escasa y pocos los sectores que tenían acceso a ella, por otro lado, los datos divulgados por algunos otros sectores eran confusos, ya que su objetivo principal era discriminar y estigmatizar a quienes padecían SIDA más que informar a la población en general; esto favoreció el surgimiento de mitos e ideas erróneas alrededor del fenómeno. Cabe mencionar que algunos internos reportaron no haber tenido conocimiento alguno respecto al tema hasta antes de ingresar a la Penitenciaría, en donde se ha brindado a la población algunas pláticas informativas que les ha permitido conocer al respecto, sin embargo su información es mínima. Otra diferencia importante se observa en el grado de escolaridad ya que quienes poseen un nivel de escolaridad básica (primaria completa e incompleta) presentan un discurso menos elaborado y más basado en sus creencias, que aquellos que tienen un grado escolar de secundaria a licenciatura.

Como una segunda dimensión se encuentra el campo de representación, el cual indica el orden y la jerarquización tanto del contenido como de los elementos que la configuran, es decir, la organización interna que adoptan los elementos cuando quedan integrados dentro de ésta.

En el esquema 1 se muestra que la información que los internos poseen respecto al SIDA se puede dividir en tres rubros principales: 1)precaución/cuidado, 2)enfermedad y 3)contagio

- Precaución/cuidado, es en este aspecto en el que se hace mayor énfasis, muy probablemente pueda deberse a que en las pláticas que reciben al interior de la Penitenciaría el objetivo central es que ellos aprendan cuales son los medios preventivos que los ayudaran a evitar la transmisión del VIH, esto por las practicas que se realizan dentro de la institución (consumo de droga intravenosa, relaciones sexuales entre internos) en la cual como ya se mencionó, existe población diagnosticada como seropositiva, la cual convive sin restricciones con el resto de la población. Un punto ligado a la prevención es la dualidad *fidelidad/promiscuidad*, ya que consideran que el ser fiel a la pareja y que la pareja sea fiel es una manera de disminuir el riesgo de contraer el VIH, por el contrario, el tener varias parejas sexuales, ya sea hombres o mujeres, incrementa dicho riesgo. Ante la posibilidad de adquisición del VIH señalan que *todos y todas podemos contraerlo*, por eso es importante la precaución.
- Enfermedad, esta conceptualización posiblemente se deba al manejo que hacen las fuentes de información a las que los internos han acudido, ya que la mayoría de ellos definen al SIDA como una enfermedad con distintos atributos, entre los que destacan: *mortal* (por la experiencia cotidiana que tienen con los compañeros que padecen SIDA y pierden la vida); *incurable* (puesto que no hay medicamento alguno capaz de eliminar al VIH del organismo); *causada por un virus* (el VIH); *contagiosa* (ya que se transmite

de una persona a otra); *progresiva* (el convivio con compañeros seropositivos les permite observar la evolución del proceso del VIH/SIDA), y *controlable* (los compañeros seropositivos toman medicamentos que les permiten retrasar la aparición de la sintomatología).

- Contagio, los participantes señalan a las *relaciones sexuales* como la principal vía de la transmisión, las cuales están asociadas al número de parejas sexuales que se tiene (*fidelidad/promiscuidad*) y a la posibilidad de que todos podemos contraerlo.

En el esquema 2 se observa que las emociones que provoca en ellos el SIDA son: *normal/bien* que aún cuando es la más reportada no se especifican atributos adicionales; consideran que los internos seropositivos son *seres humanos* (refieren que aún cuando están en la cárcel y sean presos no dejan de ser seres humanos), que se les debe proporcionar *ayuda y apoyo* (a través de terapias, pláticas, medicamentos, etc), así como *aceptarlos*, lo cual implica *no rechazarlos, no estigmatizarlos ni marginarlos*; de esta manera se les brinda *respeto y amistad*. Sin embargo otro punto sobresaliente es el sentimiento de *incomodidad o malestar* (por ejemplo les disgusta que se encuentren ubicados en la misma institución, que sean atendidos por los mismos servicios médicos) lo que provoca un constante *rechazo* hacia sus compañeros que viven con VIH (para ellos el rechazo funciona como una forma de protegerse para no adquirir el VIH), también comentan que sienten *miedo*, pero que este se debe principalmente hacia la enfermedad y no hacia los compañeros que la padecen, experimentando *desconfianza* cuando tienen que convivir con ellos, esto lo explican como una consecuencia de su "ignorancia" (falta de información). Entre otras emociones asociadas al SIDA se encuentran: la *tristeza* (que se refiere a lo que les provoca el observar el proceso de la enfermedad y el deterioro de su salud), la *indiferencia* ("no sentir nada" frente al convivio con los seropositivos),

el sufrimiento y/o dolor ("aunque seamos presos sí nos duele"), la impotencia (porque no saben como ayudarlos) y la toma de conciencia (les hace pensar que también pueden contraer el VIH y por lo tanto necesitan aprender a cuidarse).

En el esquema 3 se presentan lo que ellos indican como sus necesidades respecto al VIH/SIDA en el cual sobresalen la información puesto que consideran que teniendo mayor conocimiento de todo lo relacionado a dicho tema (formas de transmisión y prevención, alternativas de tratamiento, evolución de la enfermedad, formas de detección, etc) les permitirá aprender a convivir con los seropositivos y a protegerse para no contraer el virus. Uno de los motivos que los mueve para la adquisición de más información es el de poder comunicárselo a su pareja e hijos para alertarlos, pues no les gustaría que lo padecieran. Otro aspecto que perciben como necesario es el apoyar, ayudar y aconsejar a los portadores del VIH (brindándoles terapias, cursos, pláticas respecto a su padecimiento) en este sentido señalan que su apoyo como compañeros, consiste básicamente en darles ánimos para superar la enfermedad ("apoyarlos para que no se dejen morir", "rezar por ellos", "que no se desanimen ante la vida"). Por último les parece importante el convivir con los compañeros seropositivos, pues el platicar con ellos les da la oportunidad de adquirir mayor información, de escuchar sus experiencias y de comprender la situación por la cual están pasando.

El esquema 4 se refiere a las creencias que los internos poseen acerca del SIDA con dos puntos principales: la fé en Dios (que utilizan como medio de protección y/o cura, "le pido a Dios que no me dé", "Dios me debe de quitar esta enfermedad", "seguir adelante con la bendición de Dios") y los seropositivos son (en donde se mencionan características atribuidas a los internos portadores de VIH): agresivos ("se desquitan teniendo relaciones y contagiando", "como

tienen la meta de que van a morir y se quieren llevar a otros", "sienten rencor hacia las personas"), *aislados* (expresan el deseo de no querer convivir con otros internos, "de alguna manera se aíslan en su mundo"), *sensibles* ("cambian de un estado de ánimo a otro fácilmente"), *descuidados* (dejan de lado su cuidado y su arreglo personal, "pierden la higiene personal"), *chantajistas* ("hay quienes explotan su enfermedad sintiéndose mártir", "si no me tratas bien me voy a cortar y voy a intentar contagiarte"), e *inseguros* ("tienen problemas con su autoestima", "no saben lo que quieren").

La tercera dimensión está constituida por la actitud, que se manifiesta como la orientación o disposición positiva o negativa, favorable o desfavorable que tiene una persona frente a un objeto de representación, dicha dimensión puede existir aún cuando la cantidad y la calidad de la información que una persona posee sea reducida o su campo de representación se encuentre poco organizado.

En este aspecto, entre las actitudes observadas en los internos hacia los seropositivos (por ser ellos la expresión tangible y real del SIDA) se encuentran la aceptación, el rechazo, la discriminación y la indiferencia. La aceptación se manifiesta a través de proporcionar ayuda y apoyo (de profesionales para los seropositivos), respeto y amistad. Por el contrario el rechazo y la discriminación se demuestran evitando cualquier tipo de contacto con ellos, comentando su malestar porque están ubicados en el mismo lugar que quienes no son portadores, etc. La indiferencia se traduce en la no realización de actividades ni a favor ni en contra de quienes viven con VIH y/o SIDA.

Se puede decir que los internos si poseen una representación social del SIDA puesto que la información que tienen respecto a dicho objeto social está organizada de tal manera que les permite expresar una determinada forma de conocimiento que de acuerdo a Moscovici (citado por Díaz, 1998) esta estructurada por una significación

individual y social que incluye la percepción del objeto y la actividad del sujeto; por ejemplo los internos perciben al SIDA como algo de lo que se deben cuidar y creen que la mejor forma de prevención es el rechazo a los seropositivos.

Di Giacomo (1980) define a la representación social como modelos imaginarios de evaluación y explicación de las realidades entre sujetos sociales, que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción, proveen de información predisponiendo a la actitud que el sujeto toma frente a los fenómenos y objetos sociales de la realidad social.

En el caso de la muestra seleccionada se observa que la actitud de aceptación o rechazo hacía los portadores del VIH se evalúa y se explica de acuerdo a la situación de la persona, esto es, existe mayor rechazo para los internos seropositivos que se autodeclaran como homosexuales que para los internos que se consideran heterosexuales y que de preferencia tienen visita íntima con mujeres.

Para Flores (1993) una representación será social cuando un grupo la comparte y la elabora con el fin de clasificar al objeto referido y explicar sus características para incorporarlo a la realidad social. Este proceso puede observarse en los esquemas 1 al 4 correspondientes a las categorías de Información, Emociones, Necesidades y Creencias en los que se presentan los indicadores que comparten los internos respecto al SIDA, también puede verse la clasificación y jerarquización que conforman la estructura de los elementos, lo que les permite incluirlos dentro de su realidad social, la cual es vivir dentro de una prisión, en la que se encuentran internos portadores del VIH, falta de condiciones higiénicas adecuadas (celdas sucias y frías, no acceso a materiales de limpieza), deficiencia en la atención brindada por el servicio médico (como lo es utilizar instrumental no esterilizado, la falta de medicamento), dificultad para adquirir materiales como el cloro y los preservativos, entre otros.

Lo anterior lleva a retomar la definición que Jodelet (1986) da a la noción de representación social, que tiene que ver con la manera en que las personas aprenden los acontecimientos de la vida diaria, las informaciones que circulan en el medio ambiente, así como el conocimiento del sentido común que se forma a partir de las experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que se reciben y transmiten a través de la tradición, la educación y la comunicación social, por lo cual este conocimiento es socialmente abordado y compartido.

Como lo señalan Farr (1986, citado por Díaz 1998), Páez, et al. (1987), Ibáñez (1994) y Peña (1997), las representaciones sociales no serían tan significativas e importantes si no tuvieran una función en el comportamiento, y aunque la principal es la de orientar la conducta, tiene otras funciones; en el caso de los internos, la representación social que poseen respecto al SIDA les permite:

- Conformar la realidad, crean esquemas que se renuevan una y otra vez utilizando los esquemas previos, de esta manera al obtener mayor información acerca del VIH/SIDA y adquirir experiencias en el convivir cotidiano con internos seropositivos, modifican su actitud frente a este medio social en el que se encuentran.
- Intervenir en la comunicación social, las representaciones previas de un objeto social, en este caso el SIDA, hacen posible un intercambio verbal coherente entre los internos ya que los comentarios que establecen diariamente necesitan más que la utilización de un mismo código lingüístico, es decir, se requiere compartir un trasfondo de representación social para hablar de una comunicación real entre los internos.
- Integrar novedades en el pensamiento. La información nueva que ellos reciben de diversas fuentes, como pueden ser: cursos, pláticas con compañeros, medios de comunicación, entre otros; modifica las

representaciones que ya poseen dando lugar a la introyección de nuevas realidades.

- Asimilar la producción científica, en vista de que las representaciones sociales sirven como un medio codificador que pone a la ciencia al alcance de la comunidad, ellos transforman los nuevos conocimientos científicos en saberes del sentido común a través de los procesos de objetivación y anclaje, sin embargo, el resultado en muchas ocasiones es una considerable distorsión provocada por el elevado grado de abstracción y complejidad de dichos conocimientos.
- Obtener una identidad como grupos y configurarlos. Cuando un grupo comparte un repertorio común de representaciones surge en sus integrantes una toma de conciencia de pertenencia a un colectivo; en el caso de los internos se observaron diferencias notables en cuanto a la representación social del SIDA en quienes son portadores del VIH y quienes no lo son, esto es, todos los internos pueden identificarse y concebirse como seres humanos y presos, pero no como seropositivos. Como se puede ver la identidad de un grupo es un fenómeno diacrítico, que no se define sino por sus diferencias con los otros grupos.
- Orientarse en el medio social, debido a que las representaciones sociales producen los significados que las personas necesitan para comprender, actuar y desenvolverse dentro de su medio social, de esta manera pueden describir, clasificar y explicar los fenómenos de las realidades cotidianas de tal forma que se elaboran normas de cómo actuar ante los objetos respecto al valor que estos tienen. Así, algunos internos consideran al SIDA como algo "malo", otros como "una oportunidad para vivir" o simplemente como "una enfermedad", esto tiene como consecuencia que sean capaces de aceptar o rechazar a las personas que viven con VIH.
- Establecer orden social, al conseguir los internos aceptar su realidad social instituida integran la condición que corresponde a su posición, es decir, que en el caso de quienes son seropositivos han aprendido a

vivir conforme a las posibilidades que les brinda su estado de salud y las condiciones medioambientales existentes dentro de la prisión. En cuanto a los no portadores de VIH, la presencia de los seropositivos les causa preocupación la probabilidad de ser infectados, lo cual los lleva a buscar formas de prevención.

Lo anterior refleja que aun cuando las funciones de las representaciones sociales son complejas, son esenciales en el comportamiento de los seres humanos

En lo que respecta a los dos instrumentos utilizados es importante señalar algunas diferencias en cuanto al contenido de la información obtenida:

Durante las entrevistas a los grupos focales:

- Un tópico ampliamente mencionado fue el *uso del condón como una forma de prevención*, sin embargo, cuando se les pregunto quienes sabían utilizarlo un pequeño porcentaje fue el que admitió conocer su uso; y al pedir la demostración del uso adecuado del mismo fue mínimo el número de internos que demostraron poseer ese conocimiento. (Esto fue posible observarlo durante un curso sobre VIH/SIDA que les fue impartido).
- Otro punto recurrente en cuanto a la información que los internos tienen acerca del VIH/SIDA son las *formas a través de las cuales no se puede adquirir el virus*, como lo son: los abrazos, la saliva, los besos en la mejilla, saludos de mano y/o comer y beber de los mismos utensilios; a pesar de esto, hay quienes aún continúan mostrando desconfianza ante el contacto físico de los portadores o simplemente los evitan. Por otro lado, el rechazo también se manifiesta por medio de su discurso, en frases como: "deberían tener un servicio médico diferente al nuestro" o "aunque los

seropositivos usen condón en sus relaciones sexuales, están cometiendo un crimen”.

- Aún cuando el tema de que *los internos que viven con VIH son seres humanos igual que quienes no viven con el virus* fue comentado en ambos instrumentos, la frecuencia con la que se tocó durante las entrevistas a los grupos focales fue muy superior a la encontrada en las frases incompletas. La principal justificación que señalan los no portadores para considerar a los seropositivos como seres humanos es la condición de individuos privados de su libertad (“presos”) que los caracteriza a ambos; esto les permite de alguna forma expresar su deseo de ser tratados como personas ya que independientemente de su estado serológico la discriminación y la estigmatización por estar dentro de una prisión les llega a todos por igual, siendo violados algunos de sus derechos humanos.
- También se hizo gran énfasis en *la calidad de los servicios médicos* que les son brindados dentro de la institución, considerando que éste es deficiente, reportando algunos hechos como:
 1. El personal del servicio médico no siempre les brinda la atención cuando lo requieren.
 2. La mayoría de las veces no se llevan a cabo las medidas sanitarias necesarias (esterilización de instrumentos, uso de material desechable).
 3. La falta de medicamento suficiente para satisfacer la demanda requerida, o la distribución de medicamento caducado.
 4. Acceso limitado a servicios preventivos como lo son:
 - a) la adquisición de preservativos,
 - b) la realización de la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH (prueba de ELISA) y la realización de pruebas confirmatorias;

c) una de las funciones del servicio médico es la de proporcionar preservativos de manera gratuita a los internos que acuden a solicitarlos.

d) dicha prueba sólo se les realiza a quienes solicitan su trámite para la visita conyugal y que además son considerados de alto riesgo, es decir, que probablemente sean portadores del VIH.

e) la realización de pruebas confirmatorias como el Western-Blot y la del conteo de células CD-4 no se llevan a cabo, éstas son solicitadas por los internos por su cuenta y son quienes cubren el costo. Sin embargo, aquí también se enfrentan a que para recibir dicho servicio son necesarios una serie de trámites que dificultan todo este proceso.

5. No todo el personal que labora en el servicio médico tiene la preparación ni la capacitación necesarias para el trato con internos portadores del VIH.

- Un rubro que es de llamar la atención se observa cuando los internos manifiestan como una necesidad prioritaria el que se les brinde (tanto a ellos como a su familia) *información completa, clara y actual* a través de pláticas, cursos, talleres, etc., sin embargo se observa una gran contradicción con este discurso ya que cuando dichos eventos son organizados y se les invita a participar se encuentran dos situaciones:
 - a) no asisten a dichos eventos
 - b) asisten pero no participan, esto es, acuden para obtener su constancia pero no demuestran ni atención ni interés al contenido de éstos.
- Otro aspecto relevante es el hecho de que *algunos internos seropositivos se dedican a vender o intercambiar el medicamento* proporcionado por el servicio médico, lo cual ocasiona

mucha molestia entre los internos que no son portadores, pues consideran contradictorio que si éste les es necesario para mantener su estado de salud y si constantemente se quejan de la falta del mismo es absurdo que al recibirlo lo comercialicen. A este respecto algunos seropositivos señalan que esto lo hacen debido a que el medicamento otorgado es incompleto y/o caducado por lo cual ellos consideran que bajo estas condiciones no les es útil para contrarrestar el proceso de la enfermedad.

- En cuanto a las creencias hay dos que sobresalen:
 - a) *La monogamia es la mejor forma de prevención*
 - b) *El VIH se previene con la fidelidad*

El arraigo que estas tienen en los internos es muy fuerte ya que a pesar de informarles y explicarles que la manera más efectiva para protegerse del VIH es el uso correcto y consistente del condón, ellos insisten en suponer que si ellos le son fieles a su pareja, ésta también les es fiel. Esto refleja el cómo influye la cultura en la educación, es decir, la percepción de que las mujeres solo deben tener relaciones sexuales con un solo hombre, es lo que les permite a los internos elaborar la suposición de que si ellos no son portadores del VIH y solamente tienen relaciones con su mujer, están exentos de contraer dicho virus.

- Otra creencia que es importante analizar se refiere a la idea de que *no se deben tener relaciones con los seropositivos*, al igual que las anteriores es una percepción que se mantiene aún después de brindar información y aún cuando se enfatiza el uso adecuado del preservativo como alternativa para evitar la transmisión del VIH, los internos se aferran a dicha posición. Cabe mencionar que hay quienes consideran que los portadores del VIH no deben tener relaciones sexuales (ni con otros portadores, ni con protección) sin importarles

que el ejercicio libre de la sexualidad es un derecho de todos los seres humanos.

En cuanto a las frases incompletas:

- Por la manera en que esta redactado el reactivo: *Si yo tuviera la enfermedad me sentiría* se puede observar que las emociones que reportan tienen que ver con lo que los internos sienten respecto a ellos mismos y no hacia la enfermedad y/o sus compañeros seropositivos, encontrándose respuestas como: "deprimido", "resignado", "preocupado", entre otras.
- Un punto que llama la atención en cuanto a las necesidades expresadas se refiere a la *ayuda o apoyo a los seropositivos* que los no portadores pueden brindar a los seropositivos, ya que aún cuando existe el deseo de ayudarles no saben que acciones pueden llevar a cabo para lograrlo. Así se tiene que las respuestas al reactivo: *Si un amigo me dijera que es portador del virus yo haría* son muy vagas ("comprenderlos", "ayudarlos", "animarlos", etc.).
- Cabe resaltar que en último reactivo *Yo soy seropositivo lo que hago es* algunos internos optaron por no completar la oración, otros tantos más se sintieron agredidos, reclamaron la redacción del enunciado aludiendo a que ellos no eran seropositivos lo cual se observa al responder el reactivo en donde escribieron como primera frase "Yo no soy seropositivo", habiendo quien le agregó algo más o simplemente esa era la respuesta única. Esto refleja una contradicción más en su discurso, puesto que hablan de que se debe aceptar a los portadores de VIH porque son seres humanos ("igual que todos"), no marginándolos ni rechazándolos y sin embargo no poseen la capacidad de establecer empatía con estas personas y por un momento ponerse en su lugar.

Las diferencias antes mencionadas entre ambos instrumentos muy probablemente puedan deberse a que por un lado, dentro de un grupo sus miembros se influncian unos a otros a través de responder a ideas y comentarios puesto que presenta una oportunidad para comentar, explicar y compartir tanto experiencias como actitudes. Si se tiene en cuenta que las actitudes y percepciones relacionadas con objetos sociales son desarrolladas como parte de la interacción con otras personas, se entiende que estas últimas necesitan escuchar las opiniones de otros antes de formar sus propios puntos de vista, los cuales también pueden modificarse por la influencia de otros. Algunos ejemplos muy evidentes pueden ser:

1. La presencia o ausencia de internos seropositivos en el grupo facilitaba o dificultaba el que los participantes expresaran con mayor honestidad y espontaneidad sus percepciones, sentimientos y maneras de pensar, es decir, cuando por lo menos uno de los integrantes era portador del VIH el discurso se hacía más elaborado con la finalidad de que la persona no se sintiese agredida u ofendida. De hecho algunos internos expresaban una disculpa antes de emitir su comentario. En el caso de la sesión llevada a cabo en la sala de usos múltiples ubicada en el Dormitorio 8 (en el que se encuentran los internos que viven con VIH) los comentarios que se referían a ellos eran hechos con un tono de voz más bajo. Por el contrario, en los grupos integrados por no portadores, los participantes expresaban sin inhibiciones sus opiniones, haciendo su temor y su rechazo más expresos dentro del discurso.
2. Hubo internos que cuyo discurso variaba de acuerdo a la información y a la dinámica proporcionada por el grupo (mayor o menor participación), esto es, en un principio de la sesión afirmaban o negaban estar de acuerdo con una postura y al final de la misma ésta era diferente.

Por otro lado, la individualidad y el anonimato de las frases incompletas dieron lugar a que los participantes externaran sus percepciones, sentimientos y maneras de pensar con mayor libertad, pues al no tener a quien consultar mientras respondían el cuestionario escribían lo que a su parecer era lo más conveniente. Además, los reactivos eran lo suficientemente ambiguos como para que ellos elaboraran sus respuestas de acuerdo a su interpretación, por lo que la gama de éstas va desde las muy completas y complejas hasta las no específicas ("malo", "normal", "bien").

Como se puede observar los resultados obtenidos en esta investigación poseen algunas similitudes con los datos recopilados por Labastida, Villanueva e Izazola en el estudio que realizaron con la misma población, entre las que se pueden mencionar: el temor a contraer el virus, el desconocimiento de las formas de transmisión, el rechazo hacía las personas seropositivas, la información que reciben a través de una variedad de fuentes (folletos, boletines, películas, pláticas, etc.), el deseo de recibir terapia psicológica individual y familiar, contar con mejores instalaciones médicas y personal capacitado para la atención de VIH, así como la distribución permanente y constante de medicamento.

El punto en el cual se encuentra divergencia entre ambos estudios se refiere al uso del condón como forma de prevención, ya que en la primera señalan que el 90% de los encuestados reportan utilizar protección durante sus relaciones sexuales, sin embargo, lo que se pudo conocer en el actual trabajo es que la mayoría de los participantes se encuentran en las siguientes situaciones: no conocen el condón, desconocen el uso adecuado y correcto del mismo, o simplemente no lo usan.

Lo anterior permite resaltar la importancia de conocer el transfondo a las respuestas de los individuos, si bien la metodología de

corte cuantitativo provee datos traducidos en números de casos, tasas de incidencia, etc., que al ser medibles en términos de relaciones y frecuencias utilizan para representar la realidad, alcanzando así su objetivo: formulas una serie de generalizaciones con la finalidad de predecirla y controlarla, no toma en cuenta la interpretación propia e individual que cada ser humano hace de su realidad y por consiguiente, no brinda elementos específicos necesarios para entender las relaciones que ocurren en un fenómeno.

La razón principal por la cual se decidió la utilización de metodología cualitativa es que se buscó analizar el fenómeno estudiado en su totalidad, con la finalidad de la comprensión del mismo, a partir de un análisis cuidadoso de los indicadores para discriminar las categorías centrales que emergen de la expresión del fenómeno, es decir, encontrar el significado de lo hecho desde la perspectiva de los hechos estudiados sin imponerles explicaciones predeterminadas.

PROPUESTA PARA LA PREVENCIÓN Y EL CONTROL DEL VIH/SIDA EN LA PENITENCIARÍA DEL D.F.

Una vez que se ha explorado como definen al SIDA y como lo enfrentan las personas que se encuentran reclusas dentro de una institución penitenciaria, se crea la oportunidad de entender el fenómeno tomando en cuenta las características tanto de la población reclusa en la penitenciaría como de las condiciones de la misma (infraestructura, recursos económicos y humanos) es posible elaborar una propuesta que promueva la prevención y el control del VIH/SIDA.

Medidas de prevención

1. La prevención de la infección por VIH se debe realizar con toda la población, además de llevarse a cabo acciones específicas dirigidas a los grupos con mayor probabilidad de adquirir la infección.

2. La prevención general de la infección por VIH se llevará a cabo a través de la educación para la salud y la promoción de la participación de los internos para que tomen conciencia y autorresponsabilidad con el propósito de que colaboren activamente en actividades de promoción de la salud, cuidado y control de la infección.
3. Con respecto a la educación para la salud, las acciones serán:
 - A. Formación de promotores para la prevención del VIH/SIDA.
 - B. Informar sobre la infección por VIH como problema de salud pública y su trascendencia.
 - C. Orientar a la población sobre medidas preventivas y conductas responsables, para reducir la probabilidad de contraer el VIH.
 - D. Instruir a la población acerca de medidas personales para prevenir dicha infección.
4. En cuanto a la participación de los internos:
 - 4.1 Sensibilizarlos para que permitan el desarrollo de acciones preventivas y de control.
 - A. Difundir ampliamente información sobre los mecanismos de transmisión y formas de prevención de la infección por VIH.
 - B. Comunicar a quienes utilizan instrumentos punzocortantes que les den preferencia al uso de materiales desechables; cuando esto no sea posible, entonces esterilizar y desinfectar con cloro y/o alcohol dichos instrumentos antes y después de haber sido utilizados.
 - C. Al asistir a cualquier servicio (médico, quirúrgico, odontológico) procurar llevar cloro o alcohol para esterilizar el instrumental antes de ser usado, para evitar infecciones y reinfecciones.

- D. Evitar las relaciones sexuales sin la protección de un condón de látex (preservativo) o poliuretano (condón femenino) en prácticas sexuales de riesgo.
- E. En caso probable de exposición al VIH a través del contacto con sangre de una persona seropositiva mediante piquete o pinchadura, cortadura o salpicadura en mucosas o piel con heridas se debe realizar de inmediato lo siguiente:
- Suspender la actividad que se está realizando
 - Exprimir la herida para que sangre
 - Lavar con abundante agua y jabón
 - Acudir de inmediato al servicio médico para tomar las medidas necesarias.
- F. Informar las medidas de detección del VIH, a través de la prueba presuntiva: ELISA (Enzyme-Linked Immuno-Sorbent Assay) y las pruebas confirmatorias: Western-Blot, RIPA (Radioinmuno Precipitation Assay) e inmunofluorescencia.

4.2 Invitar a la familia y organizaciones no gubernamentales dedicadas a trabajar con personas que viven con VIH/SIDA para que participen y colaboren en actividades educativas y de promoción.

Medidas de control

1. Detección y diagnóstico a través de las pruebas de laboratorio antes mencionadas.
2. Atención y tratamiento.
3. Alentar la demanda oportuna de atención médica entre personas infectadas con el VIH o con SIDA
4. Notificación, estudio epidemiológico y seguimiento del caso.

5. Investigación y seguimiento de los contactos (personas con las que realizo las prácticas de riesgo en los 5 años previos a la fecha probable de infección.

Para obtener óptimos resultados se sugiere la intervención de personal altamente capacitado por parte de las Organizaciones no Gubernamentales para la prevención y el control de la infección del VIH, esto debido a que:

- A. La vigilancia epidemiológica del VIH/SIDA debe realizarse con respeto a la dignidad de los afectados, que comprende su derecho a la igualdad, confidencialidad, privacidad y no-discriminación, actitud que deberá promoverse dentro de la institución
- B. Este personal esta capacitado para ofrecer el servicio de consejería y apoyo psicológico a todas las personas que se les entregue un resultado de VIH positivo, o que ya estén viviendo con el VIH con objeto de disminuir el impacto psicológico y favorecer su aceptación a su nueva situación.

En lo referente al las personas seropositivas:

- La formación de promotores para el control del VIH/SIDA.
- Practicarse periódicamente la cuenta linfocitaria (pruebas de detección de células CD-4).
- Practicar el sexo seguro y/o protegido (usar condón de látex o de poliuretano)
- No compartir objetos potencialmente contaminados con sangre (agujas, jeringas, cepillos de dientes, navajas) y en general objetos punzocortantes de uso personal.
- Valorar la conveniencia de evitar el embarazo, recibiendo información sobre el riesgo de transmisión perinatal.

- Las madres infectadas por VIH no deberán amamantar a su hijo, y buscaran disponer de sustitutos de leche materna.
- Evitar el contacto con pacientes con padecimientos contagiosos.
- Evitar el contacto o la convivencia con los animales.
- No automedicarse.
- Solicitar atención médica periódica aún en ausencia de sintomatología.
- Fomentar la salud a través de una dieta adecuada, reposo, ejercicio y apoyo psicológico.
- Evitar el uso de drogas, alcohol y tabaco
- Conocer los servicios y alternativas gubernamentales y no gubernamentales disponibles dentro y fuera de la institución que ofrecen apoyo a personas con VIH/SIDA y a sus familiares.

Es necesario que la elaboración de campañas, programas de prevención y control del VIH/SIDA sean acordes con el nivel sociocultural, el lenguaje, comprensión y problemas específicos de la población penitenciaria.

Cabe señalar que la propuesta descrita es un proyecto que requiere de la inversión de mucho tiempo pues se ha visto que la modificación de las representaciones sociales es un proceso complejo, además involucra la participación del personal especializado en la materia, así como del interés y la cooperación de quienes habitan y laboran en la penitenciaria. El trabajo de prevención y control del VIH/SIDA debe realizarse permanentemente con los internos y extenderse a todo el personal, con el objetivo de mejorar el trato hacia quienes son portadores del virus o ya han desarrollado el síndrome.

CONCLUSIONES

CONCLUSIONES

Una vez que ya han sido determinados los elementos que componen la representación social del SIDA que un grupo de internos posee, es posible observar el orden, la jerarquización del contenido y la organización interna de dichos elementos, conociendo así, cual es su campo de representación. Lo anterior ha dejado ver de manera muy general algunas actitudes hacia el VIH/SIDA y quienes lo padecen. Por lo tanto, las líneas de acción de la propuesta para la prevención y el control del VIH/SIDA deberán estar dirigidas hacia una modificación de dicha representación, básicamente porque la percepción de riesgo de adquirir el virus que ellos tienen es muy baja; pues aún cuando en su discurso señalan que todos y todas somos susceptibles de adquirir el VIH, sus conductas demuestran que ellos no se incluyen en el "todos". Por esto es importante llevar a cabo entre los internos un trabajo de sensibilización que les permita darse cuenta y tomar conciencia de que el VIH/SIDA es un problema de salud y que por lo tanto existen medidas preventivas que favorecen la disminución en la tasa de incidencia.

Las acciones preventivas deben involucrar no solamente a la población (internos), sino también al personal que labora dentro de la institución (personal de seguridad, técnico, médico y funcionarios), ya que en muchas ocasiones éste no cuenta con la información y la capacitación necesarias para dar atención a pacientes con VIH y/o SIDA.

Como se puede observar, esto requiere un esfuerzo conjunto de todos los profesionistas para lograr la modificación de su concepción del fenómeno antes mencionado. Por esta razón, dicha propuesta ha sido elaborada principalmente para trabajarse con los internos, quienes por sus propias carencias son el grupo más vulnerable.

Una tarea primordial es sensibilizarlos, para que de manera voluntaria soliciten y acudan a los eventos de carácter informativo (pláticas, cursos, talleres, etc.) organizados tanto por la institución como por personas y organizaciones ajenas a ésta. Pues se ha observado que si bien consideran que necesitan de información completa, clara y actual acerca del VIH/SIDA en muchas de las ocasiones cuando se les invita, no asisten o no participan en dichos eventos.

Cuando se habla de brindarles información, el objetivo es difundir ampliamente tanto los mecanismos de transmisión como las formas de prevención y control del VIH/SIDA, así como las medidas de detección. Para estos efectos es pertinente señalar que la prevención se refiere a quienes no son portadores del VIH, mientras que el control concierne a quienes viven con el virus o ya han presentado alguna enfermedad oportunista.

Teniendo en cuenta el número de internos que habitan la Penitenciaría, un punto relevante sería la formación de promotores para la prevención y el control de dicho virus, los cuales surgirían de entre la misma población, apoyando la difusión de información y promoviendo la adquisición de prácticas que les permitan mantener y/o mejorar su estado de salud.

En este sentido, una de sus funciones sería facilitar la modificación de la representación que actualmente se tiene del VIH/SIDA, bajo la premisa de que las personas desarrollan sus percepciones y actitudes a partir de la interacción con otros ya que al responder a ideas, comentar experiencias, explicar y compartir actitudes se influye en la elaboración de los particulares puntos de vista.

En cuanto a la prevención, ésta deberá enfocarse a las tres vías de transmisión del VIH: perinatal, sanguínea y sexual, haciendo mayor énfasis en esta última (la cual es considerada como la principal vía de transmisión), esto debido a que en los internos el riesgo de adquirir el virus esta representado por el número de parejas sexuales que se tiene, es decir, si se es "promiscuo" se puede contraer el VIH, en cambio si se es "fiel" no hay riesgo de adquirirlo, independientemente de si se usa o no protección durante las relaciones sexuales, esto es, consideran que el riesgo esta en el tener relaciones sexuales con varias personas, aún usando el condón, y que éste no se presenta cuando sólo se tienen relaciones sexuales con una persona, no importando que no se use preservativo.

Otro punto íntimamente ligado al uso adecuado del condón consiste en modificar la creencia de que las personas seropositivas no tiene derecho al ejercicio libre de su sexualidad ni aún con protección, esto es consecuencia de la idea errónea de que el condón no es efectivo, siendo capaz el virus de atravesar el látex.

Para lograr lo anterior es necesario erradicar algunos mitos que se han aprendido alrededor del uso del condón, como lo son: la pérdida de sensibilidad, se requiere interrumpir el acto sexual para colocarlo, los tamaños de este producto son inadecuados, sólo se usa con parejas ocasionales (no con la esposa), entre otros; los cuales obstaculizan que ellos adquieran conciencia que el cuidado de su salud es su responsabilidad.

Cabe mencionar que en este aspecto, en teoría algunos conocen que el uso correcto del condón es una alternativa para prevenir el VIH, sin embargo, la mayoría de los internos desconoce la forma adecuada de utilizarlo, o peor aún, ni siquiera conocen los preservativos.

Algunas medidas personales que apoyan la prevención y que sería importante que los internos llevaran a cabo son las siguientes: utilizar rastrillos, navajas, jeringas, juguetes sexuales, etc. que sean nuevos y procurar no intercambiar éstos con otros compañeros. En el caso de la esterilización resulta necesario enseñarles los métodos a través de los cuales se puede realizar, así como proporcionarles los materiales necesarios para ello.

Dado las condiciones bajo las cuales se brinda atención por parte del servicio médico, en donde las medidas higiénicas y sanitarias no son las óptimas, existe la probabilidad de transmisión del VIH por un manejo inadecuado del instrumental, por lo que una alternativa de prevención es que cada vez que los internos asistan a cualquier servicio (médico, quirúrgico, odontológico) lleven consigo un recipiente conteniendo cloro o alcohol con el fin de esterilizar dicho instrumental antes de ser usado.

La representación del SIDA como una enfermedad estrechamente relacionada con la muerte es lo que probablemente les lleva a sentir miedo y rechazo hacia las personas portadoras del VIH; pues aún cuando muchos de ellos tienen información respecto a como se transmite y como no, evitan cualquier tipo de contacto con los seropositivos; la simple idea de suponerse infectados por el virus les provoca un alto grado de ansiedad que se pudo observar en no querer responder al reactivo *Yo soy seropositivo lo que hago es*, en iniciar su respuesta con la frase "Yo no soy seropositivo", o en negarse a asumir el rol de portador en una dramatización.

Esta actitud de rechazo contradice su discurso respecto a que las personas que viven con VIH son seres humanos al igual que quienes no portan el virus, lo cual indica que la modificación de la representación de este objeto social debe hacerse no solo a nivel de información, sino

también a nivel de actitudes, para que de esta manera haya una concordancia entre lo que se piensa, se dice y se hace.

En cuanto a las medidas de control del VIH/SIDA, la formación de promotores debe ir encaminada a la sensibilización de quienes son portadores del virus, con el fin de evitar algunas prácticas que ponen en riesgo su salud, ya que favorecen las reinfecciones y/o la aceleración en la manifestación de enfermedades oportunistas. Entre otras prácticas se encuentran: tener relaciones sexuales sin protección, compartir objetos punzocortantes o sexuales, estar en contacto con personas con padecimientos contagiosos, automedicarse, uso de drogas, alcohol, tabaco, vender o intercambiar el medicamento que se les da, etc. Por otro lado se debe fomentar: la solicitud de atención médica periódica aún en ausencia de sintomatología, la práctica periódica de la cuenta linfocitaria, así como llevar una dieta adecuada, reposo, ejercicio y apoyo psicológico.

En el caso de las personas que viven con VIH, la representación del SIDA como una enfermedad mortal es lo que muy probablemente lleva a muchos de ellos al descuido y desinterés en su estado de salud; ésta asociación con la muerte les hace pensar que "no tiene caso seguir un tratamiento, de todos modos me voy morir", si a esto sumamos que muchas de las veces el medicamento que se les proporciona esta caducado y/o incompleto, se facilita el surgimiento de acciones como la venta del medicamento y el consumo de sustancias tóxicas.

Cabe resaltar que este último aspecto es uno de los más importantes: en primer lugar por el impacto emocional y social del padecimiento y en segundo lugar por el hecho de encontrarse privados de su libertad, sin embargo, por las condiciones de la institución en la cual no se cuenta con personal suficiente ni especializado para dar atención a portadores del virus.

Aportaciones.

En vista de que el fenómeno del VIH/SIDA ha sido poco estudiado en las instituciones penitenciarias del país, y tomando en cuenta las condiciones en que se encuentran los internos dentro de ellas, esta investigación es un acercamiento a la percepción que estos tienen del fenómeno y a la identificación de algunas de las necesidades tanto en el ámbito de la prevención como en el del control de dicha infección.

En este sentido es importante mencionar que aun cuando la muestra fue de sólo 58 participantes, se tuvo la oportunidad de asistir a un curso informativo respecto al tema, al cual acudieron poco más de 100 internos, y en donde fue posible observar que los resultados obtenidos en esta investigación son hasta cierto punto transferibles a un alto porcentaje de la población de la Penitenciaría del Distrito Federal.

Como ya se ha mencionado anteriormente, el tener conocimiento de las condiciones institucionales como lo son: los espacios físicos, los recursos humanos y económicos, la interacción entre los diferentes grupos que conforman la institución, pero sobretodo el conocer como está siendo representado el VIH/SIDA por los internos de dicha institución, es lo que dará la pauta para elaborar las acciones más adecuadas para satisfacer las necesidades preventivas y de control señaladas en el contenido de este trabajo.

Sugerencias.

Lo expuesto anteriormente considera necesario realizar convenios con Organizaciones No Gubernamentales dedicadas al trabajo con personas seropositivas, a fin de solicitarles el servicio tanto de consejería como de apoyo psicológico para los que ya han sido diagnosticados como portadores, así como también para quienes

soliciten o se les realice la prueba de detección de anticuerpos contra el VIH.

Esto dará a los internos la oportunidad de replantear la forma en la que hasta el momento han enfrentado el ser portadores del VIH, permitiéndoles elaborar no solo un proyecto de vida, sino también un proyecto de muerte.

Una alternativa más es la formación de grupos de autoapoyo entre los seropositivos, cuyos objetivos deberán ser:

- ✓ Que el usuario encuentre un espacio donde sea escuchado con respeto y confidencialidad
- ✓ Que el usuario comparta sus experiencias con toda libertad y confianza
- ✓ Que el usuario crezca a partir de escuchar las experiencias de sus compañeros
- ✓ Que el usuario pueda crear redes para poder hacer frente a problemas específicos de las personas afectadas por el VIH/SIDA
- ✓ Que el usuario aprenda y reinterprete la realidad dentro de un espacio seguro y generador de nuevas perspectivas, con el propósito de elevar la calidad de vida
- ✓ Que el usuario participe activamente dentro del proceso de la vida y asimismo diseñe un proyecto de muerte

Limitaciones.

Durante la realización de la presente investigación las limitaciones que podemos mencionar son:

- Los espacios físicos en los que se llevaron a cabo las entrevistas a los grupos focales no contaban con las óptimas condiciones, ya que al

haber demasiado ruido en los espacios aledaños, se dificultó la grabación de dichas entrevistas, teniendo como consecuencia que en algunas ocasiones no fuera posible transcribir fielmente lo que los participantes habían expresado durante la sesión.

- La falta de investigaciones respecto al tema del VIH/SIDA en población penitenciaria sobretodo en nuestro país.
- Debido a que la atención médica hacia los pacientes depende de otra instancia distinta de la Penitenciaría del Distrito Federal, no fue posible conocer el programa de trabajo de prevención y control del VIH que están llevando a cabo dentro de la institución.

ANEXOS

ANEXO 1. GUÍA DE ENTREVISTA PARA LOS GRUPOS FOCALES

1. ¿Qué conocen sobre el SIDA?

- ¿Cómo se contagia?
- ¿Cómo no se contagia?
- ¿Cómo se cura?
- ¿A quién le puede dar?
- ¿Cómo se previene?

2. ¿De dónde han obtenido la información que tiene?

3. ¿Cómo han vivido el fenómeno del SIDA dentro de esta institución?

- ¿Cómo se sienten sabiendo que hay un dormitorio asignado para los enfermos de SIDA?
- ¿Conviven o tienen contacto con las personas que pertenecen a ese dormitorio?
- ¿Cómo es su relación con estas personas?

4. ¿Conocen a alguna persona que tenga la enfermedad del SIDA?

- ¿Cómo se contagio esa persona?
- ¿Qué sentimientos o emociones les provoca el convivir con esa persona?

ANEXO 2. CUESTIONARIO DE FRASES INCOMPLETAS

1. El SIDA es _____
2. Si yo tuviera la enfermedad me sentiría _____
3. Cuando un compañero bebe o come del mismo utensilio que yo, esto me hace sentir _____
4. Si un amigo me dijera que es portador del virus yo haría _____
5. El saber que el SIDA nos puede dar a todos hace que yo _____
6. Una forma en la que yo animo o apoyo a los compañeros seropositivos es _____
7. Cuando un compañero seropositivo me da la mano o me abraza me siento _____
8. Mis compañeros seropositivos son _____
9. Respecto al SIDA yo necesito _____
10. Las emociones que el SIDA me provoca son _____
11. Yo soy seropositivo, lo que hago es _____

ANEXO 3. CARACTERÍSTICAS DE LOS PARTICIPANTES

Tabla 1. Rangos de edad de los participantes

EDAD	NÚMERO DE INTERNOS
20 a 15 años	6
26 a 30 años	13
31 a 35 años	13
36 a 40 años	12
41 a 45 años	10
46 a 50 años	2
51 a 55 años	1
56 a 60 años	1

Tabla 2. Nivel de escolaridad de los participantes

NIVEL DE ESCOLARIDAD	NÚMERO DE INTERNOS
Primaria incompleta	2
Primaria completa	16
Secundaria incompleta	4
Secundaria completa	17
Bachillerato incompleto	5
Bachillerato completo	6
Carrera técnica terminada	2
Licenciatura incompleta	4
Licenciatura completa	1
No especificó	1

Tabla 3. Rangos del tiempo en prisión de los participantes

AÑOS QUE TIENEN EN PRISIÓN	NÚMERO DE INTERNOS
1 a 5 años	9
6 a 10 años	26
11 a 15 años	16
16 a 20 años	4
20 a 25 años	1
No especificó	2

REFERENCIAS

REFERENCIAS

1. Act Up. (1995). "Quince medidas de emergencia contra el SIDA" en Llamas, R. (comp.) Construyendo sidentidades. Madrid: Siglo veintiuno.
2. Aguilar, F; Bonilla, C. Fernández, A. (1984). "Estudio comparativo entre una muestra de reincidentes y una de primodelincuentes en el Reclusorio Norte". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
3. Aguilla, S. y Cols. (1996). "Pautas para la prevención de infecciones oportunistas con VIH o SIDA en América Latina y el Caribe". Boletín de la oficina Sanitaria Panamericana, Vol. 121, Núm. 5.
4. Alquicira, Y. y Orozco, M. (1985). "La representación social el poder en la cárcel ". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
5. Barojas, F. (1998). "Representación social: una aproximación teórica - analítica de su evolución hacia la actualidad". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
6. Bayés, R. (1994). SIDA y Psicología: realidad y perspectiva. Revista de Psicología General y Aplicada, 47 (2), 125-127.
7. Bentham, J. (1989), "El panóptico". México: Premia Editora.
8. Blanco, A. (1996). "La Psicología Social Aplicada: algunos matices sobre su desarrollo histórico" en Alvaro, J. L., Garrido, A. y Terregosa, J. R.(comps.). Psicología Social Aplicada. Madrid: Mc. Graw Hill.
9. Bliwise, N; Grade, M; Irish, M. and Ficarrotto, T. (1991). Measuring medical and nursing students' attitudes toward AIDS. Health Psychology, Vol. 10.
10. Bronfman, M. (1989). "La migración internacional y el SIDA: el caso de México y los E. U. " en Selpuveda, J. et,al, SIDA, ciencia y sociedad en México. México:FCE.
11. Buendía, J. (1991). "Organización, situación y finalidad de las prisiones a través de la historia carcelaria en México ".Tesis de

- Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Aragón. U.N.A.M.
12. Burgstaller, M. (1993). "SIDA y Derecho Penitenciario: la situación en Austria" en Mir, S. Problemas jurídico-penales del SIDA. Barcelona: Instituto de Criminología de la Universidad de Barcelona
 13. Calderón, M. (1997). "Instituciones Carcelarias", Asamblea 14 (4), México: Asamblea Legislativa del Distrito Federal. I Legislatura
 14. Carrancá y Rovas, R. (1974). "Derecho Penitenciario: cárcel y penas en México". México : Editorial Porrúa.
 15. Castro, R. (1988). "Aspectos psicosociales del SIDA: estigma y prejuicio". Salud Pública de México, Vol. 30, Núm. 4.
 16. Castro, R; Eroza, E; Orozco, E; Hernández, J. (1997). Estrategias de manejo en torno al VIH/SIDA a nivel familiar. Salud Pública de México, Vol. 39, Núm. 1.
 17. Colectivo Sol A. C. (1994). "Informando tras las rejas". Acción en SIDA. No. 22. Abr- Jun.
 18. Crespo, E. (1995). "Introducción a la Psicología Social". Madrid: Editorial Universitas.
 19. Cruz, L. (1996) "Representación Social del SIDA en México y sus efectos culturales". Tesis de Licenciatura. Facultad de Estudios Superiores Acatlán, U.N.A.M.
 20. Del Pont, M. (1995). Derecho Penitenciario. México: Cárdenas editor.
 21. Del Río, C. (1994). "Infección por el virus de inmunodeficiencia adquirida" en CONAPO Antología de la Sexualidad Humana, México: Porrúa.
 22. Desjarlais, R., Eisenberg, L. (1997). "Salud mental en el mundo: problemas y prioridades en poblaciones de bajos ingresos". Organización Panamericana de la Salud.
 23. Díaz, A. (1998). "Los conceptos de normalidad y anormalidad desde la teoría de la representación social en el campo de la salud mental". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.

24. Di Giacomo, J. (1980). "Intergroup alliance and rejection within a protest movement (Analysis of the social representations)". European Journal of Social Psychology. Vol. 10.
25. Dow, M. and Knox, M. (1991). Mental health and abuse substance abuse staff: HIV/AIDS knowledge and attitudes. AIDS Care, 3, 7587.
26. Dussault, J. (1999). "El estigma del SIDA". UNESCO, El Correo.
27. "Exitosas investigaciones, esperanza para seropositivos", (1999) Consulta médica, No. 9
28. Fernández, P. (1999). "Manual para el buen morir para enfermos de SIDA", México: Fundación mexicana para la lucha contra el SIDA.
29. Fisher, G. (1990). "Psicología Social". Madrid: Barcea
30. Flores, F. (1993). "Representación social de la feminidad y la masculinidad en profesionales de la salud mental. Posibles repercusiones en el diagnóstico y tratamiento". Tesis doctoral. Universidad Autónoma de Madrid. España.
31. Flores, F. y Parada, N. (1994). "Las sexualidades y las ideologías". En CONAPO, Antología de la sexualidad humana. México: Porrúa
32. Foucault, J. (1981). "Vigilar y castigar. El nacimiento de las prisiones". México: Editorial Siglo XXI.
33. García, S. (1978). "Legislación penitenciaria y correccional comentada". México: Cárdenas editor.
34. García, S. (1979). "El final de Lecumberri". México: Porrúa.
35. García, S. (1993). "El sistema penal mexicano". México: Fondo de cultura económica.
36. García, S. (1994). "Manual de prisiones". México: Editorial Botas.
37. Goffman, E. (1986). "Estigma: la identidad deteriorada" Buenos Aires: Amorrartu.
38. Gómez, E. y Arroyo, G. (2000). "La representación social del psicólogo en los centros de prevención y readaptación social del Valle de Cuautitlán - Texcoco del Estado de México a través de redes semánticas". Tesis de Licenciatura. Escuela Nacional de Estudios Profesionales Iztacala U.N.A.M.

39. Gómez, R. (1993). "Programas de Control del SIDA", en Velazquez, G. y Gómez, R. Fundamentos de Medicina, SIDA, Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.
40. González - Block M.A; Liquori A.L. y Bazúa L.F. (1990). SIDA y estratos sociales en México: la importancia del bisexualismo. Salud Pública. Vol. 32, No. 1.
41. Hernández, G. (1995). "La prevención de la farmacodependencia a través de un programa de educación para la salud dirigido a personas privadas de su libertad". Reporte laboral. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
42. Hernández, R. Fernández, C. y Baptista, P. (1991). "Metodología de la investigación". México: McGraHill.
43. Ibañez, T. (1988). "Ideologías de la vida cotidiana" Barcelona: Sendai
44. Ibañez, T. (1994). "Psicología Social Construccinista" México: Universidad de Guadalajara
45. Izazola, J., Astarloa L, Beloqui J, Bronfman M, Chequer P, Zacarías F. (1999). "Avances en la comprensión del VIH/SIDA: una visión multidisciplinaria" en El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. México: SIDALAC/FUNSALUD,
46. Jodelet, D. (1986). "La representación social: fenómenos, concepto y teoría" en Moscovici, S. Psicología Social II. Barcelona: Paidós
47. Jodelet, D. (1989). "Nature, culture and social psychology". European Journal of Social Psychology. Vol. 16.
48. Kerliger, F. (1994) "Investigación del comportamiento". México: McGrawHill
49. Krueger, R. (1994). "Focus Groups: A practical guide for applied research". U.S.A: SAGE Publications, Inc.
50. Kubler-Ross, E. (1970). On death and dying. New York: Mac Millan.
51. Labastida, A., Villanueva, R. e Izazola, S. (1998). "La situación actual del VIH/SIDA en prisiones en México", en Izazola, J. E Izazola, S. Estudios de caso de prácticas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina. México : SIDALAC - IMPIP.

52. López-Arangurán, E. (1986). "El análisis de contenido" en García, M; y et al. (1986). El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza Editorial.
53. Luzón, D. (1993). "Problemas de la transmisión y prevención del SIDA en el Derecho Penitenciario español", en Mir, S. Problemas jurídico-penales del SIDA . Barcelona: Instituto de Criminología de la Universidad de Barcelona.
54. Malo, G. (1988). "Historia de las cárceles en México". México : INACIPE
55. Manetti, L. y Pierro, A. (1994). Social representations of AIDS among Italian health care workers. Revista de Psicología Social, Vol. 9 Núm. 1.
56. Mendoza, E. (1998). "Derecho Penitenciario". México: McGrawHill.
57. Ministerio de Justicia. Secretaria de Política Penitenciaria y de Readaptación Social, (1997). "Estudio sobre prevención, detección y tratamiento del VIH/SIDA en los establecimientos del Servicio Penitenciario Federal", en Izazola, J. E Izazola, S. Estudios de caso de practicas adecuadas sobre VIH/SIDA en prisiones de América Latina. México : SIDALAC - IMPIP.
58. Morales, F. (1988). "Ansiedad y depresión como consecuencia de las condiciones de encarcelamiento". Tesis de Maestría. Facultad de Psicología, U.N.A.M.
59. Morales, J. (1996). "Psicología Social y Trabajo Social". España: Mc Graw Hill.
60. Morales, J. (1996). "Tratado de Psicología Social". España: Síntesis Psicología.
61. Morgan, D. (1997). "Focus groups as a qualitative research" en Qualitative research methods. Series V.16. U.S.A: SAGE Publications, Inc.
62. Neuman, E. (1984). " Prisión abierta". Buenos Aires: Ediciones Depalma.
63. Neuman, E. (1994). "Victimología y control social: las víctimas del sistema penal". Buenos Aires: Editorial Universidad.

64. Norma Oficial Mexicana, Prevención y control de la infección por VIH, Diario Oficial de la Federación, 17 de enero de 1995, Numeral 3.1
65. OMS. (1987). Declaración del Dir. Jonathan Mann sobre el SIDA, durante una reunión informativa sobre el SIDA en la 42ª Asamblea General de las Naciones Unidas. Ginebra: Documento mimeografiado
66. ONUSIDA. (1997). "Prison and AIDS": UNAIDS Technical Update. Suiza: UNAIDS.
67. Orellan, A. Y Gonzáles, M.A. (1991). "Representación Social del SIDA en adolescentes". Tesis de Licenciatura. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
68. Páez, D.; Ayesterán, S.; Extcheberría, A; Valencia, J. y Villareal, M. (1987) "Pensamiento, individuo y sociedad; cognición y representación social. Madrid: Fundamentos
69. Peña, A. (1997). La representación social del poder por estudiantes de psicología. Tesis de Maestría. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
70. Rabasa, E. y Caballero, G. (1993) en "Mexicano: esta es tu constitución". México: LV Legislatura. Cámara de Diputados del H Congreso de la Unión.
71. Ramírez-Prado, F. y Monroy-Tello, L. (s/f). "Metodología y estadística". Madrid: Alianza Editorial.
72. Rodríguez, J. (1995). "La psicología criminal en la práctica clínica del psicólogo". Reporte laboral. Facultad de Psicología. U.N.A.M.
73. Ruiz, A. (1998). "Las cárceles y el SIDA: Punto de vista del ONUSIDA". SIDA/ETS. Vol. 4 (1). México :CONASIDA.
74. Salazar, A. (1999). Migración, factor de propagación del SIDA, advierten autoridades. Quehacer Político, Núm. 906.
75. Sánchez, A. (1983). "El derecho a la readaptación social ". Buenos Aires: Ediciones Depalma
76. Scholle, S. (1988). "SIDA: aspectos sociales, jurídicos y éticos de la Tercera epidemia" en Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana. Vol. 105. No. 5 y 6.

77. Secretaría de Gobernación (1995). "Programa de promoción y Readaptación Social 1995-2000", México: SeGob.
78. Sepúlveda, J. (1992). "SIDA y Derechos Humanos". México: Comisión Nacional de Derechos Humanos.
79. Silva, J. (1993). "El SIDA en la cárcel: algunos problemas de responsabilidad penal", en Mir, S. Problemas jurídico-penales del SIDA. Barcelona: Instituto de Criminología de la Universidad de Barcelona.
80. Tavira, J. (1995). "¿Por qué Almoloya?: Análisis de un proyecto penitenciario". México: Editorial Diana.
81. Tollada, J. Y Comp, R. (1994). "Vivir con el VIH/SIDA". Barcelona: Funsal.
82. Velázquez, G. (1993). "Diagnóstico de la infección por el virus de la inmunodeficiencia humana", en Velázquez. G. y Gómez R.D. SIDA enfoque integral. Colombia: Corporación para investigaciones biológicas.
83. Villanueva, R. y Labastida, A. (1994). "Consideraciones básicas para el diseño de un reclusorio". México: PGR - IMPIP

LEGISLACIÓN CONSULTADA:

1. Constitución Política de los Estados Unidos Mexicanos (1996). México : Porrúa . 113ava edición.
2. Reglamento de Reclusorios y Centros de Readaptación Social del Distrito Federal. (1990). México :Secretaria General de Gobierno.
3. Ley que establece las Normas Mínimas sobre Readaptación Social de Sentenciados del Distrito Federal y la Federación. (s/f). México: Secretaria General de Gobierno.
4. Ley de Ejecución de Sanciones Penales para el Distrito Federal.(1999).México: Asamblea Legislativa del Distrito Federal. I Legislatura.

ENTREVISTAS

1. Abasolo, Jaime (2000). Entrevista personal. Situación actual de las cárceles en el Distrito Federal y el fenómeno del VIH/SIDA en éstas. Director del Centro Varonil de Rehabilitación Psicosocial. México, D. F. 18 de Julio del 2000.
2. Escalante, Francisco (2000). Entrevista personal. Situación actual de las cárceles en el Distrito Federal y el fenómeno del VIH/SIDA en éstas. Director de la Penitenciaría del Distrito Federal. México, D. F. 28 de Junio del 2000.
3. Galindo, Antonio (2000). Entrevista personal. Situación actual de las cárceles en el Distrito Federal y el fenómeno del VIH/SIDA en éstas. Director Técnico del Consejo de Menores Infractores del Distrito Federal. México, D. F. 14 de Julio del 2000.
4. Mancilla, Fernando (2000). Entrevista personal. Situación actual de las cárceles en el Distrito Federal y el fenómeno del VIH/SIDA en éstas. Coordinador del Área Psicológica de la Facultad de Estudios Superiores Zaragoza. México, D. F. 22 de Julio del 2000.
5. Pinzón, Alberto (2000). Entrevista personal. Situación actual de las cárceles en el Distrito Federal y el fenómeno del VIH/SIDA en éstas. Psiquiatra del Reclusorio Preventivo Varonil Sur. México, D. F. 8 de Agosto del 2000.
6. Rodríguez, Clementina (2000). Entrevista personal. Situación actual de las cárceles en el Distrito Federal y el fenómeno del VIH/SIDA en éstas. Directora del Reclusorio Preventivo Femenil Norte. México, D. F. 28 de Julio del 2000.