

01962 5



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA
DE MÉXICO**

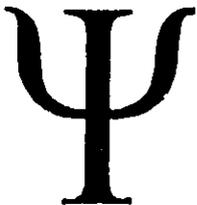
**FACULTAD DE PSICOLOGIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**LA REPRESENTACION SOCIAL DEL
SIDA EN UN GRUPO DE JOVENES**

**TESIS DE MAESTRIA
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
MAESTRO EN PSICOLOGIA CLINICA
P R E S E N T A :
LIC. JOSE ALBERTO DIAZ CERVANTES**

298192

DIRECTORA DE TESIS: DRA. FATIMA FLORES PALACIOS
COMITE TUTORAL
DRA. LUISA J. ROSSI HERNANDEZ
DRA. EMILY ITO SUGIYAMA
DR. HECTOR AYALA VELAZQUEZ
DRA. AMADA AMPUDIA RUEDA



MEXICO, D.F.

OCTUBRE DEL 2001



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



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.

DEDICATORIAS

A mi padre, a mi madre, a mis hermanos Quicho y Juan, porque si hubiera podido elegir habrían sido ustedes.

A toda mi familia extensa, particularmente a mi tía María Elena.

A mis amigas y amigos:

Patricia, Paco, Cony, Misael, Yadira, Chico y Mayté.

Silvia, Amalia, Adrián y Lupita.

Claudia

Javier, Mily e Hilda.

Silvia T., Hilda Z. y Bety.

Rocío Q., Rosalía y Rocío M.

A la Facultad de Psicología de la UNAM.

AGRADECIMIENTOS

A Fátima Flores por dirigir este trabajo, invitarme a trabajar en su línea de investigación y sembrar la semilla del estudio de la teoría de las representaciones sociales.

A mis sinodales: Dra. Emily Ito, Dra. Luisa Rossi, Dr. Héctor Ayala y Dra. Amada Ampudia por sus valiosas observaciones que contribuyeron a mejorar la calidad de esta tesis.

Al Consejo Nacional de Ciencia y Tecnología (CONACYT) por la beca otorgada para mis estudios de maestría y el apoyo económico al proyecto en que se insertó este trabajo.

A los profesores José Luis Moreno de CCH Sur, Oscar Espinosa de CCH Oriente y a Beatriz González de CCH Vallejo por otorgar las facilidades para acceder a la muestra.

A todos los estudiantes que al participar en este trabajo, hicieron posible la investigación.

A Rochelle por su seguimiento.

A todas las personas que saben que han estado vinculadas a esta tesis.

ÍNDICE

| | |
|--|----|
| Resumen | |
| Introducción | I |
| Capítulo I Síndrome de inmunodeficiencia adquirida | |
| I.1. Historia del SIDA | 1 |
| I.1.1 Hipótesis sobre el origen del SIDA | 4 |
| I.2. El contagio y prevención del VIH/SIDA | 5 |
| I.2.1 Vías de transmisión | 8 |
| I.2.2 Conductas de prevención | 11 |
| I.2.3 Etapas de evolución del VIH/SIDA | 13 |
| I.3. Estadísticas actuales en el mundo y la situación de los jóvenes | 15 |
| I.4. La situación en México | 18 |
| I.4.1 Los jóvenes mexicanos y el SIDA | 21 |
| I.5. El SIDA un evento psicosocial | 23 |
| I.5.1 La estigmatización del SIDA | 24 |
| | |
| Capítulo II Teoría de las representaciones sociales | |
| II.1. Antecedentes | 30 |
| II.2. El concepto de representación social | 32 |
| II.3. Representaciones sociales y representaciones colectivas | 38 |
| II.4. Formación de las representaciones sociales | 41 |
| II.5. El origen de las representaciones sociales | 45 |
| II.6. La naturaleza social de las representaciones sociales | 47 |
| II.7. Estructura y mecanismos internos de las representaciones sociales | 47 |
| II.8. Función de las representaciones sociales | 50 |
| II.9. Las principales tendencias en la teoría de las representaciones sociales | 52 |
| | |
| Capítulo III Método | |
| III.1. Objetivo general | 58 |
| III.2. Justificación | 58 |

| | |
|---|----|
| III.3. Muestra | 58 |
| III.4. Escenario | 60 |
| III.5. Tipo de estudio | 61 |
| III.6. Recolección de datos | 62 |
| III.6.1 Asociación libre, asignación de carga y significado al corpus | 62 |
| III.6.2 Discusión en grupo | 64 |
| III.7. Análisis de datos | 67 |
| III.8. Procedimiento | 68 |

Capítulo IV Resultados

| | |
|---|----|
| IV. Primera sección | |
| IV.A. Asociación libre, asignación de carga y significado al corpus | 70 |
| IV.A.1. Noción de SIDA | 73 |
| IV.A.2. Transmisión de SIDA | 73 |
| IV.A.3. Prevención del SIDA | 74 |
| IV.A.4. Impacto del SIDA | 74 |
| IV.A.5. Expuestos al contagio de SIDA | 75 |
| IV. Segunda sección | |
| IV.B. Discusión en grupo | 75 |
| IV.B.1. Imagen del SIDA | 77 |
| a) Noción | 77 |
| b) Origen | 78 |
| c) Primeros infectados | 80 |
| d) Aparición pública | 80 |
| e) Primeros contactos | 80 |
| f) Presencia en el ámbito cotidiano | 81 |
| IV.B.2. Vías de transmisión del VIH/SIDA | 83 |
| g) Expuestos al contagio | 83 |
| h) Los más propensos | 83 |
| i) Formas de contagio | 84 |
| j) Formas de no contagio | 84 |

| | |
|--|-----|
| IV.B.3. Cura y vacuna | 85 |
| IV.B.4. Prácticas de prevención frente al SIDA | 85 |
| k) Percepción de riesgo | 85 |
| l) Lo que podría ayudar a que los jóvenes se sientan en riesgo | 86 |
| m) Prevención y cuidados | 87 |
| n) Aplicación de conocimientos | 88 |
| IV.B.5. El SIDA y las relaciones sexuales | 89 |
| ñ) Prevención en las relaciones sexuales | 89 |
| o) No Prevención en las relaciones sexuales | 91 |
| p) Cambio de comportamiento en los jóvenes | 92 |
| IV.B.6. Rechazo y discriminación | 93 |
| IV.B.7. Dudas y aspectos confusos | 95 |
| IV.B.8. El embarazo no deseado mayor preocupación que el SIDA | 96 |
| IV.B.9. Cómo se ven los jóvenes a ellos mismos | 97 |
| IV.B.10. La inexistencia del SIDA | 98 |
| IV.C. Evaluación de la actividad de discusión en grupo | 99 |
| | |
| Capítulo V Discusión | |
| V.1. Asociación libre, asignación de carga y significado al corpus | 100 |
| V.2. Discusión en grupo | 105 |
| | |
| Conclusiones | 119 |
| Alcances, limitaciones y sugerencias | 122 |
| | |
| Referencias | 124 |
| | |
| Apéndices | 136 |
| Apéndice #1 Palabras originales con su peso cultural y su significado | 137 |
| Apéndice #2 Listado de categorías, subcategorías y las preguntas que orientaron las discusiones grupales | 149 |

ÍNDICE DE TABLAS Y FIGURAS

| | |
|---|-----|
| Tabla 1 Eficacia de transmisión del VIH | 10 |
| Tabla 2 Listado de palabras originales con su frecuencia, orden de mención, carga y peso cultural | 71 |
| Figura 1 Representación social del SIDA | 102 |

RESUMEN

Este trabajo indaga en la representación social del SIDA en un grupo de jóvenes estudiantes de tercer grado de preparatoria. La muestra es no-probabilística de tipo voluntario y estuvo conformada en total por 46 participantes. Para lograr el objetivo planteado utilizamos dos estrategias de recolección de datos con distintos sujetos: (1) la asociación libre, más la asignación de carga y significado al corpus, permitió, considerando las tres dimensiones de la representación, identificar la estructura general de la representación del objeto en estudio. Por su parte, (2) la discusión en grupo proporcionó indicadores de diversos temas relacionados con el SIDA que ubicaron el contexto en el que se enmarca la representación.

Con el procedimiento adoptado se obtuvo tanto elementos del pensamiento espontáneo como del pensamiento reflexivo y argumentativo de los participantes, al tiempo que se indagó de manera general en la cognición, en el discurso y en las prácticas de la representación estudiada.

Los resultados señalan que la noción del SIDA está conformada por una gran cantidad de información, el campo de representación se organiza en tres niveles jerárquicos y predomina una actitud negativa. El núcleo figurativo indica que el SIDA es ubicado como una enfermedad mortal que se transmite principalmente por vía sexual. Dicha noción, que ha postulado la ciencia, es la que encontramos en la cognición y en el discurso, no obstante, en la práctica prevalece la noción moral de que la enfermedad sólo afecta a los Otros estigmatizados, por lo que a pesar de conocer cómo evitar la infección, generalmente los jóvenes no implementan conductas preventivas.

Palabras claves: SIDA, representación social, jóvenes.

INTRODUCCIÓN

La presente investigación forma parte del trabajo realizado en la línea de investigación titulada "Representación social, género y salud mental" coordinada por la Dra. Fátima Flores.

Desde que aparecieron los primeros casos de SIDA hasta el momento actual ha quedado de manifiesto que la enfermedad ha trascendido su carácter puramente biológico para revelarse como un problema complejo de salud pública que tiene grandes repercusiones en los ámbitos social, psicológico y de derechos humanos.

Actualmente a pesar de todos los esfuerzos mundiales que se han efectuado para prevenir y controlar al VIH/SIDA, persiste el incremento de los casos en prácticamente todos los países, acentuándose las nuevas infecciones en la población joven. La vía de transmisión que desde hace algunos años no ha dejado de incrementarse y que se ha revelado como la más difícil de controlar es la transmisión sexual. Del 75 al 85% de los casos de SIDA en todo el mundo son adquiridos por relaciones sexuales sin preservativo (Uribe, 1996).

Este panorama es el que predomina también en México y justifica que se busque indagar en la noción de SIDA que algunos jóvenes tienen con la idea de comprender las prácticas de prevención que pudieran generarse en relación con esta enfermedad.

El SIDA como objeto de estudio es abordado en esta investigación desde una perspectiva psicosocial, particularmente desde la teoría de las representaciones sociales. Decidimos optar por esta teoría porque ofrece una perspectiva global que permite un acercamiento que incluye tanto a las creencias como a las actitudes y, además, considera el conocimiento del sentido común, la construcción simbólica de la realidad, las inserciones sociales de los grupos, el nivel cognoscitivo, el discurso y las prácticas, lo que posibilita la obtención de información general sobre nuestro objeto de estudio.

El SIDA, al estar vinculado con la sexualidad de las personas, confronta el espacio íntimo y privado con el ámbito público. Este es un rasgo característico de esta enfermedad que torna complicado su abordaje en investigación. Sin embargo, mientras no se detenga la expansión del VIH se necesitan de investigaciones que ayuden a comprender este fenómeno y ésta es precisamente la intención del presente trabajo.

En el primer capítulo se presenta un panorama general del SIDA que nos permite caracterizar a nuestro objeto de estudio. Se incluye su historia, las formas de contagio y las conductas de prevención, las etapas de evolución, estadísticas mundiales y la situación de los jóvenes, la situación en México y se aborda al SIDA como un evento psicosocial que desde su inicio ha presentado estigmatización.

En el segundo capítulo se desarrolla el marco conceptual que orienta nuestro trabajo. Se describen algunos aspectos de la teoría de las representaciones sociales tales como: antecedentes, el concepto, la distinción con las representaciones colectivas, su formación, su origen, su naturaleza social, la estructura y mecanismos internos, su función y las principales tendencias que se han generado en la teoría.

El tercer capítulo aborda el método empleado en nuestro trabajo. Se compone de los apartados siguientes: objetivo, justificación, muestra, escenario, tipo de estudio, la recolección de datos, análisis de los datos y el procedimiento efectuado.

Los resultados obtenidos por las dos formas de recolección de datos se describen en el capítulo cuarto. En el capítulo quinto se presenta la discusión desde el marco de la teoría de las representaciones sociales y finalmente, se incluyen las conclusiones del trabajo, así como los alcances, limitaciones y sugerencias.

CAPÍTULO I SÍNDROME DE INMUNODEFICIENCIA ADQUIRIDA

La aparición de la infección por el VIH y su expresión corporal y clínica a manera de SIDA dan forma a uno de los fenómenos sociales más importantes de finales del siglo XX
Jaime Sepúlveda Amor

I.1. Historia del SIDA

A lo largo de la historia de la humanidad se han presentado diversas enfermedades transmisibles que por su forma de contagio, letalidad, síntomas y por la magnitud de sus repercusiones, se han convertido en foco de atención en ámbitos académicos y populares. La más reciente y polémica de estas enfermedades transmisibles es el Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida (SIDA)¹ que irrumpió justo cuando se pensaba que los avances de la biotecnología moderna habían puesto a salvo a la humanidad de las catástrofes provocadas por enfermedades.

Desde los primeros casos detectados, el SIDA sembró confusión entre el personal del área de la salud. Su rápida expansión provocó que en su primera década, se convirtiera en epidemia y posteriormente incrementó su magnitud hasta alcanzar la categoría de pandemia. Pasó a ser un tema de estudio mundial, y su presencia alteró la conciencia de grupos progresistas, liberales, conservadores y religiosos. El SIDA impactó fuertemente a la población, la noticia de su existencia fue un foco de alarma que despertó interés, provocó inquietud pero, sobre todo, generó temor (Soberón, 1989).

No se sabe exactamente cuál es el origen geográfico del virus, ni en que momento se convirtió en un agente patógeno para el hombre. Se ha llegado al acuerdo de que se trata de una enfermedad nueva, puesto que sólo se pueden señalar unos cuantos informes anteriores a la década de los 80, de individuos que murieron sin un diagnóstico preciso pero con un cuadro clínico compatible con el SIDA (Sepúlveda y Rico, 1989).

¹ Aunque se trata de un síndrome, es decir de un conjunto de signos y síntomas, y no de una sola enfermedad, por ser aceptado y más práctico nos referiremos al SIDA de aquí en adelante como una enfermedad.

Se estima que probablemente desde 1976, e incluso antes, se identificaron casos que pueden ser considerados como indicadores de que ya estaba presente la enfermedad. Sin embargo, fue hasta 1981 cuando se conocen públicamente los primeros casos aislados que se asumen como enfermos de SIDA.

El primer acontecimiento que se tiene registrado de manera oficial fue publicado el 5 de junio de 1981 por la agencia epidemiológica federal llamada Centers for Disease Control (CDC) de Atlanta, Georgia. El boletín semanal de esa agencia presentó la descripción de un brote de cinco casos graves de neumonía por *Pneumocystis carinii*, observados entre octubre de 1980 y mayo de 1981 en tres hospitales de los Angeles, California. Dos hechos insólitos llamaron la atención: todos los enfermos eran hombres jóvenes (entre 29 y 36 años) y homosexuales practicantes (Grmek, 1989).

El segundo evento se refiere a un informe de ocho casos de Sarcoma de Kaposi también en varones jóvenes de la ciudad de Nueva York. En ambos casos se habían detectado previamente fallas en el sistema inmunológico. Pronto se supo que todos los afectados tenían el común denominador de ser homosexuales, lo cual ocasionó que, de manera aún más rápida, la enfermedad se etiquetara como una "epidemia gay" (Cohen, 1990).

Los casos de personas con cuadros médicos compatibles empezaron a ser más frecuentes y se tornó necesario acuñar un nombre para este padecimiento. Es en este contexto que al SIDA se le llamó: Gay Related Inmunodeficiency Disease (GRID), enfermedad de inmunodeficiencia relacionada con la homosexualidad. Este primer nombre fue asignado haciendo alusión a la preferencia sexual de los primeros pacientes infectados. Posteriormente se le cambió el nombre en varias ocasiones (se le denominó "enfermedad consuntiva", entre otras) hasta que en Junio de 1982 los participantes en una reunión de especialistas de los Centros de Control de Enfermedades de Estados Unidos (CDC) en Washignton propusieron

su nombre definitivo: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, el cual fue aprobado por la Organización Mundial de la Salud (OMS).

También en el año de 1982 se conocieron los datos de infecciones en un segundo grupo: usuarios de drogas intravenosas. El personal de salud postuló que posiblemente ambos grupos padecían la misma enfermedad, al tiempo que los investigadores reconocen que se trata de una enfermedad nueva con características propias repetitivas y cuya incidencia, además, estaba asociada a ciertos grupos sociales (homosexuales y toxicómanos) que posteriormente serían identificados como "grupos de alto riesgo".

Entre 1982 y 1983, empezaron a aparecer otras personas afectadas por la infección: hombres bisexuales, personas originarias de ciertas regiones del orbe, receptores de transfusión sanguínea, hemofílicos, las parejas sexuales de los pacientes ya infectados, algunos de sus hijos, por lo que se hicieron evidentes dos cosas. La primera, es que efectivamente se podían infectar otras personas además de los llamados "grupos en riesgo"; y la segunda, que existían varias formas de contagio (Sepúlveda y Rico, 1989).

Aunque ya se tenía información respecto al virus, reconociéndose su carácter infeccioso y el daño que causaba al sistema inmunológico, no es sino en 1983 que el agente infeccioso del SIDA fue aislado e identificado como un virus asociado a la Linfadenopatía (LAV) por el equipo de trabajo de Luc Montagnier del Instituto Pasteur de París, Francia. Un año después, el equipo de trabajo a cargo de Robert Gallo del Instituto Nacional de Cáncer de los Estados Unidos, repitió una vez más el aislamiento del virus causante del SIDA, esta vez identificándolo como Virus Linfotrópico T Humano Tipo III (HTLV-III). Al afirmar Gallo que había descubierto el verdadero virus, desacredita el trabajo de Montagnier y surge la polémica entorno a quien había sido el primero en lograr aislar el agente etiológico del SIDA y se presentó, además, la interrogante de cuál era realmente el virus que causaba la enfermedad. Considerando estos hechos y con la finalidad de unificar el nombre

del agente causante del SIDA, el Comité Internacional de Taxonomía de los Virus y la Organización Mundial de la Salud, propuso en mayo de 1986 designarlo como Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH) que fue el nombre que se adoptó internacionalmente y que perdura hasta nuestros días (Sandner, 1990).

1.1.1 Hipótesis sobre el origen del SIDA

Hasta el día de hoy no hay consenso respecto al origen del SIDA. Sin embargo, existen distintas hipótesis que pueden agruparse en dos vertientes. Una primera postula que la enfermedad es totalmente nueva, es decir que no existía antes. La segunda vertiente asume que el SIDA es una enfermedad que ya existía desde hace mucho tiempo pero que había pasado inadvertida para la medicina, un dato que apoya esta afirmación es que en Zaire se encontró un suero positivo a las pruebas de Elisa y Western Blot que se mantenía congelado desde 1959 (Sepúlveda, y Rico, 1989; Stanislawski, 1989).

En la primera vertiente se encuentran distintas explicaciones que van desde la creencia de que el SIDA es una enfermedad de origen divino cuyo objetivo es castigar a la humanidad por sus pecados, pasando por la idea de que es un invento: un arma bacteriológica creada en laboratorio para ser usada en conflictos bélicos, hasta otra que expresa que el virus causante de la enfermedad mutó y derivó en el VIH. Esta última creencia se basa en las investigaciones de Max Essex (citado en Del Río, 1994) con monos verdes africanos, los cuales tenían en la sangre un virus similar al VIH que pudo ser transmitido a los nativos por mordidas o arañazos. Siguiendo esta lógica, el virus al entrar en contacto con el cuerpo humano, sufrió transformaciones hasta convertirse en el VIH. De acuerdo con esto, sería África el lugar en el que surgió el virus para posteriormente expandirse a todo el mundo. Algunos datos que apoyan esta hipótesis son las cifras encontradas de personas portadoras del VIH en algunas ciudades África Central que van del 5% al 10% del total de la población. De esta forma la cadena de transmisión sería: África- Caribe- Estados Unidos, y África- Europa (Rios, 1991).

La tendencia más aceptada en la ciencia es que el SIDA es una enfermedad nueva y dado que, hasta la fecha, no se ha podido esclarecerse el cómo y el dónde surgió la enfermedad, las investigaciones se han dirigido a comprender su expansión, alcance y formas de prevención.

I.2. El contagio y prevención del VIH/SIDA

El síndrome de inmunodeficiencia adquirida se define como un conjunto de enfermedades derivadas de la infección del VIH. Con la idea de tener una idea precisa de qué es, vamos a desglosar la información contenida en su nombre.

Síndrome: condición que engloba una serie de signos y síntomas específicos de la enfermedad, que se presentan simultáneamente.

Se entiende por signo la manifestación objetiva de una enfermedad. Esta manifestación puede ser observada por un médico, por ejemplo en el caso del SIDA se detectan ganglios crecidos, fiebre, tos y adelgazamiento, entre otras.

Los síntomas se consideran la manifestación subjetiva de una alteración (orgánica o funcional) que sólo la persona examinada puede percibir o sentir y que el médico puede conocer mediante un interrogatorio al paciente. En el caso del SIDA se presentan fatiga, náuseas, dolor en distintas partes del cuerpo y sensación de falta de aire.

Inmuno: hace referencia al sistema inmunológico, el cual defiende al organismo y lo protege contra agentes extraños.

Deficiencia: indica que tenemos muy poco de algo o bien que algo no funciona adecuadamente, en este caso se aplica al sistema inmunológico.

Adquirida: nos indica que lo podemos obtener sólo después de la fecundación; por lo tanto no es hereditario (Fernández, 1996; Valle, 1999).

Características del Virus de la Inmunodeficiencia Humana (VIH)

Los virus son miembros de un grupo de microorganismos extremadamente pequeños que sólo pueden vivir dentro de las células. El VIH pertenece a un grupo denominado "virus lentos" porque los síntomas de la enfermedad que causan aparecen de una forma muy gradual y después de un largo periodo de incubación (Fernández, 1996).

También al VIH se le ubica en la familia de los retrovirus, esta designación indica que necesita el material genético de las células invadidas y que invierte el proceso común de la reproducción celular, por esto se le llama *retro*. Esto es, una célula o un virus se reproducen cuando su información genética (ADN) hace un "negativo" (ARN) que origina las proteínas para constituir la nueva célula. Un retrovirus, por el contrario, tiene su información genética en "negativo" (ARN) y construye un nuevo virus empleando el ADN de la célula invadida.

Los retrovirus poseen una gran capacidad para cambiar su estructura hereditaria, en esto resultan ser un millón de veces más rápidos que cualquier otro organismo conocido. Lo anterior explica, en parte, las dificultades que tiene el sistema inmunológico para detectar y rechazar a los retrovirus, así como los problemas que enfrentan los científicos para desarrollar vacunas contra estos microorganismos (Stanislawski, 1989).

El VIH ha sido encontrado en la sangre, espermatozoides, líquido preeyaculatorio, sudor, lágrimas, orina, secreciones cervicovaginales, saliva, leche materna, células de la médula ósea y en los linfocitos T, tanto en personas con la enfermedad como en gente seropositiva (Sandner, 1990).

Actualmente se han identificado dos tipos de virus de inmunodeficiencia humana: el VIH-1 y el VIH-2. El primero es el virus prototípico, responsable de la mayor parte de los casos de SIDA en el mundo, incluye casi la totalidad de infecciones en África, Asia, América Latina, el Caribe, Europa y los Estados Unidos de América.

El VIH-2 se aisló en África, fue identificado en 1986 y ha infectado sobre todo a personas en el oeste de África aunque también se han reportado casos aislados en los Estados Unidos de América y Europa. El VIH-2 se asemeja mucho más que el VIH-1 al virus de inmunodeficiencia del simio. Aún cuando ambos virus infectan las mismas células, producen el mismo tipo de manifestaciones clínicas y tienen las mismas vías de contagio, hay algunos datos que hacen pensar que el VIH-2 tiene un periodo medio de incubación (el tiempo que transcurre entre la infección y la aparición de síntomas) más prolongado y su eficiencia de transmisión es menor (Stanislawski, 1989; Del Río Chiriboga, 1994b; Fernández, 1996).

El VIH, como todos los virus, se caracteriza por necesitar un organismo humano vivo para sobrevivir ya que requiere implantarse en una célula viva para poder reproducirse; es poco resistente fuera del organismo y es muy débil al ser expuesto ante agentes físicos y químicos o cambios de temperatura. Además, necesita que la célula viva donde se implantó contenga receptores específicos, como los linfocitos T, macrófagos y algunos tipos de neuronas, para unirse a ellos y poder reproducirse. No obstante, si el VIH se instala en condiciones óptimas para poder reproducirse, se afianza en el organismo y adquiere una gran resistencia.

Algunos de los receptores específicos que necesita el VIH para poder reproducirse, como los linfocitos T y los macrófagos se encuentran en el sistema inmunológico. Cuando un agente extraño o infeccioso penetra en el organismo, el sistema inmunológico lo combate y desarrolla una especie de "memoria" en el material genético, plasmando el tipo de agresor y la manera de destruirlo; de tal forma que si vuelve a ponerse en contacto con él, pueda utilizar la misma estrategia de defensa que la primera vez. Cuando el VIH entra al organismo y se implanta dentro de la célula receptora (linfocitos T principalmente) introduce sus órdenes al material genético de la misma, alterando su funcionamiento y afectando a las células de defensa (CD4) lo que ocasiona que el sistema inmunológico pierda su capacidad para defender al organismo contra infecciones o agentes

externos, dejando al organismo desprotegido contra cualquier enfermedad oportunista que generalmente son las que ocasionan la muerte (Cotte, 1990).

I.2.1 Vías de Transmisión

Solamente hay tres formas mediante las cuales se puede transmitir el VIH: sexual, sanguínea y perinatal.

1. **Vía sexual:** mediante relaciones sexuales sin preservativo con una persona que ya está infectada. En dichas relaciones el contagio se produce por el intercambio de líquidos sexuales. En el caso del hombre líquido preeyaculatorio y/o semen y en el caso de la mujer secreciones vaginales o sangre en caso de estar menstruando. El contagio puede darse de hombre a hombre, de mujer a hombre, de hombre a mujer y de mujer a mujer. El VIH puede transmitirse por coito anal, vaginal u oral (CONAPO, 1994).

Existe variabilidad en la eficacia de transmisión por vía sexual. De todos los tipos de coito el anal receptivo es el que resulta de mayor riesgo. Tanto el anal insertivo como el coito vaginal tienen un menor riesgo; pero sólo se trata de probabilidades de contagio. La posibilidad de que se contraiga el virus existe desde el primer contacto sexual aunque sea de "relativo bajo riesgo". Al igual que en otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) la eficacia de transmisión es mayor de hombre a mujer (Del Río Chiriboga, 1994b).

En la actualidad ha quedado de manifiesto que hay factores que favorecen la transmisión sexual del VIH como son la presencia de otra ETS, particularmente las ETS causantes de ulceración genital (como sífilis, chancroide y herpes) son las asociadas a una mayor susceptibilidad individual y transmisión del VIH (Del Río Chiriboga, 1994a; Izazola-Licea, Astarloa, Beloqui, Bronfman, Chequer, Zacarías, 1999). También se ha señalado que el uso de secantes vaginales, anticonceptivos hormonales o dispositivo intrauterino, facilita adquirir el VIH por lo que el riesgo varía dependiendo de los factores coexistentes presentes (Uribe, 1996).

Aunque la vía sexual es una forma relativamente poco eficiente de transmisión, es la vía más frecuente y de mayor dificultad para su control a nivel mundial (Uribe, 1996).

2. Vía sanguínea: a través de la sangre o sus derivados infectados que entren en cualquier parte del cuerpo por medio de agujas, jeringas o material punzo cortante contaminado por el VIH, hemodiálisis, o bien por órganos o tejidos transplantados de una persona infectada (CONAPO, 1994).

Esta vía de transmisión a pesar de ser muy efectiva no es la más frecuente debido a las medidas de control establecidas, como la obligatoriedad de pruebas de detección del VIH en la sangre y sus componentes en la mayor parte de los países desde 1986 (Uribe, 1996). No obstante, los contagios que se siguen presentando son por reutilización de jeringas o agujas de inyección, principalmente se ven afectados los usuarios de drogas intravenosas que comparten estos objetos.

3. Vía Perinatal: una madre puede infectar a su bebé durante el embarazo por medio de la placenta, en el parto mediante la sangre y/o en la lactancia a través de la leche materna (CONAPO, 1994).

Sin tratamiento existe un promedio de 30% de posibilidades de que el VIH pase al bebé. Recientemente se ha descubierto que el uso de zidovudina (AZT) durante el embarazo reduce en un 67% las posibilidades de que el virus contagie al bebé, por lo cual se está recomendando de manera amplia en mujeres embarazadas infectadas (Uribe, 1996). La transmisión del VIH por lactancia puede producirse hasta seis meses después del nacimiento (Izazola-Licea, Astarloa, Beloqui, Bronfman, Chequer, Zacarías, 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. Tanto debajo de las mucosas como de la piel que recubre la superficie externa del cuerpo se encuentran los vasos sanguíneos y linfáticos. El VIH, luego de reproducirse en la puerta de entrada, se disemina a otras partes del organismo (Fernández, 1996).

Con base en la forma de transmisión y la permeabilidad de los tejidos del virus, se ha afirmado que las principales formas de contagio del VIH en orden de importancia decreciente son: mucosa rectal, mucosa vaginal, torrente circulatorio, placenta y parto, mucosa oral y tejidos o transplante de órganos (CONASIDA, 1989).

Para conocer la eficacia de la transmisión del VIH se han realizado investigaciones por organizaciones internacionales que han concluido que la forma más efectiva de transmisión del virus es por vía sanguínea, seguida por la perinatal y finalmente la sexual. Para presentar la información de manera más detallada se incluye la siguiente tabla.

Tabla 1 Eficacia de la transmisión del VIH

| TRANSMISIÓN SEXUAL | |
|----------------------------------|---------------------------|
| Un solo contacto sexual | Varios contactos sexuales |
| Hombre a Mujer 0.1 a 3% | 20-28% |
| Mujer a Hombre 0.1 a 1.9% | 1-12% |
| Hombre a Hombre 0.8 a 3.2% | 10% |
| TRANSMISIÓN SANGUÍNEA | |
| Transfusiones | Mayor a 90% |
| Pinchazo con aguja hueca | 0.5% |
| Compartir agujas en drogadicción | 0.5- 1% |
| TRANSMISIÓN PERINATAL | |
| | 30% |

Fuente: Enseñar y aprender a crecer en los tiempos del SIDA.

Autora Patricia Uribe. 1996, p. 231.

El riesgo de transmisión a través de la sangre, las secreciones vaginales y el semen de las personas infectadas radica en el hecho de que en estos líquidos orgánicos el virus se encuentra habitualmente en mayores cantidades que en otros líquidos y secreciones (Fernández, 1996).

Es conveniente especificar que la vía de transmisión más frecuente en México es la sexual (Soberón, 1989; Sepúlveda y Rico, 1989; Rico, 1989; Castro, 1989; Rossi, 1993) a diferencia de otros países como el caso de España en el que el mayor número de infecciones se ha efectuado por compartir materiales de drogas intravenosas sin previa esterilización (De Miguel, Castilla, y Caïs, 1994).

Si consideramos las estadísticas de infección a nivel mundial observamos que la vía sexual es la que ocupa el primer lugar (75 a 85%), seguida por la vía sanguínea, drogadicción intravenosa y vía perinatal, todas con los mismos porcentajes (5 a 10%) (Uribe, 1996).

Afortunadamente todas las formas de transmisión del VIH son previsible.

1.2.2 Conductas de prevención

De la misma forma que existen formas de contagio del VIH, existen medidas de prevención.

En el caso perinatal, las medidas de prevención son que toda mujer con VIH se abstenga de embarazarse y es recomendable que las mujeres que han tenido prácticas de riesgo o que piensan que pueden estar infectadas, se realicen la prueba de detección antes de embarazarse (García, Mora, Palacios, y Valdespino, 1989). También se sugiere administración de Zidovudina (AZT) durante el embarazo, parto y al recién nacido (Uribe, 1996). Para prevenir el contagio por vía de la leche materna se sugiere que la madre no alimente al bebé, pudiendo utilizar una nodriza o emplear un tipo de alimentación equivalente.

La prevención del VIH por contagio sanguíneo consiste en utilizar jeringas desechables o esterilizadas y no compartir agujas en la drogadicción intravenosa. En caso de donar sangre o recibir una transfusión sanguínea asegurarse de que la sangre no esté contaminada con VIH, verificando que tenga el sello de la Secretaría de Salud, en el caso de los transplantes o injertos asegurarse que no estén infectados realizando la prueba de detección del VIH y emplear únicamente instrumentos punzo cortantes que hayan sido esterilizados. Además, el personal de salud debe de tomar precauciones para no exponerse a sangre y líquidos corporales contaminantes (Uribe, 1996).

La prevención de contagio por vía sexual va desde sugerir la abstinencia de relaciones sexuales, el promover las prácticas del llamado "sexo seguro" (prácticas que no incluyen el intercambio de líquidos corporales como caricias, besos y abrazos), tener "sexo protegido" (usando preservativo en toda relación sexual o uso de barreras de látex o poliuretano en contacto orogenital y oroanal), pasando por recomendaciones de tener relaciones sólo con una pareja que no esté infectada y disminuir el número de parejas sexuales, así como detectar y tratar oportunamente enfermedades de transmisión sexual (Alanis, et al., 1988; Uribe, 1996).

A pesar de que se conoce con claridad como frenar la forma de contagio, las estadísticas de nuevas infecciones siguen aumentando, particularmente los casos por vía sexual. Existen diversas razones para ello, pero se puede afirmar que una de las más importantes es que la gran mayoría de las personas, si bien han oído hablar del VIH/SIDA no se siente en riesgo de contraer la infección ya que persiste el mito de que la enfermedad no es de "todos", sino de los "otros". Otra razón es el hecho de que se requiere de cambios en la conducta sexual de las personas para impedir el contagio, lo cual ya se ha visto que es bastante complicado de efectuar (Uribe, 1996).

Desde hace tiempo se ha dicho, en innumerables ocasiones, que mientras no exista vacuna o tratamiento cien por ciento efectivo y accesible, la prevención seguirá siendo el mejor remedio para evitar incrementos en las cifras de personas con nuevas infecciones por VIH.

Hasta ahora los esfuerzos en el área de la prevención han demostrado que la información y la educación son piedras angulares, empero, la información sola no es suficiente y la educación tampoco ha bastado, parecería que como sugiere Patricia Uribe (1996 p. 239) además "deben agregarse como elementos indispensables sistemas de salud y respaldo social y un ambiente social de apoyo más equitativo, a fin de implantar programas eficaces de salud pública".

I.2.3 Etapas de evolución del VIH/SIDA

Una vez que el VIH entra el organismo por medio de cualquiera de las vías de transmisión descritas, atraviesa por diferentes etapas de acuerdo con las condiciones previas que presente la persona infectada (por ejemplo estado de nutrición y enfermedades asociadas) y el acceso a servicios y tratamiento médico y psicológico.

A continuación presentamos algunas de las etapas que caracterizan el desarrollo de la enfermedad:

1. **Infección por VIH.** En esta etapa el organismo infectado por el VIH presenta un periodo conocido como de silencio o ventana ciega, durante el cual, a pesar de que el virus ya se encuentra en la sangre no es identificado por la prueba de detección. Esto se debe a que es necesario que transcurra un tiempo aproximado de tres a seis meses desde que se introdujo el VIH en el cuerpo para que resulte positiva la detección. No obstante, desde que el VIH entra a las células específicas que pueden albergarlo, la persona ya es fuente de infección para otros.

2. **Etapa Asintomática.** Comprende el tiempo transcurrido desde la adquisición del VIH hasta la aparición de los primeros signos y síntomas de la enfermedad. Sin embargo, aún antes de presentar algún indicador de la enfermedad, el individuo puede desarrollar niveles detectables de anticuerpos específicos contra el virus, es decir se convierte en seropositivo. Desde que la persona es seropositiva hasta que desarrolla la enfermedad pueden pasar desde meses hasta varios años. En esta fase, si la persona portadora del virus se realiza una prueba de detección (Elisa o Western Blot), ya obtendrá un resultado positivo. No obstante, hasta este momento la persona puede no sentir molestias o malestar.

3. **Complejo relacionado con el SIDA.** Se refiere a las primeras manifestaciones de la enfermedad. En esta fase la persona puede presentar síntomas y signos como los siguientes:
 - Mareos, fatiga, dolores de cabeza o malestares en diferentes partes del cuerpo.
 - Ganglios inflamados en cuello, axilas o ingles por más de un mes.
 - Tos seca y persistente no relacionada a fumar o a gripe.
 - Fiebre, escalofríos o sudores nocturnos sin explicación por más de un mes.
 - Diarrea continua por más de un mes, sin causa identificada.
 - Pérdida del 10% del peso corporal habitual.
 - Manchas rosadas o púrpuras, planas o elevadas en la piel, boca, nariz, párpados o recto que no desaparecen con el tiempo. Generalmente son más duras que la piel.
 - Una capa espesa y blanca en la lengua.
 - Propensión a las hemorragias, las que por ser tan poco específicas, contribuyen a que a muy pocas personas se les diagnostique clínicamente.

4. **SIDA.** Conforme la infección va progresando, van apareciendo una serie de enfermedades e infecciones debido a la baja de defensas del cuerpo hasta llegar a la etapa final. En esta etapa se desarrolla un síndrome de desgaste

físico severo, en algunas ocasiones demencia, neumonía, alteraciones neurológicas, cánceres como el Sarcoma de Kaposi o enfermedad del linfoma Hodgkin o alguna infección oportunista. Finalmente, la persona muere como consecuencia del deterioro total del sistema inmunológico causado por el VIH (Alanis, et al., 1988).

No todas las personas pasan por todas las etapas, y existen casos de individuos infectados que han persistido sin síntomas por más de 10 años. Sin embargo, la tasa de mortalidad de esta enfermedad es alta y se estima que actualmente por lo menos el 50% de las personas infectadas a muerto (Uribe, 1996).

I.3. Estadísticas actuales en el mundo y la situación de los jóvenes

Durante muchos años, se habló del SIDA como de "la epidemia invisible". Este nombre se basa en que el VIH se introduce silenciosamente en la población durante algunos años antes de que las infecciones den lugar al SIDA sintomático y sean la causa de enfermedades recurrentes y, en última instancia, de la muerte. Desde hace tiempo se puede decir que el SIDA ha dejado su manto de invisibilidad y se ha manifestado con la contundencia de sus repercusiones sociales.

Antes de mencionar las estadísticas respecto al SIDA es conveniente señalar que dado el largo periodo que transcurre entre la infección por el VIH y el desarrollo del SIDA, los estudios disponibles sugieren que al cabo de 10 años de adquirida la infección, el 54% de los infectados habrá desarrollado SIDA. Por ello, conocer el número de casos de SIDA no es un reflejo de lo que está actualmente sucediendo en la dinámica de la transmisión del VIH sino que es un indicador de lo ocurrido hace aproximadamente 10 años. Además, las curvas de las epidemias son sensibles a las variables de origen de las tabulaciones, por ejemplo, la forma de la epidemia será distinta si se toma la fecha de inicio del padecimiento, de diagnóstico, de notificación o de defunción. Usualmente, los países registran sólo casos de SIDA, y no cuantifican a las personas infectadas por VIH. A diferencia de

otros problemas de salud, se reporta el número de casos acumulados desde el primer registro que se tiene, en el que se engloba tanto a vivos como a muertos, recientes y de años anteriores. Por consiguiente, se puede concluir que los sistemas de notificación de casos de SIDA no son las mejores fuentes para determinar la velocidad de propagación o detectar cambios rápidos en la epidemia. Es conveniente que esta información se tome en cuenta cuando se hagan recomendaciones y se realicen acciones tendentes a controlar y atender la enfermedad (Del Río Chiriboga, 1994b, Izazola-Licea, Astarloa, Beloqui, Bronfman, Chequer, Zacarías, 1999).

Según estimaciones del Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA (ONUSIDA) y la Organización Mundial de la Salud (OMS) a finales de 1998 el número de personas que viven con VIH es de aproximadamente de 33. 4 millones, esta cifra indica un aumento del 10% con respecto al año anterior.

En prácticamente todos los países del mundo se han producido nuevas infecciones, no obstante, más del 95% de las personas infectadas por el VIH viven en los países llamados en desarrollo, y es en éstos en los que se ha producido el mayor número de defunciones causadas por el SIDA.

Haciendo un recuento a retrospectiva, desde el inicio de la epidemia hace unas dos décadas, el VIH ha infectado a más de 47 millones de personas. A pesar de que se trata de un virus de acción lenta que puede tardar más de una década en causar una enfermedad grave, el VIH ha ocasionado la muerte de casi 14 millones de seres humanos.

En 1998 la Campaña Mundial contra el SIDA ("La fuerza del cambio - Con los jóvenes en campaña contra el SIDA") fue dedicada a la juventud y esto fue motivado por la amenaza que representa la epidemia para las personas de menos de 25 años de edad. Se sabe que los jóvenes están siendo afectados de una forma desproporcionada por el VIH/SIDA. Aproximadamente la mitad de las

nuevas infecciones por el VIH se producen en personas de 15 a 24 años, periodo en el que la mayor parte de las personas inician su vida sexual.

En 1998 fueron infectados casi 3 millones de jóvenes por el virus, lo cual equivale a más de cinco hombres y mujeres jóvenes cada minuto del día, durante todos los días del año. Hoy sabemos que cuando las tasas del VIH aumentan en la población general, las nuevas infecciones se concentran cada vez más en los grupos de edad más jóvenes. En cierta forma, el futuro de la epidemia está en las manos de los jóvenes. Los comportamientos que adopten ahora y los que mantengan durante toda su vida sexual determinarán la evolución de la epidemia en las próximas décadas.

En distintas investigaciones se ha puesto de relieve que las personas adoptan un comportamiento sexual más seguro si disponen de la información, los conocimientos prácticos y los medios necesarios. De hecho, si se les da la opción de hacerlo, en los jóvenes es más probable que en los adultos el comportamiento de protección. En México se ha encontrado que de los jóvenes que sí usan preservativo, el grupo de 15 a 18 años tiene una mayor prevalencia comparado con otros grupos de diferentes edades que también lo emplean. No obstante, la mayoría de los jóvenes continúa siendo un sector vulnerable al VIH porque tiene poca o nula información sobre él. Los jóvenes que si tienen información en general sobre el VIH/SIDA, saben poco sobre cómo evitar la infección; los que sí tienen estos dos puntos anteriores, pueden no saber dónde obtener preservativos. Los que si tienen información sobre preservativos pueden no estar capacitados para emplearlos, algunos otros no tienen dinero para poder comprarlos, o bien pueden no atreverse a comentar el uso de los preservativos con su pareja (ONUSIDA, OMS, 1998).

Por otra parte, la adolescencia es un periodo en el que muchas personas experimentan, no sólo diferentes formas de relación sexual sino también con las drogas (Castañeda, 1999). Aparte del riesgo del VIH asociado al uso compartido

de agujas, se sabe que el alcohol y otras drogas pueden influir en el comportamiento sexual y aumentar el riesgo de que una persona contraiga el VIH. Por ejemplo, el consumo excesivo de alcohol reduce las inhibiciones, aumenta la agresión, disminuye la capacidad de uso de información aprendida acerca de la prevención del SIDA y deteriora la capacidad de tomar decisiones respecto a la protección.

De hecho, los adolescentes son ya el único grupo de consumidores de drogas en el que la prevalencia del VIH ha continuado aumentando de manera constante desde los comienzos de los años noventa. Cada día aproximadamente 7, 000 jóvenes de 10 a 24 años de edad se infectan por el VIH en el mundo, es decir, cinco jóvenes cada minuto.

El VIH/SIDA representa en la actualidad uno de los más grandes retos de las ciencias de la salud. Las estadísticas revelan un panorama sombrío, donde la mejor posibilidad de contención se centra en la educación, la cual debe dirigirse especialmente a los grupos de jóvenes, que están siendo mayormente afectados (Trujillo, García-Noriega, Villafañe, 1995).

1.4. La situación en México

Como en la mayoría de los países occidentales, los primeros casos de SIDA en México ocurrieron entre hombres de distintas nacionalidades con preferencia homosexual que radicaban en el país y que viajaban constantemente. Dado que estas personas habían tenido relaciones íntimas en naciones con altas tasas de incidencia, el SIDA en México, como en tantos otros países, se presentó como una enfermedad de origen extranjero que afectaba a los homosexuales.

El primer caso de SIDA en México fue diagnosticado en 1983, aunque el padecimiento del paciente comenzó en 1981. En este tiempo todavía no se podían anticipar las características de esta pandemia de proporciones tan severas. En febrero de 1986, debido a la rápida expansión del virus y en respuesta a una

solicitud de la OMS a sus países miembros, se creó el Comité Nacional para la Prevención del SIDA (CONASIDA). Su objetivo fue evaluar la situación nacional en lo concerniente al SIDA y a la infección por VIH, así como establecer criterios para el diagnóstico, tratamiento, prevención y control, teniendo en cuenta los recursos de salud del país (Sepúlveda y Rico, 1989).

Para poder conseguir su objetivo, CONASIDA conformó cinco subcomités:

1. Vigilancia Epidemiológica
2. Promoción de la Salud
3. Aspectos Clínicos
4. Control de la Sangre
5. Asesoría Legal

El Comité evolucionó, por la magnitud y complejidad del problema, hasta que el 24 de agosto de 1988 se transformó en un organismo desconcentrado de la Secretaría de Salud. De esta forma, surgió el Consejo Nacional de Prevención y Control del SIDA (el cual respeto las mismas siglas: CONASIDA). Fundado por decreto presidencial, este Consejo tuvo el propósito de continuar con la línea del Comité anterior y además buscó consenso en el sector salud y en los sectores sociales, público y privado, para así poder estar en posibilidades de abordar interdisciplinariamente el problema (Sepúlveda y Rico 1989).

Desde abril de 1987, el SIDA se convirtió en México en una enfermedad sujeta a vigilancia epidemiológica; la notificación de los casos tiene carácter de obligatoria e inmediata. Una de las medidas de mayor efecto epidemiológico en el combate del SIDA consistió en prohibir la comercialización de la sangre. En efecto, casi la tercera parte de la sangre en nuestro país provenía de donadores profesionales, muchos de los cuales tenían problemas de salud, incluyendo el VIH (Sepúlveda y Rico, 1989).

Los principales cambios en torno al VIH/SIDA observados en México han sido los siguientes (García-García, Valdespino-Gómez, Cruz-Palacios, 1993; Del Río Chiriboga, 1994b):

- a) Los primeros casos tenían antecedentes de ser extranjeros o de haber realizado viajes fuera del país; actualmente la transmisión ocurre mayoritariamente dentro de nuestras fronteras.
- b) Al inicio, los casos se registraron sólo en las grandes ciudades; aunque la mayoría de casos aun se concentran en las grandes urbes, ahora observamos que el problema se está extendiendo a las zonas rurales.
- c) El SIDA empezó a manifestarse en la población masculina con preferencia homosexual y ésta sigue concentrando a la mayor proporción de casos. Actualmente ha aumentado en forma rápida entre la población heterosexual de ambos sexos y en los niños. El SIDA ha pasado de la población de nivel socioeconómico alto y medio a las clases más desprotegidas. De hecho, la relación de casos entre hombres y mujeres ha pasado de 24:1 a 6:1 en 5 años.
- d) Inicialmente la transmisión sanguínea, era responsable de un número considerable de casos, ahora, gracias a las medidas adoptadas, está disminuyendo.
- e) La mayoría de los casos en niños ocurre por transmisión perinatal.
- f) La transmisión en usuarios de drogas intravenosas, aunque escasa en nuestro país, muestra una tendencia discreta hacia el ascenso.

Las primeras campañas educativas que fomentaban la prevención del VIH/SIDA en nuestro país, fueron dirigidas a personas con preferencia homosexual, prostitutas y población general, en las que se remarcaron tres formas de prevención: La práctica ideal de una relación monógama, el empleo del condón cuando no se tuviera una pareja fija y el uso de jeringas desechables (Sepúlveda y Rico, 1989).

En 1987-1988 al realizar una de las primeras campañas de prevención por el Comité Nacional para la prevención del SIDA se partió de que si se quería modificar el comportamiento, el primer paso debería ser la entrega de información; hoy sabemos que la información es una condición necesaria pero no suficiente para modificar la conducta humana. Rico, Bronfman, Del Río-Chiriboga, (1995) consideran que se ha puesto énfasis exagerado en la importancia de estar bien informado sobre el SIDA. En algunas investigaciones se ha encontrado que los niveles de conocimiento sobre SIDA no están asociados con la evitación de conductas de riesgo (Sepúlveda, y Rico, 1989; Fontes y Ponce, 1995; Villaseñor-Sierra, Caballeros-Hoyos, Hidalgo-San, Santos-Preciado, 1995).

Al realizar la evaluación de una campaña contra el SIDA reciente, se encontró que en todas las poblaciones con las que se trabajó, independientemente de sus características demográficas y socioeconómicas, había la sensación de que no disponían de la información suficiente, a pesar de que sí la tenían. Las diferentes poblaciones solicitaban más información a través de campañas masivas, como si recibir más de lo mismo equivaliera a una vacuna. Los investigadores creen que sólo entonces, cuando se sintieran saturados de información, las personas adoptarían medidas preventivas (Rico, Bronfman, Del Río-Chiriboga, 1995).

Se ha marcado énfasis en realizar investigaciones que traten de establecer apropiadamente el grado de coincidencia y de diferencia entre lo que se afirma hacer y lo que en la práctica realmente se hace respecto al control de infecciones en general y del VIH en particular (Cervantes-Mmoupome y Borges-Yáñez, 1993). No obstante, dado la dificultad que estriba en la realización de estas investigaciones podemos decir que estos estudios apenas se inician.

1.4.1 Los jóvenes mexicanos y el SIDA

En cuanto al número de infecciones por VIH, México ocupa el treceavo lugar en el mundo y tercero en el continente Americano, únicamente rebasado por Estados Unidos y Brasil. Hasta el primero de octubre de 1998, el registro nacional de casos

de SIDA cuenta con 37, 381 casos. Sin embargo, si consideramos tanto los casos que se registran con retraso, como los que aporta el subregistro (un dato estimando que se realiza a partir de los casos notificados) la cifra asciende a un total de 53, 000. Este dato contrasta con la estimación de personas infectadas en nuestro país que considera que está en un rango de 116, 000 como mínimo y de 174, 000 como máximo (SIDA/ETS, Boletín Mensual, 1998).

En la República Mexicana el mayor número de casos se concentra principalmente en las tres zonas urbanas más importantes, mencionados en orden descendente: Distrito Federal, Estado de México y Jalisco.

Si tomamos como base la cifra oficial dada hasta el primero de octubre de 1998, por el registro nacional de casos de SIDA (37, 381 casos) tenemos que el 86% de los casos son de sexo masculino y 14% del sexo femenino. Dato que presenta una razón de masculinidad de 6 a 1. Con relación a la edad, el grupo mayormente afectado es el de 15 a 34 años teniendo un porcentaje del 34%, seguido por el grupo de 34 a 44 años (24.5%), después encontramos al grupo de 0-15 años (21.8%), posteriormente está el grupo de 45 años o más (18.1%) y finalmente hay un pequeño número de casos del que se desconoce la edad (1.8%). De todos los casos reportados en el país más del 80% fueron contagiados por la vía sexual.

El estudio del SIDA en la psicología mexicana generalmente ha sido abordado desde la psicología social y particularmente desde la teoría de las actitudes. Diversos estudios se han centrado en promover un cambio de actitud como una estrategia planteada para la lucha contra el SIDA, principalmente se ha intentado conocer patrones de comportamiento (de riesgo y de rechazo entre otros) y posteriormente modificarlos. Sus poblaciones han sido mayoritariamente jóvenes estudiantes porque se justifica que puedan tener más riesgo de un posible contagio y con trabajadores de la salud con la intención de promover una mejor atención y trato a personas con esta enfermedad (Ruiz-Badillo, Magis-Rodríguez, Ortiz-Mondragón, Bronfman-Pertzovsky, 1995).

Al estudiar las actitudes hacia el SIDA, se ha encontrado que este síndrome evoca asociación con sexo, sangre, drogas y muerte. Los investigadores piensan que estos datos contribuyen a reforzar la estigmatización hacia la enfermedad como tal y hacia los enfermos. Se piensa que la gente con SIDA tiene su merecido castigo por presentar una conducta inmoral y ofensiva pudiendo ser debido a una conducta homosexual o bien por tener relaciones extramaritales (Flores-Galaz, Díaz-Loving, 1992). Esto puede ser un indicador de que gran parte de la sociedad ha enjuiciado ética y moralmente a las víctimas, olvidándose de que en realidad la enfermedad es provocada por un virus específico, no por las múltiples alternativas que surgen durante el ejercicio de la sexualidad (Reyes-Lagunes, 1990).

1.5. El SIDA un evento psicosocial

El SIDA es una enfermedad que como tal presenta un plano biológico y un plano psicosocial. En el segundo, el SIDA ha afectado a las personas más radicalmente que ninguna otra enfermedad de los tiempos modernos. En un pasado lejano, sólo la peste y la sífilis tuvieron consecuencias de envergadura comparable.

En el libro *La enfermedad y sus metáforas*, Susan Sontag (1977) dice que basta ver a una enfermedad cualquiera como un misterio, y temerla intensamente, para que se vuelva moralmente, sino literalmente, contagiosa y en efecto el SIDA encierra varios misterios, no sólo en cuanto su origen y diversos aspectos médicos sino, sobre todo, por las implicaciones futuras que tendrá sobre la humanidad (Sepúlveda y Rico, 1989).

El misterio que envuelve a la enfermedad y el hecho de que para fines prácticos se trate de una enfermedad de transmisión sexual han determinado, por una parte, que esté rodeada de mitos sobre su contagiosidad, y por otra, explican el afán que ha existido, primero por negar el fenómeno, y después por buscar culpables y estigmatizar poblaciones. Esta reacción se ha visto en otras epidemias (como la peste, la viruela, la sífilis e incluso la influenza) que históricamente han favorecido

respuestas sociales basadas en inculpar a los “desviados”, como responsables de la diseminación del mal. Sin embargo, no hay que olvidar que el culpar a otros puede ser, en sí mismo, un proceso psicológico contagioso, que conduce a la persecución (Sepúlveda y Rico, 1989; Goffman, 1963).

I.5.1 La estigmatización del SIDA

El SIDA no sólo afecta al paciente, a sus familiares y amigos sino que a demostrado tener efectos significativos sobre toda la sociedad. En 1987, el comisionado de salud de la ciudad de Nueva York dijo: ya no podemos pensar en el SIDA solamente como un problema de salud pública; debemos comenzar a considerarlo como un fenómeno social. Ciertamente ya no se pueden pasar por alto los aspectos socioculturales, económicos, educativos y políticos en la prevención y atención del SIDA; así como tampoco se pueden dejar de lado los efectos psicosociales negativos que ocasiona: estigmatización, hostigamiento y rechazo.

Si tomamos en cuenta el inicio de esta enfermedad no resulta difícil comprender el estigma asociado al SIDA. Desde que se descubrieron los primeros casos de SIDA en varones con preferencia homosexual y se comprobó que una forma de transmisión es por vía sexual, la enfermedad fue fuertemente estigmatizada. Posteriormente, se presentaron casos en personas con adicción a las drogas intravenosas, que intercambiaban jeringas sin esterilizar, por lo que el estigma se fortaleció. La homosexualidad y la drogadicción que ya desde hace mucho tiempo eran mal vistas por la cultura occidental tenían un nuevo significado: enfermedad que produce muerte. Finalmente, empezaron a aparecer otros afectados: hombres bisexuales, receptores de transfusión sanguínea, hemofílicos, las parejas sexuales de los pacientes y algunos de sus hijos.

Al poco tiempo se clarificó la existencia de las vías de contagio del VIH que podían afectar a cualquier persona, no obstante, parece que en este momento la sociedad

ya había hecho su juicio respecto a quienes eran los responsables y los únicos afectados por la epidemia.

En juzgados de diversos países se han presentado testimonios de la emoción que se siente frente a la crueldad del SIDA. Por ejemplo en el proceso de una sentencia, justificando la importancia de una indemnización concedida a una persona contaminada por transfusión, el tribunal de apelaciones de París subraya, en julio de 1989, que los efectos sociales y psicológicos del SIDA afectan profundamente la conciencia colectiva. Ésta, según la sentencia, se enfrenta a un fenómeno que suscita reacciones irracionales, a tal punto que los enfermos son marginados o excluidos de la vida social e incluso familiar (Grmek, 1989).

La estigmatización del SIDA que encontramos en la población común también alcanza a los trabajadores y profesionales del campo de la salud. En investigaciones se ha encontrado que el conocimiento sobre el agente causal, vías de transmisión y cuidados preventivos sobre el SIDA son superiores a los conocimientos de otras enfermedades infecciosas. Sin embargo, la actitud de protección al enfermo con SIDA por parte del personal de salud varía en forma importante en diferentes grupos y esto puede tener relación con prejuicios y valores de la persona más que el grado de conocimientos y de información (García, Marquez, Barriguete, Valencia, Vilana, Salinas y Ponce de León, 1988).

En contacto directo con los pacientes afectados por el SIDA, los médicos, psicólogos, trabajadores sociales, equipo de enfermería y demás personal que trabaja en el área de la salud se encuentran con frecuencia frente a problemas graves, tanto de orden práctico como relacionados con principios deontológicos. Estos problemas exigen a la vez soluciones inéditas y acordes con la dignidad humana y con las altas tradiciones de responsabilidad de los profesionales de la salud (Grmek, 1989).

Ante la aparición de una nueva enfermedad como el SIDA, los grupos sociales buscan una explicación. Generalmente el origen del "mal" se deposita en el exogrupo dejando para el endogrupo la parte de lo familiar. Tal vez por que al depositar el "mal" en los otros, los de afuera, los que no soy yo, la persona y el grupo se ven liberados automáticamente de responsabilidad y de la preocupación por la posible adquisición del virus. Esta forma de reaccionar que tienen los grupos, en el caso del SIDA se hace más fuerte porque en diversos países se le ha visto como una enfermedad extranjera, que viene de afuera. Los Estados Unidos culpan a África y viceversa. Lo que es seguro es que si se vive un proceso de negación del posible riesgo al contagio se hace sumamente difícil el cambiar un determinado comportamiento que expone a las personas a contraer la enfermedad.

Algunas de las posibles explicaciones sobre los fenómenos psicosociales negativos que ocurren en relación con esta enfermedad tienen que ver con que despierta temor. La gente piensa que fácilmente puede contagiarse, incluso en el contacto cotidiano, y saben que la enfermedad los llevará a la muerte. También el SIDA se asocia directamente con la esfera polémica de la sexualidad y más concretamente se ha vinculado a una vida sexual desordenada e incluso anormal o enferma. Este dato, que contribuye a acentuar su dimensión negativa, puede deberse a los primeros grupos en los que se presentó y al manejo que los medios dieron en su inicio.

Además, se sabe que culturalmente existe un marcado rechazo hacia los líquidos corporales (sangre, sudor, semen, orina, saliva) por considerarlos contaminantes; y efectivamente las tres vías de contagio son mediante líquidos corporales: la sangre, el semen, las secreciones vaginales y la leche materna son vías de transmisión del VIH (Castro, 1989).

El SIDA ha provocado una respuesta social intensa donde quiera que se ha presentado. Esta respuesta ha sido muy diversa. En un principio, hubo quienes

llegaron a proponer el marcaje distintivo e indeleble de los portadores del virus. Sin embargo, en términos generales, se ha ido cambiando de una reacción violenta y persecutoria hacia los grupos que se consideraban al inicio de la epidemia como los únicos responsables, a una más comprensiva e informada. Desafortunadamente siguen existiendo grupos, organizaciones sociales y personas que consideran al SIDA como una enfermedad denigrante, producto de un comportamiento aberrante, y que por ende los afectados, merecen su suerte (Sepúlveda y Rico, 1989).

A este respecto se han realizado investigaciones que demuestran que en los países industrializados, la mayoría de los casos de SIDA se asocian con personas homosexuales, o con prácticas de drogadicción intravenosa. Puesto que ambas acciones son consideradas como reprobables, muchos de quienes las condenan encuentran justificado que sus practicantes adquieran SIDA, y mueran en consecuencia. Con base en este razonamiento, se divide a los enfermos en "culpables", es decir, aquellos que adquieren el virus por ejercer su sexualidad o por utilizar drogas intravenosas, y en "víctimas inocentes", quienes lo contrajeron por vía perinatal, o por transfusión de sangre o hemoderivados infectados (Sepúlveda y Rico, 1989).

En México, las investigaciones indican que el SIDA se sigue viendo como una enfermedad propia de los homosexuales y de otros individuos considerados como sexualmente promiscuos o socialmente indeseables (Rico, Bronfman, Del Río-Chiriboga, 1995). Parece ser que el hecho de que al inicio de la pandemia se le haya catalogado como una enfermedad de ciertos grupos, principalmente de homosexuales y drogadictos, le facilitó a las demás personas negar la posibilidad de contagio (Reyes-Lagunes, 1990). Popularmente se percibe que el SIDA sólo afecta a otros, a los demás, sobre todo al degenerado, al adúltero, a la prostituta o al libertino. Todavía no se percibe como un problema que puede afectar a mis seres queridos o a mí mismo, lo cual lo convierte en un tema difícil de abordar, llegando a ser considerado de "mal gusto", lo que ocasiona que sea un tema que

se evite. Esto podría ser un indicador de que la sociedad aún evade, después de veinte años, su compromiso y su responsabilidad en la prevención del SIDA (Plascencia, Ruiz, Ornelas y Monroy, 1992) y continua enjuiciando ética y moralmente a la enfermedad por las características de sus víctimas y no la visualiza como el resultado de un virus particular (Reyes-Lagunes, 1990).

En la actualidad las personas infectadas por el VIH y los enfermos de SIDA siguen percibiendo el estigma de la población general. Éste se expresa en una mirada de menosprecio, en la negativa de la familia o los amigos a visitarles, cuidarles e incluso tocarles, en el maltrato de sus hijos o en la pérdida de su trabajo por un pretexto banal. También se han observado reacciones como negación de la atención médica, rechazo escolar o laboral, la obligatoriedad de las pruebas de detección en ámbitos educativos y laborales. Todas estas conductas han favorecido la clandestinidad y el ocultamiento de las personas infectadas por el VIH, alejando a los afectados de las instituciones encargadas de su prevención y control (Uribe, 1996).

Es por lo anterior que el estigma constituye un obstáculo muy real tanto para la prevención como para la asistencia. En países gravemente afectados por la pandemia, los funcionarios de la administración y los ciudadanos ordinarios a menudo continúan rehuendo la cuestión a causa del rechazo, la discriminación y la vergüenza que se asocian al SIDA. Esta situación justifica que la protección y defensa de los derechos humanos sea un punto central de las acciones en la lucha contra el SIDA (Uribe, 1996).

Los acontecimientos de los últimos años muestran hasta qué punto la pandemia del SIDA ha sido reveladora de intolerancias sociales. Sin embargo, si esta enfermedad, como la lepra en la antigüedad, provoca una situación de rechazo social, también representa para el hombre del siglo XXI una escuela de respeto al otro y una prueba de madurez social (Grmek, 1989).

Considerando la información descrita se puede afirmar que el SIDA ya ocupa un lugar importante como fenómeno psicosocial porque en primer término ataca las defensas inmunológicas del organismo, después perturba las relaciones sexuales y finalmente envenena las relaciones sociales de manera inédita, más sutil y más insidiosa que la lepra medieval, que la sífilis renacentista o la tuberculosis de los comienzos de la era de las máquinas. En el libro titulado *La enfermedad y sus metáforas* (1977) la autora norteamericana Susan Sontag muestra como la sensibilidad de cada época histórica privilegia una enfermedad. No se trata de la enfermedad más común ni de la que causa la mayor cantidad de muertes. En los momentos en que Sontag escribía, el cáncer había reemplazado a la tisis pulmonar y en pleno siglo XX fascinaba a la imaginación, convirtiéndose en un tabú. No obstante, al cáncer le faltaban algunos ingredientes para llegar a ser la metáfora ideal de la sociedad que desde la segunda mitad de los años sesenta nacía en medio de grandes convulsiones sociales. Ahora ya tenemos la enfermedad metáfora que, por sus asociaciones con el sexo, la sangre, las drogas, la muerte, y por su presencia mundial, por la sofisticación de su evolución y de su encubierta estrategia, expresa nuestra época (Grmek, 1989).

CAPÍTULO II TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES

La teoría de las representaciones sociales constituye tan sólo una manera particular de enfocar la construcción social de la realidad. Pero este enfoque presenta la gran ventaja de situarse en un punto que conjuga por igual la toma en consideración de las dimensiones cognitivas y de las dimensiones sociales de la construcción de la realidad, haciendo patente de esta forma su perfecta sintonía con la evolución histórica de la psicología social.

Tomás Ibáñez

II.1. Antecedentes

El concepto de representación social es una aportación del psicólogo Serge Moscovici (1976), sin embargo, los orígenes de este concepto se remontan a la disciplina sociológica, particularmente a las nociones teóricas desarrolladas por Émile Durkheim.

Durkheim (1895) sostenía que la vida social estaba completamente constituida por representaciones. Señaló dos tipos: las colectivas y las individuales. Su distinción estriba en que las representaciones colectivas son un fenómeno social que da origen a las representaciones individuales. Estas últimas tienen un carácter personal y una existencia sólo en el aquí y el ahora del sujeto. Para este sociólogo francés, es la sociedad quien proporciona en forma de representaciones colectivas elementos para conformar la realidad de las personas, siendo entonces las representaciones individuales únicamente una expresión particularizada y adaptada de las colectivas.

Durkheim no sólo consideraba que los fenómenos individuales y colectivos merecen un análisis distinto, sino que fue más allá y extrapoló esta diferencia al terreno de la psicología y de la sociología, depositando el estudio de orden individual en la primera y los fenómenos de orden colectivo en la segunda. Al mismo tiempo, declaraba la realidad social como independiente de la psicología individual. No obstante, la escuela francesa de representaciones sociales considera que con este señalamiento Durkheim contribuye a fundar una Psicología Social Sociológica, ya que en su obra *Las reglas del Método Sociológico*, señala: "cabe preguntarse si las representaciones individuales y las representaciones

colectivas, no se asemejan, sin embargo, en el hecho de ser unas y otras igualmente representaciones; y si, a consecuencia de estas semejanzas, no tendrán ambos reinos algunas leyes abstractas comunes.” (Durkheim, 1895, p.17).

De esta forma se establece, ya desde este momento, que para allanar el camino al estudio de las representaciones sociales es necesario y preciso ir más allá de una psicología puramente individualista y entrar en un terreno que una a la psicología social con la sociología.

A pesar de este avance en la elaboración conceptual de las representaciones sociales, la propuesta de Durkheim quedó mucho tiempo olvidada en la psicología social y es en el campo antropológico donde se encuentra una tradición de estudios de estos fenómenos, tales como los mitos, los repertorios lingüísticos y los diversos sistemas conceptuales de las sociedades llamadas primitivas, ya se trate de antiguos estudios del pensamiento mágico religioso o de los más recientes referentes a las taxonomías médicas o botánicas de la etnociencia (Herzlich, 1975).

Es después de la Segunda Guerra Mundial, cuando en Francia se desarrolla una escuela de investigación sobre las representaciones sociales que se opone críticamente al carácter puramente individualista de las investigaciones de ese momento que tienen como paradigma a la corriente positivista que sólo considera relevante aquello que se puede observar, cuantificar y reproducir experimentalmente.

Robert M. Farr da testimonio del contraste existente entre la nueva escuela francesa de representaciones sociales y la escuela de psicología social dominante, cuando expresa: “la investigación francesa moderna sobre representaciones sociales puede ser calificada con exactitud como una crítica sólida del carácter puramente ‘psicológico’ de gran parte de la teoría y la investigación estadounidense sobre actitudes y opiniones” (1983, p. 641).

El nacimiento y propuesta de la escuela de representaciones sociales queda establecido con Moscovici en el año de 1961 cuando presenta su tesis doctoral. No obstante, este trabajo es reelaborado durante quince años por el autor y desemboca en un libro titulado *La Psychanalyse, son image et son public*, donde expone sus investigaciones, realizadas en los años cincuenta y sesenta, sobre el contenido de la representación social del psicoanálisis en la sociedad francesa (Moscovici, 1976).

Además de la influencia de Durkheim en la noción de representación social, Moscovici ha reconocido otras tres influencias teóricas que lo indujeron a plantearse la teoría de las representaciones sociales: los estudios sobre las funciones mentales en sociedades ágrafas de Lucien Lévy-Bruhl; las aportaciones de Jean Piaget en torno a la representación del mundo en los niños y las teorías de Sigmund Freud sobre sexualidad infantil. Es así como la teoría de las representaciones sociales tiene influencia de teorías sociológicas, antropológicas, psicológicas y psicoanalíticas (Banchs, 1994).

II.2. El concepto de representación social

Desde que surge el primer material de las representaciones sociales hasta evolucionar y consolidarse en una de las teorías más difundidas en la psicología social europea, hay bastante camino. Iniciaremos por abordar el concepto de representación social, no sin antes considerar el aviso que el propio Serge Moscovici nos da en su obra capital "Si bien la realidad de las representaciones sociales es fácil de captar, el concepto no lo es" (Moscovici, 1976, p. 27).

Dos de las principales razones en que radica la dificultad del concepto de representación social se exponen a continuación. Primero, el concepto de representación social es un *concepto híbrido*, ya que es producto del cruce de dos distintas disciplinas, donde confluyen nociones sociológicas, tales como la cultura y la ideología, y nociones de procedencia psicológica, tales como la imagen y el

pensamiento. Así, el concepto de representación social se ve marcado por los rasgos peculiares de la psicología y de la sociología, ubicándose estratégicamente en la intersección de ambas, lo cual lo convierte eminentemente en un concepto psicosociológico. Segundo, el concepto de representación social presenta una *composición polimorfa*, ya que recoge e integra en sí toda una serie de conceptos menores que conjugan elementos de muy distinta naturaleza, tales como: procesos cognoscitivos, inserciones sociales, factores afectivos, sistemas de valores, creencias y actitudes, que lo convierten en un *concepto marco* que apunta hacia un conjunto de fenómenos y de procesos, más que hacia objetos claramente diferenciados o hacia mecanismos plenamente definidos (Ibáñez, 1988).

Para exponer una visión global de la representación social se mencionarán distintos acercamientos al concepto y, de esta forma, se intentará ir acotando las características que lo definen.

La palabra "representación" la podemos encontrar, si se le pretende rastrear en la historia filosófica, en los escritos de Hegel, Marx, Schopenhauer, Nietzsche, Heidegger, entre otros. (Lefebure, 1980). En la psicología clásica designa el contenido concreto de un acto de pensamiento. El acto de representar se refiere al hecho de hacer presente en la mente algo, sustituir a, o estar en lugar de, ya sea un objeto, una persona, un acontecimiento, o una idea.

Con la intención de ser más específicos diremos que la representación que se hace de un determinado objeto es necesariamente distinta del objeto mismo, a pesar de que se desarrolla a partir de él. Es decir, para que una representación se logre consolidar como tal, uno de los requisitos indispensables es la desaparición del objeto concreto. Pero esta desaparición no puede, ni debe ser total, pues tiene que haber una correspondencia, aunque no en forma lineal, entre el objeto y su representación, de tal forma que no estamos hablando de un proceso de simple reproducción sino de un mecanismo de auténtica construcción (Ibáñez, 1988).

El mismo Moscovici hace una distinción entre el presentar y el representar. El presentar implica que un concepto o idea no haya sido expuesto, siendo por primera ocasión articulado. En cambio, el representar implica volver a repetir y ordenar algo que ya había sido presentado y ordenado por alguien en algún determinado lugar. Al representar un objeto o concepto se reconstruye, ya que se repiensa y se rehace a nuestro modo concreto (Moscovici, 1976).

Para Flores (1993), una representación únicamente será social si es compartida por un grupo y si es además elaborada por éste, con el fin de clasificar al objeto al que se refiere y explicar sus características para incorporarlo a su realidad social.

Hasta aquí tenemos la explicación de qué es una representación y cuándo es social; ahora pasaremos a definiciones propias del concepto de representación social. Quizá una de las explicaciones más populares acerca de este concepto es la propuesta por Denise Jodelet:

“La noción de representación social [...] antes que nada concierne a la manera cómo nosotros, sujetos sociales, aprehendemos 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 o lejano. En pocas palabras, el conocimiento *espontáneo, ingenuo* que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ese que habitualmente se denomina *conocimiento de sentido común*, o bien *pensamiento natural*, por oposición al pensamiento científico. Este conocimiento se constituye 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. De este modo, este conocimiento es, en muchos aspectos, un *conocimiento socialmente elaborado y compartido*. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y

con otras personas, situarnos respecto a ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo [...]” (Jodelet, 1984, p. 473).

Esta definición nos ayuda, sin duda, a hacernos una idea sobre el tema, no obstante, conviene presentar a otros autores, con otras contribuciones, para así tener una visión más precisa del concepto de representación social.

Di Giacomo (1981, 1987) define a las representaciones sociales como modelos imaginarios de evaluación, de categorización y de explicación de las realidades entre sujetos sociales, particularmente entre grupos, que conducen hacia normas y decisiones colectivas de acción. Con esto, las representaciones tienen una importancia fundamental en cuanto a la manera en la que se desarrolla una interacción. Para este mismo autor una representación social tiene que tener un carácter estructurado por lo que todo conjunto de opiniones no constituye sin embargo una representación social, siendo el primer criterio para identificar una representación social el estar estructurada.

El hecho de que las representaciones sociales estén estructuradas nos indica también que no tiene por qué existir una representación social por cada objeto en el que podamos pensar. Puede ser que un cierto objeto tan sólo dé lugar a una serie de opiniones y de imágenes relativamente inconexas, lo cual nos conduce a lo siguiente: no todos los grupos o categorías sociales tienen que participar de una representación social que les sea propia, es posible que un grupo tenga una representación social de un objeto y que otro grupo se caracterice sólo por disponer de un conjunto de información, opiniones o de imágenes acerca de ese mismo objeto, sin que esto suponga la existencia de una representación social.

Para Ayestarán, De Rosa y Páez (1987) la representación social es una estructura cognoscitivo-afectiva construida y compartida por la colectividad que fusiona en sí lo percibido y lo contextualizado a partir de la activación del conocimiento previo, incorporando aspectos figurativos, generando una nueva forma de pensamiento,

produciendo un efecto de realidad inmediata que sirve para procesar y organizar la información, permitiendo la comunicación, la orientación de las conductas y guiar las interacciones. Además, agregan estos autores, las representaciones sociales tienen un carácter autónomo y creativo por lo que se consideran una forma de pensamiento social.

Para otros investigadores entre los que encontramos a Herzlich (1975), Farr (1983) e Ibáñez (1988), las representaciones sociales son ante todo "productos socioculturales". Es decir, estructuras significantes que emanan de la sociedad y que nos informan, por lo tanto, sobre las características de la misma sociedad. Por lo que el estudio de los contenidos concretos nos permite aproximarnos a las características de una cierta sociedad en un momento preciso de su historia.

Para Moscovici (1976) las representaciones sociales son a la vez, pensamiento constituido y pensamiento constituyente. En tanto que pensamiento constituido, se transforman en productos que intervienen en la vida social como estructuras preformadas a partir de las cuales se interpreta la misma realidad. Y son estos productos los que nos dan a conocer los rasgos específicos de la sociedad en que han surgido. En tanto que pensamiento constituyente, la representación social no sólo refleja la realidad sino que interviene en su elaboración, es decir, constituye en parte al objeto que representa. No es el reflejo interior, situado en la cabeza de las personas, sino un factor constitutivo de la propia realidad.

Tomás Ibáñez (1988) retomando las aportaciones Moscovicianas agrega que las representaciones sociales son a la vez un producto y un proceso. Son un producto porque en cierta forma las personas tienen un contenido incluido en su propio pensamiento, originado a su vez por el pensamiento social del grupo. Pero cuando las representaciones sociales integran a las innovaciones, modificándolas, y viéndose a su vez, modificadas por ellas, no están actuando como un producto acabado y estático, sino como un mecanismo que está en construcción, es decir, como un proceso. Entonces, las representaciones sociales son siempre un

producto y un proceso de forma simultánea, siendo tan sólo la focalización selectiva de nuestra atención quien la convierte en uno u otro.

Serge Moscovici (Citado en Kaës, 1968, pp. 24-25) define las características de la representación social de la siguiente manera: "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, por lo que la representación hace posible el intercambio entre la percepción y el concepto. De esta manera, el objeto del concepto puede ser tomado como objeto de una percepción o el contenido de un concepto puede ser percibido [...]"

Además, agrega que la representación social está 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.

Posteriormente, Farr y Moscovici (1984) complementan la información diciendo que las representaciones sociales son sistemas cognoscitivos con una lógica y un lenguaje propios, no sólo representan opiniones acerca de, imágenes o actitudes hacia, sino que son teorías o ramas de conocimiento para el descubrimiento y organización de la realidad. En este sentido, las representaciones sociales tienen una estructura y dinámica propias que las llevan a adquirir el valor de fenómeno y no de un mero concepto. En otras palabras, las representaciones sociales se refieren al conocimiento espontáneo o ingenuo que se ha denominado conocimiento del sentido común, y se trata de un conocimiento práctico que participa activamente en la construcción social de nuestra realidad. Dicho conocimiento se construye a partir de las experiencias de los individuos y de la información que recibe en el medio en que se desenvuelve, de tal forma que resulta ser un conocimiento socialmente elaborado y compartido. A partir de este conocimiento, el individuo se explica el universo en el que vive, los fenómenos que ocurren y los sucesos de la vida cotidiana en que participa. Pero también enfrenta

y construye situaciones novedosas como podrían ser aquéllas que se generan en el conocimiento científico.

En conclusión, el concepto de representación social se presenta como un concepto marco, polifacético, difícil de condensar en pocas palabras pero de ninguna manera confuso, aunque plantea por su misma naturaleza un problema a nivel de traducción en forma de técnicas operativas de investigación. Aún con esta limitación, finalizaremos este apartado, con una afirmación de Moscovici (1976) quien nos dice que las representaciones sociales "constituyen una organización psicológica, una forma de conocimiento que es específica de nuestra sociedad y que no es reductible a ninguna otra forma de conocimiento" (en Ibáñez, 1988, p. 35).

II.3. Representaciones sociales y representaciones colectivas: nuevas propuestas que las separan

Desde que Moscovici (1976) anunció que había retomado la noción de representación colectiva de Durkheim para elaborar su noción de representación social, se desató la polémica entorno a la originalidad de su propuesta. Algunos autores veían que la noción de representación social era sólo una nueva forma de nombrar al concepto anterior. Hasta el día de hoy la polémica continúa.

Cuando Moscovici (1988) contesta a la crítica efectuada por Jahoda (1988), elabora tres modalidades de representaciones sociales que pretenden demostrar el carácter social de las mismas.

1. Representaciones sociales hegemónicas. Son las compartidas por todos los miembros de grupos altamente estructurados. Predominan, de manera implícita, en las prácticas simbólicas o afectivas. Parecen uniformes y coercitivas. Por su carácter homogéneo pueden encubrir a otras representaciones allí presentes, como en el juego de figura fondo.

2. Representaciones sociales emancipadas o autónomas. Son el resultado de la circulación del conocimiento y de las ideas de grupos que mantienen contacto. No expresan un carácter homogéneo sino una cierta autonomía con respecto a los segmentos que las producen.
3. Representaciones sociales polémicas. Surgen en el conflicto y en la controversia social y no crean unanimidad en la sociedad. Son el producto de relaciones antagónicas entre grupos, excluyéndose mutuamente. Pueden ser elementos de cambio en las representaciones hegemónicas.

Estos tres tipos de representaciones también nos pueden servir para subrayar la transición del concepto de representación colectiva como una visión uniforme y atemporal hacia una visión diversificada de la representación social que se sitúa como un fenómeno propio de nuestra actual realidad (Arruda, 2000).

La primera modalidad, las representaciones hegemónicas, aunque son las más similares al concepto de Durkheim, se contraponen a él puesto que es portadora de una génesis y un carácter social explícito. Aunque aparentan letargo y estabilidad sufren lentas transformaciones que las van alterando y haciendo derivar en otras, bajo la influencia de condiciones históricas, sociales, políticas, económicas y culturales. Esto quiere decir que tales modificaciones pasan muchas veces por disputas que se dan entre representaciones polémicas de grupos antagónicos, y el trabajo permanente de las representaciones emancipadas, para metabolizar lo real y tomarlo como material asimilable.

Las representaciones hegemónicas tienden a ser más estables pero no son inamovibles, solamente que sus modificaciones se dispersan a lo largo de un periodo más extenso que nuestro corto espacio de vida. Dichas representaciones poseen cierta flexibilidad y a pesar de estar presentes en todos los integrantes de las sociedades adquieren matices tenuemente distintos según los grupos que las expresan. Las representaciones polémicas, se podrían interpretar como una radicalización de estos matices en la medida en que se va a contraponer a la

representación hegemónica y otorgan al grupo una identidad y cohesión por la intermediación de su expresión.

Las minorías activas son las portadoras de las representaciones polémicas, al navegar contra corriente del pensamiento y prácticas hegemónicas, provocan, entre otros actores, el cambio de mentalidad. Son movimientos que preanuncian el mañana. Las representaciones polémicas van difundiendo su interpretación y comprensión de los hechos y ocasionan que se gesticione un nuevo sentido común, al difundirse por diversos medios continúan con el camino interminable de su retraducción en nuevas representaciones emancipadas (Arruda, 2000).

La idea de distintas modalidades de representación social también es considerada por Garnier (1999a y 1999b). La autora plantea dos nuevas ideas que actualmente está desarrollando. La primera se aplica a la estructuración de la representación social de un objeto complejo que dependerá de muchas otras representaciones de objetos constitutivos. La segunda concierne a la articulación de muchas representaciones de diferentes objetos sociales que mantienen entre ellas relaciones a fin de constituir un sistema representacional que las conectaría a manera de red.

Una aportación más que enriquece a la teoría de las representaciones sociales y que es útil para distinguirla de las representaciones colectivas, es considerarlas como un sistema que puede manifestarse en lo cognoscitivo, en lo discursivo y en las prácticas. Estos tres ámbitos permiten el acceder a distintos niveles en los que se pueden detectar las representaciones sociales y si bien generalmente hay un vínculo entre ellos también puede suceder, dependiendo del tipo de objeto social y del grupo en cuestión, que exista una cierta autonomía (Flores, 1997).

Un último aspecto que habría que considerar es que las representaciones sociales al ser parte de un entorno social simbólico tienen dos componentes interdependientes: lo social y lo individual. Dichos componentes son rasgos

fundamentales de todos los fenómenos socioculturales institucionalizados (por ejemplo los idiomas, los paradigmas científicos o las tradiciones). El concepto de interdependencia mutua entre los aspectos sociales e individuales de los fenómenos socioculturales institucionalizados se remonta filosóficamente al Expresivismo del siglo XVIII. En las ciencias sociales se desarrolló durante el siglo XIX, sobre todo como parte del relacionismo dentro de la lógica de Hegel (Marková, 1996).

Los autores sociales que operan mentalmente dentro del paradigma de la ciencia social pre-Hegelianas tienen dificultades con el concepto de interdependencia mutua entre lo social y lo individual, manejando lo social como independiente de lo individual. Dentro de este grupo de autores encontramos a Durkheim quien, al trabajar principalmente en un marco de referencia Kantiano, definió a las representaciones sociales como independientes de las representaciones individuales (Marková, 1996).

Este dato lo podemos constatar cuando Durkheim (1895) designa a la sociología como la encargada de abordar el estudio de las representaciones colectivas y reserva para la psicología el atender la dinámica de las representaciones individuales, declarando la realidad social como independiente de la realidad individual.

A manera de conclusión de este apartado podemos mencionar que las representaciones sociales de Moscovici son mucho más fluidas y dinámicas que las representaciones colectivas de Durkheim (Farr, 1983).

II.4. Formación de las representaciones sociales

Apoyado en las aportaciones de la filosofía de la ciencia, Moscovici (1976), retoma planteamientos de Berger y Luckmann (1966), teóricos pioneros de la construcción social de la realidad, y desarrolla dos mecanismos básicos por medio de los cuales se constituye una representación social: la objetivación y el anclaje.

Vale la pena señalar que la objetivación y el anclaje son nociones que a pesar de que fueron elaboradas al patentarse el concepto de representación social, han acompañado al desarrollo de la teoría hasta la actualidad, por lo que es común encontrarlos tanto en referencias clásicas (Moscovici, 1976, Jodelet, 1984, Ibáñez, 1988) como en las más recientes (Wagner y Elejabarrieta, 1998; Uribe, Silva, Acosta, Juárez, 2000; Flores, 2001).

La objetivación: lo social en la representación

Para Moscovici objetivar es reabsorber un exceso de significados materializándolos (Moscovici, 1976). Jodelet (1984), desarrollando esta noción, afirma que la objetivación proviene de la transformación de los diversos contenidos conceptuales relacionados con un objeto para que pueda adquirir una estructura que permita su agenciamiento. Es el mecanismo por el cual lo abstracto se torna concreto, los conceptos se materializan, formándose imágenes organizadas en estructuras. Son estas imágenes las que ayudan a que las personas tengan una visión más concreta, dejando a un lado las ideas abstractas, y surgiendo elementos figurativos más accesibles que se traducen en formas icónicas.

La objetivación presenta tres fases distintas pero íntimamente relacionadas: a) la construcción selectiva, b) la esquematización estructurante y c) la naturalización.

a) La construcción selectiva es el proceso mediante el cual los distintos grupos sociales, y los individuos que los integran, se apoderan de informaciones y conocimientos sobre ciertos objetos. Esta apropiación consiste en una especie de "filtrado", por medio del cual se seleccionan y retienen ciertos elementos de la información que proviene del medio, rechazando otros que pasan desapercibidos o se olvidan rápidamente. La selección de las informaciones que circulan se efectúa mediante criterios culturales (todos los grupos no tienen igual acceso a las informaciones) y, sobre todo, en función de criterios normativos (tan sólo se

retiene aquello que concuerda con el sistema ambiente de valores). Los elementos que son retenidos sufren un proceso de descontextualización de su fuente original, transformándose, reorganizándose para que puedan embonar en las estructuras de pensamiento ya constituido en y por el sujeto. Esta explicación nos acerca a un concepto bastante similar que fue descrito por Jean Piaget bajo el nombre de asimilación (Ibáñez, 1988).

b) La esquematización estructurante. Los diversos elementos de la información que han sido seleccionados, y convenientemente adaptados, a través del proceso de apropiación, aquí se tornan claves para organizar y para proporcionar una imagen del objeto representado suficientemente coherente y fácilmente expresable. A dicha imagen se le ha denominado núcleo o esquema figurativo. Una estructura de imagen reproducirá de manera visible una estructura conceptual. Para Abric (1976, citado en Fiores 1993, p. 54) es el verdadero núcleo dinámico de la representación, porque es aquí donde el discurso se estructura y objetiva en un esquema de pensamiento coherente, sintético condensado y ya conformado por imágenes, con lo que la representación social se manifiesta desde una interacción compleja, simbólica e imaginaria, que el sujeto construye con el objeto.

En la fase de **c) naturalización**, el núcleo o esquema figurativo ya elaborado de la representación social se naturaliza a través de una expresión directa de los conceptos y desarrolla categorías sociales de lenguaje que pretenden traducir la realidad. Pasa a formar parte del sentido común, que permite organizar, de una forma coherente, la construcción de lo existente, de lo real. El núcleo o esquema figurativo, utilizado como si realmente demarcara fenómenos, adquiere un estatus de evidencia para las personas.

De esta manera queda manifestado que mediante el proceso de objetivación se transforma un esquema desestructurado, sin orden, en una categoría estructurada

que permite comprender y articular un esquema abstracto en algo natural y concreto.

Este modelo revela la tendencia del pensamiento social a proceder por medio de la construcción estilizada, gráfica y significativa. Dicha construcción al ser selectiva es subordinada a un valor social, se convierte en un conocimiento elaborado para servir a las necesidades, valores e intereses del grupo. Además, ciertos elementos del fondo cultural presente en el universo mental de los individuos y de los grupos pueden ser movilizados en la actividad de estructuración y destacar a título de referentes ideológicos o modelos socioculturales (Jodelet, 1984).

La estabilidad del núcleo o esquema figurativo, la materialización y especialización de sus elementos les confieren el estatus de marco e instrumento para orientar las percepciones y los juicios en una realidad construida de manera social. Y otorga sus herramientas al anclaje, segundo proceso de la representación social.

El anclaje: la representación en lo social

Así como no surge de la nada, la representación no se inscribe sobre una tabla rasa, sino que siempre encuentra algo que ya había sido pensado. El mecanismo de anclaje se refiere a la forma en que la nueva estructura ya elaborada, se inserta y retiene en el conocimiento preexistente, afectándose y afectándolo. Dándose una integración cognoscitiva de un determinado objeto dentro de los esquemas de pensamiento que ya posee el sujeto. El anclaje también incluye la asignación de sentido y significado dentro de una jerarquía de valores, conocimientos y actitudes ya establecidos. Es el enraizamiento social de la representación y de su objeto. En este caso, la intervención de lo social se traduce en el significado y en la utilidad que les son conferidos. De hecho, el grupo expresa su contorno y su identidad a través del sentido que confiere a su representación. Este enraizamiento de la representación en la vida de los grupos constituye un rasgo esencial del fenómeno representativo, ya que explica sus lazos con una cultura o sociedad determinadas (Jodelet, 1984).

Este mecanismo permite afrontar las innovaciones o la toma de contacto con objetos que nos son ajenos. Esto se logra utilizando las categorías conocidas, que nos pertenecen, y así damos sentido e interpretamos los nuevos objetos que aparecen en el campo social, haciendo conocido lo desconocido por medio de la integración. Aquí cabe aclarar, que aunque nuestros esquemas preestablecidos deforman las innovaciones, alterándolas para que puedan pasar a formar parte de nuestra propia estructura, también las innovaciones van modificando nuestros esquemas preestablecidos para así darse una doble adaptación, permaneciendo en equilibrio y evitando lo que los estudiosos de las actitudes llaman disonancia cognoscitiva (Ibáñez, 1988).

II.5. El 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 proviene del “fondo cultural común” acumulado en la sociedad a lo largo de su historia. Este fondo cultural común circula por toda la sociedad 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 (Ibáñez, 1988).

El origen de las representaciones sociales también lo encontramos en el conjunto de prácticas sociales que están relacionadas con las diversas modalidades de comunicación social. Es en efecto en los procesos de comunicación social donde se origina principalmente la construcción de las representaciones sociales. En estos procesos se incluyen los medios masivos de comunicación como la televisión, la radio, el cine y los periódicos que son herramientas fundamentales para la transmisión de valores, conocimientos, costumbres, creencias y modelos de conducta, así como los medios no tan masivos, como las revistas especializadas o de divulgación científica, además de una modalidad de comunicación social cuya influencia es determinante y que, sin embargo, en

muchas ocasiones se deja de lado. Nos referimos en concreto a la comunicación interpersonal y más precisamente a las innumerables conversaciones en las que participamos directa o indirectamente, día a día, durante toda la vida (Ibáñez, 1988).

De lo anterior se deduce que la situación social, económica, política e histórica de un grupo o de un individuo va a determinar la construcción y el contenido de sus representaciones sociales.

Profundizando más en este punto, encontramos que los acontecimientos que se producen en nuestra vida diaria y constituyen literalmente a las representaciones sociales como son los comentarios, conversaciones, lecturas, etcétera, suelen presentar un cierto grado de ambigüedad que es lo que posibilita que cada persona forme su propia opinión hacia un cierto objeto y elabore así su particular visión de la realidad social. Pero se cometería un grave error al considerar que la elaboración de una visión personal de la realidad constituye un proceso meramente individual, ya que las inserciones del individuo en diversas categorías sociales y su adscripción a distintos grupos constituyen fuentes de gran influencia en la elaboración individual de una realidad que es social, generándose de esta forma visiones compartidas de dicha realidad e interpretaciones similares de los acontecimientos (Berger y Luckmann, 1966).

Por mencionar un ejemplo, desde hace algún tiempo, la antropología cultural (Sapir, 1931 y Whorf, 1938, citados por Ibáñez, 1988) ha mostrado claramente cómo influyen las categorías lingüísticas y conceptuales propias de cada cultura sobre las representaciones de la realidad, marcando también la importancia que tienen los aspectos socioeconómicos y socioculturales para la construcción de la realidad cotidiana.

En cuanto a la génesis de las representaciones sociales, siguiendo esta misma línea, Jodelet ya nos había dado un adelanto al definir las, mencionando que éstas

surgen "a partir de nuestras experiencias [...] informaciones, conocimientos y modelos de pensamiento que recibimos y transmitimos a través de la tradición, la educación y la comunicación social" (Jodelet, 1984, p. 473). Finalmente, algunos otros autores, entre los que encontramos a Jahoda, mencionan que las representaciones sociales surgen de la ideología de cada grupo (Sánchez, 1989).

II.6. La naturaleza social de las representaciones sociales

El estudio de los procesos a partir de los cuales se construyen las representaciones sociales es indispensable para entender su significado con precisión. Pero esta indagación nos proporciona además una respuesta a la pregunta acerca del carácter social de las representaciones sociales.

El adjetivo "social" de las representaciones se basa en que son un fenómeno cuyas condiciones de producción son inequívocamente de tipo social. Deshebrando esta información, en primer lugar diremos que las representaciones son sociales en la medida que posibilitan a su vez la producción de ciertos procesos claramente sociales como la comunicación. En segundo lugar, porque son colectivas, es decir compartidas por conjuntos más o menos amplios de personas, y en tercer lugar, por el fundamental papel que desempeñan en la configuración de los grupos sociales, específicamente en la conformación de su identidad (Ibáñez, 1988). Es decir, poco a poco se van delimitando los contornos de un grupo a partir de su forma de concebir al mundo, o mejor dicho de las representaciones sociales que se tengan de éste.

II.7. Estructura y mecanismos internos de las representaciones sociales

Es necesario recordar que la representación social es el estudio de una modalidad de conocimiento particular, expresión específica de un pensamiento propiamente social. Abordaremos las dimensiones de la representación desde este marco de referencia.

Dimensiones de la representación social

Los elementos que conforman a las representaciones sociales son tan numerosos como variados en cuanto a su naturaleza y a su procedencia. En ellas encontramos como elementos internos a valores, opiniones, actitudes, juicios, creencias, imágenes, que construyen una estructura heterogénea.

Cuando Moscovici terminó con el eclipse que cubría a las representaciones colectivas de Durkheim y aportó el concepto de representación social aplicado al psicoanálisis, manejó la existencia de tres ejes básicos, en torno a los cuales se estructuran los componentes de una representación social, estos son: la información, el campo de representación y la actitud (Moscovici, 1976). Pero antes de explicar estas dimensiones, debemos recordar que estos ejes forman un conjunto que sólo puede escindirse para satisfacer las exigencias del análisis conceptual.

La primera dimensión es la **información** y hace referencia al conjunto de conocimientos que se poseen a propósito de un objeto social, considera su calidad y cantidad, pudiendo ser en mayor o menor medida estereotipada, banal u original (Herzlich, 1975). La información sobre los objetos presentados varía notablemente porque los diversos grupos sociales y las personas que los conforman, disponen de medios de acceso a esta información que son muy distintos, dependiendo del objeto en cuestión. Como ya se había mencionado las pertenencias grupales y las ubicaciones sociales mediatizan la cantidad y la precisión de la información disponible, incidiendo directamente en el tipo de representación social que se forma. Asimismo, se debe considerar el origen de la información que poseen los individuos y los grupos. La información que surge de un contacto directo con el objeto y de las prácticas que uno desarrolla en relación con él, tiene propiedades diferentes de las que presenta la información recogida a través de la comunicación social (Flores, 1993).

La segunda dimensión es el **campo de representación**, el cual se refiere al conjunto de información organizada y estructurada, entendida como unidad jerárquica de elementos (Moscovici, 1979). La ordenación y jerarquización de los elementos es lo que configura el contenido de la representación social. Es decir, en esta dimensión se manifiesta el tipo de organización interna que adoptan los elementos cuando quedan integrados en la representación social.

El campo de representación se organiza en torno al **esquema o núcleo figurativo**, que no sólo constituye la parte más sólida y más estable de la representación social, sino que también ejerce una función organizadora para el conjunto de la propia representación social. Esto es posible porque confiere su peso y su significado a todos los demás elementos que están presentes en el campo de la representación.

Por último la **actitud**, es la dimensión afectiva expresada en el continuo aceptación-rechazo que tiene alguien hacia algo, es decir, es el grado de favorabilidad o desfavorabilidad que se tiene hacia una situación, fenómeno o acontecimiento, manejado en términos positivos o negativos en relación con un objeto social concreto (Herzlich, 1975). Los variados componentes afectivos que forman parte de todas las representaciones sociales se articulan precisamente sobre esta dimensión evaluativa e imprimen en las representaciones sociales un carácter dinámico (Díaz, 1998).

Esta función dinámica está presente aún en los casos en que la representación social no está totalmente estructurada, por ejemplo cuando las personas o los grupos no disponen de suficiente información sobre el objeto de la representación, o bien cuando carecen de experiencias concretas en relación con ese objeto. Esto lo podemos comprobar al observar en la experiencia cotidiana, situaciones donde la falta de información no impide a las personas tomar posturas determinantes y fijas sobre ciertos objetos, aunque apenas tengan una remota idea de lo que están hablando. Por lo que se considera a esta dimensión como la más primitiva, ya que

puede existir independientemente de un campo de representación poco organizado y de escasa información (Moscovici, 1976; Ibáñez, 1988).

Con base en este análisis tridimensional se pueden realizar estudios comparativos sobre la fisura y la diferenciación de los grupos en función de sus representaciones sociales.

II.8. Función de las representaciones sociales

Antes de entrar de lleno en las funciones de la representación social mencionaremos que si bien la realidad social puede tener diversos rostros, sin duda, la realidad por excelencia, en la que nos situamos la mayoría del tiempo, es la realidad de la vida cotidiana (Berger y Luckmann, 1966). Por esto es conveniente señalar algunos puntos que describen Farr y Moscovici (1984), en los cuales se ejemplifica la presencia de las representaciones sociales en el ámbito de la vida cotidiana:

- a) La observación familiar muestra que nosotros no nos enteramos de las más obvias cosas; que fracasamos en ver lo que está ante nuestros ojos. Esto es como si nuestra vista o percepción fuera oscurecida por una clase dada de personas.
- b) Frecuentemente notamos que algunos hechos que damos por sentados y que son básicos para nuestro entendimiento y conducta súbitamente pasan a ser meras ilusiones. Así, nosotros distinguimos la apariencia de la realidad de las cosas, pero distinguimos esto, precisamente, porque podemos cambiar desde la apariencia a la realidad por medio de alguna noción o imagen.
- c) Nuestras reacciones a los eventos, nuestras respuestas a los estímulos, están relacionadas a una definición dada, común para todos los miembros de la comunidad a la que pertenecemos.

En lo que respecta a nuestra vida diaria, las representaciones sociales tienen varias funciones que las caracterizan: primero, ellas convencionalizan a los objetos, personas y eventos a que nos enfrentamos. Les dan una forma definida, los colocan en una determinada categoría y gradualmente los establecen como un modelo compartido por un cierto grupo. Segundo, las representaciones al ser prescriptivas, se imponen sobre nosotros con una gran fuerza. Esta fuerza es una combinación de una estructura y de una tradición que decreta qué debiéramos creer (Farr y Moscovici, 1984).

A pesar de que a lo largo del trabajo se han manejado en algunos apartados las posibles funciones de las representaciones sociales, es necesario, para mayor precisión, hacerlas explícitas y así tratar de ligarlas a su presencia en la vida diaria.

Tomás Ibáñez (1988) menciona que las representaciones sociales no sólo inciden en la visión de la realidad social sino también participan en su construcción efectiva. Por esto consiguen que las personas incorporen la realidad social instituida, contribuyendo a que el individuo se integre satisfactoriamente a la condición social que corresponde a su posición, contribuyendo a la legitimación y al establecimiento del orden social.

Otra función de las representaciones sociales, para este autor, es el hacer posible un intercambio verbal coherente entre los sujetos, pues como se ha mencionado, existe un alto grado de ambigüedad en nuestras conversaciones cotidianas, los comentarios que establecemos a diario exigen mucho más que la utilización de un mismo código lingüístico, es decir, se necesita compartir un trasfondo de representaciones sociales para hablar de una comunicación real entre sujetos.

Las representaciones sociales encuentran otra de sus funciones, según Ibáñez (1988), en la conformación de las identidades personales y sociales, así como también en la expresión y en la configuración de los grupos. Esto es, cuando un

grupo comparte un repertorio común de representaciones sociales, es cuando surge en sus integrantes la toma de conciencia de pertenencia a un colectivo. Por otro lado, la identidad de un cierto grupo no puede definirse si no es por sus diferencias con los otros grupos.

Las representaciones sociales también constituyen generadores de toma de postura ante un objeto, y al estar compuestas por elementos valorativos influyen en las conductas que efectuarán los sujetos (Moscovici, 1976).

Las representaciones sociales son teorías de sentido común que permiten describir, clasificar y explicar los fenómenos de la vida cotidiana con la suficiente precisión para que las personas puedan desenvolverse sin tropezar con demasiados contratiempos. Esto se hace posible porque las representaciones sociales tienen por función integrar las novedades en el propio pensamiento, haciendo que lo desconocido se torne familiar, lo cual ayuda a comprender mejor nuestro medio material y social (Moscovici, 1988), a la vez que transforman progresivamente las mentalidades de los seres humanos. Por esto, la dinámica de las representaciones sociales es esencial para adaptar el pensamiento social a las cambiantes realidades que se generan en la ciencia, cada vez más rápido (Ibáñez, 1988).

Por todo lo anterior, Ibáñez afirma que: "las representaciones sociales parecen constituir unos mecanismos y unos fenómenos que son estrictamente indispensables al desarrollo de la vida en sociedad" (Ibáñez, 1988, p. 55).

II.9. Las principales tendencias en la teoría de las representaciones sociales

La versatilidad del concepto de representaciones sociales debe entenderse no sólo en términos de su carácter abierto sino en términos de los diferentes modos de apropiación, que esa apertura permite.
Allansdottir, Jochevovich y Stathopoulou

Las representaciones sociales constituyen al mismo tiempo un enfoque y una teoría. En tanto que enfoque se han desarrollado diversas formas de apropiación

de los contenidos teóricos. Actualmente se identifican tres aproximaciones que se han ido perfilando de manera cada vez más clara en su abordaje de las representaciones sociales: la procesual, la estructural y la desarrollada por la escuela de Ginebra (Banchs, 1999).

La aproximación procesual, desarrollada por Serge Moscovici y Denise Jodelet parte de la complejidad de las representaciones sociales. Es la propuesta original con la que nace el estudio de las representaciones sociales, por lo que de ella surgen las otras aproximaciones.

La escuela procesual se orienta al aspecto constituyente lo que la hace situarse en el proceso, en la dinámica de las representaciones. Indaga en el significado, utilizando frecuentemente referentes teóricos procedentes de la filosofía, lingüística, sociología y presenta un marcado interés sobre el objeto de estudio en el marco de sus vinculaciones sociohistóricas y culturales.

Esta aproximación es influida por Foucault y por el abordaje hermeneúutico, comparte afinidad con el interaccionismo simbólico y con la perspectiva socioconstruccionista. Su orientación metodológica tiende hacia lo cualitativo, se emplean diversas técnicas de recolección y de análisis de los datos para conocer a profundidad el objeto de estudio (Banchs, 1999).

Como no se encuentran agrupados alrededor de un núcleo específico, resulta difícil identificar los autores que se inscriben en esta vertiente. No obstante, se pueden ubicar como representantes a: Moscovici, Jodelet, Flick en Europa, Arruda, Guareschi, Spink en Brasil, Banchs y Lozada en Venezuela y algunos otros investigadores de América Latina. La investigación que se considera paradigmática dentro de esta corriente, además de la obra seminal de Moscovici (1976) es la efectuada por Denise Jodelet (1986) sobre las representaciones de la locura en una colonia familiar (Banchs, 1999).

La aproximación estructural se centra en los procesos cognoscitivos y es desarrollada en Aix-en-Provence por Jean-Claude Abric, Codol y Flament. También se han adherido a esta vertiente otros investigadores entre los que podemos mencionar a Guimelli y Rouquette. Dentro de esta escuela, Abric (1976, 1987) ha postulado la teoría del núcleo central que se utiliza para estudiar la estructura de las representaciones sociales a propósito de diversos objetos de representación.

La escuela estructural se orienta casi exclusivamente al aspecto constituido es decir al contenido, al producto de las representaciones. Se emplea el método experimental pero adaptado a la epistemología de las representaciones sociales (Abric, 1994a) y generalmente se usan sofisticados análisis correlacionales y multivariados, entre los que se destacan el análisis de correspondencias y el análisis de similitud.

Para ejemplificar lo que la escuela estructural entiende por representación social presentaremos la siguiente definición: “podemos decir que una representación social es un conjunto organizado de cogniciones relativas a un objeto, compartidas por los miembros de una población homogénea respecto a ese objeto” (Flament, 1994 p. 37).

En la vertiente estructural se parte de que una representación es una construcción sociocognoscitiva que está constituida por lo que se indaga su contenido y estructura cognoscitiva. Los elementos que constituyen una representación se encuentran organizados y jerarquizados, pudiendo ser de dos tipos: centrales o periféricos (Abric, 1994a).

Los elementos del núcleo central y los elementos periféricos tienen funciones específicas y a la vez complementarias.

Para Abric (1994a) el núcleo central es el elemento fundamental puesto que determina la significación y la organización de la representación social. Cualquier modificación del núcleo central ocasiona una transformación completa de la representación. Este sistema central tiene dos funciones principales: una generadora (el núcleo central es el elemento mediante el cual se crea, se transforma la significación de los otros elementos constitutivos) y una organizadora (determina la naturaleza de los lazos que unen entre ellos a los elementos de la representación). El núcleo central es entonces el elemento unificador y más estable por lo que será también el sistema que se resistirá más al cambio.

Según la naturaleza del objeto y la finalidad de la situación, Abric (1994a) indica que el núcleo central podrá tener dos dimensiones:

1. Dimensión funcional: en situaciones con finalidad operatoria, serán privilegiados en la representación y constituyendo al núcleo central los elementos más importantes para la realización de la tarea.
2. Dimensión normativa: se presenta en situaciones en que intervienen dimensiones socioafectivas, sociales, ideológicas. En este tipo de situaciones, se puede pensar que una norma, un estereotipo, una actitud fuertemente marcadas estarán en el centro de la representación.

Los elementos periféricos se organizan alrededor del núcleo central, constituyen la parte más accesible y más viva de la representación. Tanto la presencia, la ponderación, el valor y la función de los elementos periféricos están determinados por el núcleo.

Los elementos periféricos también están jerarquizados, pudiendo estar en mayor o menor grado cercanos a los elementos centrales. Próximos al núcleo, desempeñan un papel importante en la concreción del significado de la representación, más distantes del núcleo ilustran, aclaran y justifican esta significación.

Para Abric (1994a) son tres las funciones principales de los elementos periféricos:

1. Función de concreción: directamente dependientes del contexto, resultan del anclaje de la representación en la realidad, y permiten revestirla en términos concretos, comprensibles y transmisibles de inmediato.
2. Función de regulación. Al ser más flexibles que los elementos centrales, los periféricos desempeñan un papel esencial en la adaptación de la representación a las evoluciones del contexto. Constituyen el aspecto móvil y evolutivo de la representación.
3. Función de defensa: simula un protector o parachoques que evita la transformación repentina de la representación que ocasionaría un desequilibrio en la persona o grupo.

La transformación de una representación social operará en la mayoría de los casos mediante la transformación de sus elementos periféricos: cambios de ponderación, interpretaciones nuevas, deformaciones funcionales defensivas, integración condicional de elementos contradictorios. En este punto, vale la pena señalar que es precisamente en el sistema periférico donde las contradicciones podrán aparecer y ser sostenidas.

Flament (1994) ha enriquecido la teoría del núcleo central describiendo las propiedades de las cogniciones que componen a las representaciones sociales, así como las relaciones entre cogniciones condicionales y las conductas. Además ha realizado avances en el análisis del papel y funciones del sistema periférico.

La aproximación elaborada en Ginebra por Willem Doise se enmarca en una tendencia sociológica y aborda las condiciones de producción y circulación de las representaciones sociales. Esta vertiente quizá es la que congrega menor cantidad de representantes y a la que como escuela, en las publicaciones, se cita con menor frecuencia. Para Doise (1984; 1986 y 1996), las representaciones

sociales constituyen principios generativos de tomas de postura que están ligados a inserciones específicas en un conjunto de relaciones sociales y que organizan los procesos simbólicos implicados en esas relaciones. Este autor acentúa la conexión entre la representación social y los factores socioestructurales, tales como los sitios o estatus socialmente definidos. Esto nos indica que la representación social mantiene una relación directa con la ubicación social de las personas que la comparten, lo cual resulta más claro al considerar que una representación social no puede ni debe pensarse como una abstracción desconectada de las estructuras sociales específicas en las que se enmarca.

Finalmente, es conveniente mencionar que al revisar las publicaciones en torno a las representaciones sociales todo parece indicar que hay una tendencia a generar más investigaciones cercanas a la aproximación estructural. Como escribe María Auxiliadora Banchs (1999, p. 6) "más preciso sería decir que las publicaciones europeas, que constituyen más del 90% de publicaciones sobre representaciones sociales, aparecen con más frecuencia estudios estructurales".

Como se ha podido constatar a lo largo del capítulo, la teoría de las representaciones sociales es una teoría que a pesar de su gran desarrollo no cesa de expandirse. Las cuestiones básicas para adentrarse en ella han sido expuestas en este apartado y en la siguiente sección, se presentan los lineamientos metodológicos de la investigación.

CAPÍTULO III MÉTODO

III.1. Objetivo General

Indagar la representación social del SIDA en un grupo de jóvenes integrado por mujeres y hombres.

III.2. Justificación

En prácticamente todo el mundo, año con año, aumenta el número de personas infectadas por VIH/SIDA, sobretodo en los países en vías de desarrollo. Esta enfermedad se ha propagado tanto que ya se le denominó "el mal del siglo". En México, al igual que en la mayoría de los países, el grupo que actualmente está siendo mayormente afectado por la pandemia es el de los jóvenes. En nuestro país ya se ha trabajado al respecto: se han reformado normas de la Ley General de Salud, se creó CONASIDA, y desde diversas disciplinas se han generado múltiples investigaciones.

Como la población joven está en un riesgo especial, diversos estudios psicológicos se han dirigido a trabajar con este tipo de grupo, principalmente con jóvenes universitarios. No obstante, si tomamos en cuenta que en México el mayor número de infecciones se ha ocasionado por la vía sexual, y observamos el promedio de edad en los que se tiene la primera relación sexual, veremos que es posible trabajar con grupos más jóvenes que los universitarios.

III.3. Muestra

La muestra es no-probabilística de tipo voluntario (Bisquerra, 1989). En la primera fase de la investigación se trabajó con 30 jóvenes y en la segunda fase participaron 16 jóvenes distintos, todos estudiantes de preparatoria del quinto semestre. El número total de participantes es de 46.

Nos centramos en jóvenes porque aproximadamente la mitad de las nuevas infecciones se producen en personas de 15 a 24 años. Periodo en el que la mayor

parte de las personas inician su vida sexual y periodo en el que la mayoría de los enfermos ha contraído el virus. Además, sabemos que, dentro del grupo de jóvenes, es en los de menor edad en los que se está produciendo el mayor número de infecciones y en la literatura revisada es precisamente este sector de la población uno de los que menos atención ha recibido, en cuanto a las investigaciones realizadas.

Se decidió invitar a participantes de ambos sexos porque, aunque está mayormente afectado el grupo de los varones jóvenes, las nuevas estadísticas indican que el grupo de las mujeres está creciendo rápidamente por lo que dejar fuera a uno u otro grupo equivaldría a pérdida de información relevante, sobre todo si consideramos que ambos están expuestos al contagio.

Optamos por sujetos que sean estudiantes porque el estar en una institución educativa nos permite acceder a una población encapsulada y tener un mayor control sobre la muestra que es necesaria para cumplir las dos etapas de la investigación.

La población fue del Distrito Federal ya que es la entidad que encabeza el mayor número de infecciones en el país.

El número de sujetos propuesto está pensado en relación con las dos técnicas que emplearemos, ya que con esta cantidad de sujetos podemos investigar la información que buscamos obtener. No pretendemos generalizar los resultados a otros contextos sino acercarnos a la representación social del SIDA que tienen algunos jóvenes.

Caracterización de la muestra

Etapas: Asociación libre, asignación de carga y significado al corpus

Número de participantes: 30 sujetos.

Sexo: 9 hombres (30%) y 21 mujeres (70%).

Edad: de 16 a 23 años, con una media de 17.7.

Conocimiento de personas que tienen VIH/SIDA: 5 sí conocen a alguien que tenga la enfermedad (16.7%) y 25 no (83.3%).

Relaciones sexuales: 10 personas han tenido relaciones (33.3%) y 20 no (66.7%).

Etapas dos: Discusión Grupal

Se realizaron dos discusiones grupales.

Grupo uno

Número de participantes: 8 sujetos.

Sexo: 2 hombres (25%) y 6 mujeres (75%).

Edad: de 17 a 18 años, con una media de 17.5.

Conocimiento de personas que tienen VIH/SIDA: 2 sí conocen a alguien que tenga la enfermedad (25%) y 6 no (75%).

Relaciones sexuales: 5 personas han tenido relaciones (62.5%) y 3 no (37.5%).

Grupo dos

Número de participantes: 8 sujetos.

Sexo: 2 hombres (25%) y 6 mujeres (75%).

Edad: de 17 a 18 años, con una media de 17.3.

Conocimiento de personas que tienen VIH/SIDA: 2 sí conocen a alguien que tenga la enfermedad (25%) y 6 no (75%).

Relaciones sexuales: 2 personas han tenido relaciones (25%) y 6 no (75%).

III.4. Escenario

La investigación se realizó en los planteles sur y oriente del Colegio de Ciencias y Humanidades (CCH) que son escuelas públicas de nivel medio superior de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM) ubicados en el Distrito Federal, México.

III.5. Tipo de estudio

El presente estudio se ubica en la categoría de investigación no experimental pues 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, 1988; p. 394). En nuestro caso, la representación social del SIDA es precisamente una variable que no es factible de manipular experimentalmente.

Considerando el lugar en que se realiza la investigación, pertenece a la clasificación de Estudio de Campo (Isaac y Michael, 1981). Estos estudios son sólidos en cuanto a su realismo, significancia, fuerza de las variables, orientación de la teoría y calidad heurística, y por todo esto son indispensables para el progreso científico en las ciencias sociales (Kerlinger, 1988).

El Estudio de Campo es definido como una investigación científica que "busca sistemáticamente las relaciones y las pruebas de hipótesis, que no son experimentales y se llevan a cabo en situaciones reales de la vida, como comunidades, escuelas, fábricas, organizaciones e instituciones (Kerlinger, 1988; pp. 421-422).

Considerando que no hay manipulación de variables independientes, el estudio también se ubica como una investigación *ex post facto*, que como su nombre lo indica asume que el fenómeno de interés ya ha ocurrido de manera natural por lo que no ha sido provocado ni controlado (Bisquerra, 1989).

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 solo momento, en un tiempo único" (Hernández, Fernández y Baptista, 1991, pp. 191-192).

III.6. Recolección de datos

*Sin epistemología y metodología que la sustente,
una técnica de investigación es apenas un
confuso conjunto de procedimientos canónicos.
Manuel Canales y Anselmo Peinado.*

La recolección de datos se realizó en dos etapas. Previamente se efectuó un piloteo con grupos de jóvenes que compartían características similares a la muestra. El piloteo fue útil para identificar las dificultades que pudieran presentarse en la aplicación, detectar si la forma de recolección propuesta en nuestra investigación era acorde para la muestra y afinar la propuesta metodológica.

Primera Etapa

III.6.1 Asociación libre, asignación de carga y significado al corpus

La asociación libre por su manera de recolección de información es un método que se ha clasificado en el campo de las representaciones sociales como asociativo y por no indagar en el pensamiento argumentativo se ha ubicado como una técnica indirecta. Los métodos asociativos producen una expresión escrita más espontánea, menos controlada, más inmediata y por hipótesis más auténtica que la de otras formas de obtener información (Abric, 1994b; De Rosa, 1998).

Por su dimensión proyectiva, la asociación libre permite tener acceso, de manera rápida y sencilla a los elementos que constituyen el campo semántico del objeto estudiado y además permite conocer los elementos implícitos o latentes que pudieran ser ahogados o enmascarados en las producciones discursivas (Abric, 1994b). Ciertos autores como De Rosa, van más lejos, al afirmar que además de que hacen aparecer las dimensiones latentes que estructuran el universo semántico, específico de las representaciones estudiadas, las asociaciones libres permiten el acceso a los núcleos figurativos de la representación. Son más aptas para sondear los núcleos estructurales latentes de las representaciones, mientras que técnicas más estructuradas, como el cuestionario, permitirían destacar las

dimensiones más periféricas de las representaciones sociales (De Rosa, 1988, pp. 31-32).

Con base en la información anterior, podemos decir que la asociación libre es una técnica capital para recolectar los elementos constitutivos del contenido de la representación, lo cual explica su éxito actual y su utilización sistemática en numerosas investigaciones (Di Giacomo, 1981; Le Boudec, 1984; Amerio y Piccoli, 1990; Vergès, 1992; Flores, 1993; Abric, 1994b; Morin, 1994).

La asociación libre en nuestra investigación fue retomada en su forma tradicional y aplicada de manera individual, consistió en solicitar a la muestra que escribiera las palabras que les vinieran a la mente cuando pensarán en SIDA (término inductor).

Como todo método, la asociación libre también presenta desventajas y quizá una de las más importantes sea la dificultad de interpretación de los términos producidos por los sujetos. Al obtener únicamente los términos asociados a la palabra estímulo, desconocemos cuál es su significación, cuál es el sentido que tienen estas palabras asociadas. Por ejemplo si ante el término inductor SIDA tenemos asociada la palabra INFORMACIÓN, no podemos resolver la cuestión de qué se está entendiendo por la palabra; no sabemos si se solicita más información, se piensa que ya hay demasiada información o a qué tipo de información se refiere el sujeto, tampoco sabemos si se cree que es útil proporcionar información o es irrelevante hacerlo. En otro trabajo para salvar esta limitante se ha dado el significado de los términos asociados a partir del marco teórico (Díaz, 1998) pero en esta investigación se pretende ir más allá.

Cuando ya se tuvo el total de palabras asociadas, solicitamos otras dos actividades que dieran mayor riqueza a los datos. En primer lugar, se pidió a cada sujeto que asignaran a cada palabra asociada una carga que se expresó en términos: positivo (+), negativo (-) o neutro (n) para conocer la evaluación afectiva que se mantiene entre el término inductor y sus respectivas asociaciones. De esta

forma, obtuvimos elementos evaluativos actitudinales y preparábamos al sujeto para pasar a la siguiente tarea. En segundo lugar, con la finalidad de que el sujeto otorgara un sentido a los términos asociados, se efectuó una entrevista cuyo objetivo fue obtener una argumentación del significado de las palabras asociadas al término inductor que nos permitiera tener el contexto de la producción del sujeto. La indagación del significado de las palabras asociadas es algo que ya se ha hecho como parte de otras formas de recoger información en el estudio de las representaciones sociales, concretamente podemos mencionar a Guimelli y Rouquette con su técnica de los Esquemas Cognitivos de Base (Guimelli y Rouquette, 1992; Guimelli, 1993a; Guimelli, 1993b; Rateau, 1995) y a Zavalloni y Louis-Guérin con la técnica multietápica de la identidad social (Zavalloni y Louis-Guérin, 1984).

Segunda Etapa

Dado la riqueza del concepto de representación social, diversos autores recomiendan que se aplique más de una forma de recolección de datos, llegando incluso a proponer una aproximación multimetodológica (Sotirakopoulou y Breakwell, 1992; Abric, 1994b; Flores, 1997). En la presente investigación se optó por una segunda forma de recolectar elementos de la representación social del SIDA.

III.6.2 Discusión en grupo

Si la primera forma de recolección utilizada pertenece a los métodos asociativos, con la finalidad de obtener otro tipo de información que sea útil y complementaria a nuestro trabajo, la segunda técnica empleada podría ubicarse en la clasificación de los métodos interrogativos en la recolección de las representaciones sociales (Abric, 1994b).

Los métodos interrogativos parten de una lógica distinta al de los asociativos, se centran en el discurso y buscan generar expresiones verbales a través de preguntas y conversaciones que conciernen al objeto de representación social.

Canales y Peinado (1995) colocan a la discusión en grupo en el nivel de una técnica de investigación cualitativa que se sitúa en el contexto del discurso social. Su formulación teórica y metodológica es ubicada en el contexto de una tradición española, que ahora también es latinoamericana, representada por los escritos y enseñanzas de Jesús Ibáñez, Ángel de Lucas, Alfonso Ortí y Francisco Pereña, así como en los trabajos recientes de los investigadores formados por ellos.

Con esta técnica se recopiló información discursiva acerca de varias dimensiones del fenómeno SIDA, entre los cuales podemos destacar: la imagen del SIDA, vías de transmisión y las prácticas de prevención.

Se efectuaron dos grupos de discusión, integrados por 8 sujetos, y se realizó una sesión de aproximadamente dos horas con cada grupo. Las sesiones fueron conducidas por el autor del presente trabajo, se audiograbaron y posteriormente fueron transcritas.

Con los datos obtenidos por la discusión en grupo se indagó cómo los distintos elementos de la representación social se integran en el discurso argumentado, buscando comprender el funcionamiento contextualizado de los elementos de la representación social que nos permitiera integrar los elementos situacionales (contexto del estudio), las actitudes y los valores que sustentan la producción de los sujetos. Esta es una fase importante en la investigación ya que se orienta a restituir la representación en su contexto de producción social tanto individual como colectivo.

Con las dos fases de recolección planteadas en la investigación accedemos a distintos niveles de pensamiento en la muestra estudiada. Marková (1996) afirma que el pensamiento humano consta de varias capas y actúa simultáneamente en diferentes niveles de conciencia. La autora señala dos grandes tipos de pensamiento el habitual y el reflexivo. El primero es el que generalmente está

presente, busca lo constante y representa las acciones automatizadas. El segundo, surge cuando se le demanda a la persona argumentar, explicar. Se presenta cuando hay retos intelectuales o problemas que demandan soluciones.

Al respecto Goffman (1963) ha señalado que utilizamos palabras sin percatarnos de los significados que transmiten y de su efecto sobre aquéllos a los que llamamos de determinada manera. Por ejemplo la etiqueta “mongólico” puede ser usada de manera poco reflexiva en el discurso cotidiano, la pregunta ¿Qué se quiere decir con mongólico? obliga a uno a definir el término, aludiendo al significado y por lo tanto se reflexiona sobre él.

Los diferentes niveles del pensamiento rara vez son tomados en consideración en la investigación psicológica, generalmente se han abordado, los procesos del pensamiento y conocimiento como si existieran a un solo nivel de conciencia. Lo mismo ha pasado en el campo de las representaciones sociales. No obstante, algunos investigadores (Farr, 1993; Zani, 1995 citados en Marková, 1996) han recomendado que en los estudios de las representaciones sociales se utilicen diversos métodos de manera complementaria, para examinarlos desde diferentes perspectivas y desde diferentes niveles de conciencia.

Aplicando esta información a nuestro trabajo, vemos cómo las dos etapas de recolección de datos y las tareas que incluyen, nos proporcionan aproximaciones a diferentes niveles de pensamiento y de conciencia. La asociación libre responde a un método que se sitúa en el pensamiento habitual. Las personas responden de manera inmediata y no reflexiva. Sin embargo, al solicitar que las palabras asociadas se evalúen asignando una carga en relación con el término inductor ya entramos a otro nivel de conciencia en el que el sujeto tiene que revisar su producción y determinar si, en relación con el estímulo inductor, la palabra es considerada positiva, negativa o neutra. Cuando preguntamos a los sujetos de manera explícita por medio de la entrevista qué están entendiendo por la palabra asociada, pasamos a un nivel más reflexivo en el que el sujeto construye una

explicación acerca del significado del término. Por último, la discusión grupal demanda expresar puntos de vista y opiniones más públicas, en el sentido de que son escuchados por los demás compañeros, por lo que se requiere proporcionar argumentos y explicaciones de aceptación o incompatibilidad de lo dicho por los otros, lo cual nos sitúa en otro nivel de mayor reflexión y argumentación.

III.7. Análisis de datos

Cualquiera que sea el interés y la fuerza de un método de análisis, es evidente que el tipo de informaciones recogidas, su calidad y su pertinencia determinan directamente la validez de los análisis realizados y sus resultados.

Jean-Claude Abric

Análisis de datos se realizó por medio del Programa Estadístico para las Ciencias Sociales (SPSS, por sus siglas en inglés) para Windows en su versión 8.0 y también se empleó el programa ANTHROPAC, en su versión 4.0

Tomando como base el análisis de contenido propuesto por Bardin (1986) a un test de asociación de palabras, como primer paso del análisis de la información obtenida por la asociación libre se obtuvo el total de las palabras evocadas, después se contabilizaron las palabras originales (que no se repiten en los sujetos) y para poderlas capturar en el programa empleado, se agruparon únicamente las palabras con la misma raíz. Esto es, aún cuando se encontraron palabras que comúnmente se puedan definir como sinónimos se respetaron, ubicándose en agrupaciones independientes. Esta medida se determinó con la finalidad de respetar la producción de la muestra.

El análisis efectuado a los datos de la primera forma de recolección, incluyó la obtención de frecuencias (cuántas veces se presenta la palabra), el rango de orden de mención (en que orden aparece la palabra, pudiendo ser primero, segundo, tercero, etcétera) y el peso cultural de las palabras asociadas (obtenido por una correlación entre la frecuencia y el orden de mención). Estos tres

indicadores nos proporcionaron las palabras más significativas en términos cuantitativos. Para cada palabra se obtuvo su carga correspondiente al sumar el total de cargas asignadas, dejándose la carga dominante. En caso de que la palabra tuviera asignadas el mismo número de cargas positivas y negativas, se quedaba como neutra. El significado de las palabras asociadas, recabado por medio de la entrevista, que constituye la indagación cualitativa que complementa y enriquece los datos de la investigación, fue trabajado por medio de un análisis de contenido usando el criterio de categorización semántico (Bardin, 1986).

Con base en estos elementos, presentaremos un panorama general de la estructura básica de la representación social del SIDA, haciendo énfasis en la dimensión de la información, y una primera aproximación hipotética al núcleo figurativo.

Del material de la discusión en grupo, segunda forma de recolección de datos, se realizó un análisis de contenido (Bardin, 1986) que nos permitió acercarnos a los temas propuestos a investigar. Considerando la guía de entrevista y el discurso de los participantes, se elaboraron categorías y subcategorías que condensan la información recabada, obteniendo un panorama más amplio de la representación social del SIDA.

De los dos tipos de recolección que se plantearon en esta investigación así como del tratamiento de los datos, se podrá abordar el contenido de la representación social (la información y las actitudes) así como también conocer su estructura (el campo de representación) y el contexto de su producción.

III.8. Procedimiento

Como primer punto, se realizó una exhaustiva revisión bibliográfica sobre publicaciones entorno al SIDA y a la teoría de las representaciones sociales para conformar el marco teórico del trabajo. De la información que constituye el marco teórico se derivó el método que se adoptó en la investigación. Una vez cubierta la

parte conceptual de teoría y método, pasamos a la parte aplicada del trabajo. Buscamos acceder a una escuela de educación media superior para contactar a los sujetos que conformaron nuestra muestra. Se nos facilitaron dos grupos en los que se impartió una plática que dio a conocer el tema, las fases de la investigación requeridas, se invitó a las personas a participar, mencionándose que se podía abandonar la investigación en el momento que se deseara.

Para facilitar la participación de la muestra, se efectuaron las dos formas de recolección de datos en las mismas instalaciones escolares. En primer lugar, se aplicó a la asociación libre, asignación de carga y búsqueda de significado (tarea que duró ocho horas) y posteriormente, cuando ya se tuvieron los resultados y análisis de la primera fase se realizaron las dos discusiones grupales (cada una con una duración promedio de dos horas). Para poder realizar el análisis de contenido a las discusiones grupales se efectuó una transcripción literal y posteriormente una categorización y síntesis de la información. Finalmente, se estructuraron todas las secciones que corresponden al formato de esta investigación.

CAPÍTULO IV RESULTADOS

La presentación de los resultados obtenidos se divide en dos secciones correspondientes a los dos métodos de recolección de datos. En la primera sección se incluyen la información proporcionada por la asociación libre, la asignación de carga y el significado de las palabras asociadas. En la segunda sección se presentan los datos recabados por los dos grupos de discusión que se realizaron.

IV. Primera Sección

IV.A. Asociación libre, asignación de carga y significado al corpus

Para esta primera parte participaron 30 jóvenes. El número de palabras asociadas por cada participante osciló entre 5 y 7. El total de palabras evocadas por los sujetos fue de 201. De este número total, eliminamos las palabras que se repiten y nos quedaron 69 palabras originales. Por cada una de estas palabras originales se contabilizó su frecuencia (cuántas veces se presentó), su orden de mención (la posición numérica en la que fue escrita, es decir primera, segunda, tercera, etcétera), su carga (pudiendo ser positiva, negativa o neutra), su peso cultural (valor obtenido por una correlación entre la frecuencia y el orden de mención) y su significado (que se entiende por la palabra, a qué se refiere).

Considerando las palabras originales, construimos una tabla en la que se reúne la frecuencia, el orden de mención, la carga, y el peso cultural (Ver Tabla 2). El orden de presentación de la tabla se basa en la frecuencia, y cabe señalar que no es por que sea el indicador más importante sino porque el programa utilizado así lo maneja. En este caso, se decidió respetar la forma de presentación ya que solamente se están dando a conocer los resultados y será en la discusión donde se analicen de acuerdo al marco teórico.

TABLA 2

Listado de palabras originales con su frecuencia, orden de mención, carga y peso cultural

(N = 30)

| PALABRAS | FRECUENCIA | ORDEN DE MENCION | CARGA | PESO CULTURAL |
|-----------------------|------------|------------------|----------|---------------|
| 1. SEXO | 22 | 3.455 | Neutra | 0.412 |
| 2. ENFERMEDAD | 22 | 1.500 | Negativa | 0.664 |
| 3. MUERTE | 19 | 2.895 | Negativa | 0.429 |
| 4. INFORMACION | 8 | 4.875 | Positiva | 0.086 |
| 5. INCURABLE | 6 | 4.500 | Negativa | 0.074 |
| 6. PROTECCION | 6 | 5.000 | Positiva | 0.061 |
| 7. CONTAGIO | 6 | 3.667 | Negativa | 0.101 |
| 8. CONDON | 6 | 3.167 | Positiva | 0.124 |
| 9. DOLOR | 5 | 4.200 | Negativa | 0.074 |
| 10. IRRESPONSABILIDAD | 4 | 4.500 | Negativa | 0.053 |
| 11. TODOS EXPUESTOS | 4 | 5.250 | Negativa | 0.033 |
| 12. TRANSFUSIONES | 4 | 3.750 | Neutra | 0.067 |
| 13. VIRUS | 3 | 2.333 | Negativa | 0.077 |
| 14. DISCRIMINACION | 3 | 4.333 | Negativa | 0.043 |
| 15. HIJOS | 3 | 5.667 | Negativa | 0.022 |
| 16. DESCUIDO | 3 | 4.000 | Negativa | 0.050 |
| 17. JUVENTUD | 3 | 5.667 | Neutra | 0.022 |
| 18. PROSTITUCION | 3 | 2.667 | Negativa | 0.072 |
| 19. ANGUSTIA | 3 | 4.000 | Negativa | 0.041 |
| 20. INFIDELIDAD | 3 | 5.667 | Negativa | 0.022 |
| 21. SOLEDAD | 3 | 4.667 | Negativa | 0.036 |
| 22. IGNORANCIA | 2 | 5.500 | Negativa | 0.019 |
| 23. BAJA AUTOESTIMA | 2 | 4.500 | Negativa | 0.017 |
| 24. SANGRE | 2 | 3.000 | Neutra | 0.041 |
| 25. DEGRADACION | 2 | 5.500 | Neutra | 0.013 |
| 26. HOSPITALES | 2 | 3.000 | Positiva | 0.044 |
| 27. TRISTEZA | 2 | 3.500 | Negativa | 0.039 |
| 28. ADOLESCENCIA | 2 | 5.500 | Neutra | 0.017 |
| 29. SUFRIMIENTO | 2 | 4.500 | Negativa | 0.030 |
| 30. HOMOSEXUALES | 2 | 3.000 | Neutra | 0.044 |
| 31. TERROR | 2 | 2.500 | Neutra | 0.050 |
| 32. PAREJA | 2 | 5.000 | Neutra | 0.022 |
| 33. INMUNODEFICIENCIA | 2 | 4.000 | Neutra | 0.030 |
| 34. DEGENERADOS | 2 | 6.000 | Negativa | 0.011 |
| 35. PREOCUPACION | 1 | 2.000 | Neutra | 0.028 |

| PALABRAS | FRECUENCIA | ORDEN DE MENCION | CARGA | PESO CULTURAL |
|--------------------|------------|------------------|----------|---------------|
| 36. DEPRESIÓN | 1 | 5.000 | Negativa | 0.007 |
| 37. FRUSTRACION | 1 | 5.000 | Negativa | 0.011 |
| 38. COMPASION | 1 | 6.000 | Neutra | 0.006 |
| 39. PROBLEMA | 1 | 1.000 | Neutra | 0.033 |
| 40. DESORIENTACION | 1 | 3.000 | Neutra | 0.022 |
| 41. NECESIDAD | 1 | 3.000 | Positiva | 0.022 |
| 42. MEDICAMENTOS | 1 | 5.000 | Neutra | 0.000 |
| 43. INTOLERANCIA | 1 | 5.000 | Negativa | 0.014 |
| 44. DESAHUCIADOS | 1 | 4.000 | Negativa | 0.017 |
| 45. PESAR | 1 | 5.000 | Negativa | 0.007 |
| 46. RECHAZO | 1 | 4.000 | Negativa | 0.008 |
| 47. MIEDO | 1 | 6.000 | Negativa | 0.000 |
| 48. SUCIEDAD | 1 | 3.000 | Negativa | 0.022 |
| 49. DINERO | 1 | 7.000 | Neutra | 0.000 |
| 50. DECISION | 1 | 6.000 | Neutra | 0.006 |
| 51. VIDA | 1 | 7.000 | Neutra | 0.000 |
| 52. AISLAMIENTO | 1 | 6.000 | Negativa | 0.000 |
| 53. VICIOS | 1 | 5.000 | Negativa | 0.011 |
| 54. INESTABILIDAD | 1 | 5.000 | Neutra | 0.011 |
| 55. CORTADAS | 1 | 7.000 | Positiva | 0.000 |
| 56. MUCHAS PAREJAS | 1 | 2.000 | Negativa | 0.028 |
| 57. INSTINTOS | 1 | 4.000 | Neutra | 0.017 |
| 58. PASIONES BAJAS | 1 | 6.000 | Negativa | 0.006 |
| 59. MAL VIVENCIA | 1 | 5.000 | Negativa | 0.011 |
| 60. INSEGURIDAD | 1 | 5.000 | Negativa | 0.011 |
| 61. COMUN | 1 | 6.000 | Negativa | 0.006 |
| 62. PROMISCUIDAD | 1 | 1.000 | Negativa | 0.033 |
| 63. ORGIA | 1 | 7.000 | Negativa | 0.000 |
| 64. ASESINATO | 1 | 5.000 | Negativa | 0.011 |
| 65. TIEMPO | 1 | 6.000 | Neutra | 0.006 |
| 66. LUCHA | 1 | 7.000 | Positiva | 0.000 |
| 67. CUTANEAS | 1 | 3.000 | Negativa | 0.022 |
| 68. FAMILIA | 1 | 6.000 | Positiva | 0.006 |
| 69. SALUD | 1 | 5.000 | Positiva | 0.011 |

Por otra parte, con la idea de aligerar la lectura de la información, incluimos el significado de cada palabra original asociada como apéndice (Ver apéndice # 1) y dejamos para esta sección el significado de las palabras ya en su versión trabajada, la cual a continuación se presenta.

Síntesis y organización de las palabras asociadas y su significado

Con base en el total de palabras originales y su significado se realizó un análisis de contenido que se rigió por una categorización semántica. La cual consiste en obtener una serie de temas principales y darles contenido a partir de la información que se haya recabado (Bardin, 1986). De dicho análisis se conformaron cinco temas que engloban la información obtenida acerca del SIDA en la muestra. Los temas quedaron agrupados de la siguiente manera: noción, transmisión, prevención, impacto y expuestos al contagio.

Descripción de los Temas

IV.A.1. Noción de SIDA

El SIDA es percibido como una enfermedad y también, aunque en menor grado, como un problema. En tanto que enfermedad se sabe que produce malestar en el organismo, que afecta al sistema inmunológico, que es ocasionada por un virus, que es contagiosa, que origina a otras enfermedades, que es de transmisión sexual, que es incurable y que conduce a la muerte. Visto el SIDA como un problema, se señala que está expandiéndose, que no se puede frenar su crecimiento y que cuando ya se adquirió, no hay solución.

IV.A.2. Transmisión del SIDA

En tanto que enfermedad contagiosa, el SIDA se puede adquirir por cutáneas, heridas, transfusiones de sangre, al compartir jeringas con drogas inyectables, de madre a hijo, pero sobre todo por tener relaciones sexuales sin protección con

alguien que ya está infectado. Esta última vía de transmisión es la identificada como la más frecuente en la gente joven.

Lo que se reportó que favorece el contagio del SIDA fue: la irresponsabilidad, el descuido (no usar condón al tener relaciones sexuales), tener muchas parejas, ser promiscuo, la infidelidad: así se contagiaron muchas amas de casa que no se cuidaron de su esposo, la desorientación, no tener higiene y tener muchas relaciones sexuales (suciedad), ignorancia: la gente no tiene conocimiento de la enfermedad y no sabe cómo protegerse, no tienen control sexual: dejarse llevar por los instintos y por las pasiones bajas.

IV.A.3. Prevención del SIDA

La forma de protegerse ante el SIDA más difundida, más conocida, y más empleada, es el uso del condón al tener relaciones sexuales. Además, es útil disponer de información sobre cómo se transmite, cuáles son los síntomas, saber qué es y romper con los mitos que hay de esta enfermedad. La comunicación con la familia y con la pareja, el amarse a sí mismo y pensar bien las cosas antes de hacerlas, también son factores que ayudan a la prevención.

IV.A.4. Impacto del SIDA

Se mencionó en tres subdivisiones: en el infectado, en sus familiares y amigos, y en la sociedad en general.

Alguien que está infectado sabe que va a morir por lo que experimenta: dolor físico y psicológico, terror a morir, discriminación, angustia, tristeza, soledad, preocupación, desorientación, frustración, necesidad de apoyo, baja autoestima, depresión, degradación, inestabilidad económica (por la atención médica y el costo de los medicamentos), mal vivencia, inseguridad, pérdida de salud, depresión, sufrimiento, pesar, miedo, reflexión sobre la vida, aislamiento, lucha y al final la muerte.

EL SIDA también genera reacciones en los familiares y amigos de los afectados: terror a la muerte y al sufrimiento de ver a su enfermo desgastarse, preocupación, desorientación, frustración, comprensión y ser sensible a lo que le pasa al enfermo, compasión, inseguridad, miedo y reflexión sobre la vida.

El SIDA además afecta a las personas en general provocando: terror, miedo y preocupación al contagio, desorientación porque no cuentan con buena información, intolerancia y rechazo al enfermo porque piensan que los puede contagiar con el trato cotidiano.

IV.A.5. Expuestos al contagio de SIDA

Si bien se piensa que a cualquier persona le puede dar la enfermedad, se coloca énfasis en los jóvenes, los adolescentes quienes no cuentan con protección, las parejas de los afectados que no se enteran que su pareja tiene el virus y sus hijos que no son responsables por lo que hacen sus padres. Se separan de estos grupos a quienes tienen más relaciones sexuales y por consiguiente están más propensos al contagio: las prostitutas, homosexuales y a los degenerados que pueden tener pasiones bajas y comportamientos similares a lo que sucede en las orgías.

IV. Segunda Sección

IV. B. Discusión en grupo

El análisis de la información recabada de esta sección tomó en cuenta la guía de entrevista previamente elaborada y el discurso enunciado por las personas en las dos discusiones grupales, considerando ambos indicadores se elaboraron 10 categorías (señaladas con la marca del capítulo y de la sección -V.B.- y un número) y 17 subcategorías (señaladas únicamente con letras) que a continuación se presentan:

IV.B.1. Imagen del SIDA

- a) Noción
- b) Origen
- c) Primeros infectados
- d) Aparición pública
- e) Primeros contactos
- f) Presencia en el ámbito cotidiano

IV.B.2. Vías de transmisión del VIH/SIDA

- g) Expuestos al contagio
- h) Los más propensos
- i) Formas de contagio
- j) Formas de no contagio

IV.B.3. Cura y vacuna

IV.B.4. Prácticas de prevención frente al SIDA

- k) Percepción de riesgo
- l) Lo que podría ayudar a que los jóvenes se sientan en riesgo de contagio
- m) Prevención y cuidados
- n) Aplicación de conocimientos

IV.B.5. El SIDA y las relaciones sexuales

- ñ) Prevención en las relaciones sexuales
- o) No prevención en las relaciones sexuales
- p) Cambio de comportamientos en los jóvenes

IV.B.6. Rechazo y discriminación

IV.B.7. Dudas y aspectos confusos

IV.B.8. El embarazo no deseado mayor preocupación que el SIDA

IV.B.9. Cómo se ven los jóvenes a ellos mismos

IV.B.10. La inexistencia del SIDA

Cada subcategoría y categoría se indagaron por medio de ciertas preguntas, con la idea de ejemplificar cuáles fueron estas preguntas se presentan en el apéndice #2. Es conveniente señalar que las preguntas se realizaban con las variaciones requeridas de acuerdo con el discurso de los participantes y con el tema del momento concreto de la conversación, pudiéndose efectuar en más de una ocasión. También hay que tomar en cuenta que la información recabada superó a la lista preliminar de categorías por lo que hay preguntas que se realizaron y no se tenían consideradas.

Al trabajar con los grupos encontramos que existen diferentes opiniones al respecto de nuestros temas de interés por lo que en esta investigación se van a incluir todas las opiniones y cuando sea pertinente se señalarán las más frecuentes y mayormente aceptadas. Con la idea de ejemplificar la información que contienen las categorías y subcategorías, se dejó en ambas el lenguaje usado por los participantes y, en algunos casos, se incluyen citas textuales de su discurso.

IV.B.1. Imagen del SIDA

a) *Noción*

El SIDA es ubicado como una enfermedad contagiosa y mortal ocasionada por un virus que afecta al sistema inmunológico del ser humano.

El significado de las siglas: SIDA y VIH no es del todo manejado por los jóvenes. Algunos que si conocen el significado de las siglas dicen que no les aporta mucho el tener esta información porque no es totalmente comprendida. Pueden saber la distinción entre VIH y SIDA, no obstante, en términos prácticos sólo se habla de SIDA: "no hay mucha diferencia porque cuando hablamos de SIDA hablamos de SIDA y de VIH".

Los jóvenes creen que cuentan con información más rica que carente. Piensan que la mayoría de la gente joven que está estudiando en su plantel tiene información básica sobre el SIDA. La información básica incluye el saber qué es, cómo se transmite y cómo cuidarse de la enfermedad.

La información con la que cuentan les ha llegado por medio de la escuela, televisión, radio, folletos informativos y por pláticas con sus amigos. Únicamente los jóvenes que son percibidos como "muy cerrados" son los que no tienen la información básica.

Los jóvenes creen que la información que poseen está apegada al discurso de la ciencia.

b) Origen

A pesar de que pueden reconocer que no se sabe con exactitud en qué país surgió la enfermedad ni la causa que la originó, los jóvenes mencionan tres ideas principales entorno al origen del SIDA. La primera indica que el SIDA es una creación de la ciencia, la segunda asume que el SIDA tiene un antepasado que ha existido desde hace mucho tiempo pero fue evolucionando y la tercera postula que el SIDA siempre ha existido pero, al no tener muchas víctimas, no se había detectado.

La idea de que el SIDA es una creación de la ciencia va unida a la creencia de que es una enfermedad nueva: "al realizarse experimentos genéticos con ADN de monos, a mediados del siglo, se les fue de las manos la investigación, saliéndose todo de control y así se origina el VIH. Lo cual explica cómo es que surge así tan de repente". Al tener la enfermedad uno de los monos con los que se experimentaba le pasó la enfermedad a uno de los científicos. Este paso del primate al hombre pudo ser por mordidas o arañazos accidentales (como en el caso de la rabia que se puede contagiar de ciertos animales al ser humano) o bien

porque el científico tuvo sexo con el mono. El investigador, al tener relaciones sexuales con diversas personas, fue expandiendo la enfermedad.

La segunda idea es que el virus ha existido por mucho tiempo y que viene de algún tipo de primate, particularmente se menciona al mono verde de África. Cuando la gente entra en contacto con estos primates "pues los tienen de mascotas y se alimentan de ellos, el virus pasó al ser humano". Como se sabe que en el mono verde existe una enfermedad parecida al VIH se cree que el SIDA siempre ha existido como un tipo de virus pero que fue evolucionando hasta que se convirtió en el VIH: "tal vez era como una simple gripe, pero como todo evoluciona, cambió, pudo irse haciendo más inmune, antes la gripe mataba personas".

Finalmente, la idea de que el SIDA es una enfermedad que siempre ha existido pero que pasó inadvertida mientras no se manifestó a gran escala: "Yo creo que el SIDA siempre ha existido, seguramente siempre ha estado y lo que pasó es cuando vinieron las exploraciones de continente a continente, se pasó. Seguramente se pasó con los esclavos, cuando mandaban esclavos a Cuba, España y Estados Unidos". Esta idea toma como argumento que por los tiempos modernos en que se vive, las personas son más propensas a contagiarse y la enfermedad se expande más rápido: "antes la gente se detenía más, sólo lo hacía con su pareja y como la gente sólo tenía una pareja pues no era tanta la propagación. Ahora mucha gente ya es demasiado liberal, andan con una con otra y con otra".

Se cree que el SIDA surgió en el continente Africano, sin ubicarse un país específico y otros pocos piensan que el SIDA surgió en los Estados Unidos de América. Los jóvenes que piensan que el SIDA surgió en África se apoyan en que este continente es el que tiene el mayor número de personas infectadas tanto por

el tipo de alimentación (comen carne de mono) como por la falta de conocimientos y de recursos para proteger a la población.

c) *Primeros infectados*

Dicen haber escuchado que el SIDA apareció masivamente en varones con preferencia homosexual pero más que ser los primeros en contagiarse fueron los primeros en que se centraron los medios de comunicación por ser vistos como personas extrañas. Opinan que por la época en que el SIDA surgió, la preferencia homosexual era tema de escándalo y por eso se centraron en ellos. Los medios de comunicación dijeron que el SIDA era responsabilidad de los homosexuales y se afirmaba que al tener relaciones hombre con hombre daba SIDA y mujer con hombre no tenían posibilidades de contagiarse. Saben que actualmente ese fue un error.

d) *Aparición pública*

En cuanto a la fecha en la que apareció la enfermedad hay una gran dispersión en la información. Las respuestas varían ampliamente:

“El SIDA está desde hace muchísimo tiempo, a la generación de mis papás ya les tocó el SIDA”.

“Hace un siglo”.

“Desde los cuarenta o cincuenta”.

“En los ochenta”.

“En los ochenta es cuando se empieza a saber del SIDA pero ya estaba desde antes”.

“Se empieza a saber de SIDA en los setenta”.

“La verdad es que no se sabe cuándo fueron los primeros brotes, porque cuando se habla de SIDA es porque ya es una pandemia”.

e) *Primeros contactos*

Los primeros contactos con información sobre SIDA ocurrieron en la primaria y en la secundaria. En la primaria se les dijo que era una enfermedad que se adquiría

por las jeringas al poner inyecciones y en la secundaria se amplió la información, se les mencionó que también se contagiaba por donaciones de sangre, por relaciones sexuales y por violaciones.

Consideran que la información que tuvieron tanto en la primaria como en la secundaria fue muy ligera y no se le dio la importancia suficiente, además de que por su edad no les interesaba mucho el tema: las relaciones sexuales y las enfermedades se veían muy lejanas, no eran de interés para ellos.

En la primaria, a algunos jóvenes, se les vinculó la enfermedad a un tipo de castigo divino. Se les decía que "por ser pecador o extraño se pegaba la enfermedad". Entre los jóvenes de sus edades ya no es una creencia presente fuertemente, sobretodo porque se autoperciben como críticos, con mente abierta y se han despegado de la religión: "en este nivel uno se va abriendo a otras expectativas y ya no tanto a creer en Dios o en ese tipo de cosas".

Los jóvenes que todavía podrían pensar que el SIDA es un castigo divino serían los que se adhieren a los fanatismos religiosos y los que viven en pequeños pueblos, quienes suelen estar menos informados y con deficiente preparación académica o bien los que no han estudiado.

En la secundaria se les habló de SIDA como una enfermedad de transmisión sexual: "desde un inicio se junta con sífilis, gonorrea, y otras, todas son lo mismo y desde un inicio como que no se abarca al SIDA de la magnitud de lo que es realmente... debería de hablarse específicamente del SIDA, decirse claramente lo que es y lo que provoca. Es hasta esta edad que se nos dice si no te cuidas te vas a morir de SIDA".

f) Presencia en el ámbito cotidiano

El SIDA aparece poco en las pláticas cotidianas que tienen los jóvenes. Es un tema que no causa incomodidad pero que no puede hablarse con todos. El

espacio físico no es importante tiene más peso con quién se hable que dónde se haga. Se puede hablar de SIDA con "personas a las que se les tenga confianza y que sean de mente abierta, que no se espanten de tocar el tema". Estas personas suelen tener una plática inteligente porque poseen cierta información y preparación, ven al SIDA como un tema normal pero le conceden su debida importancia. Las personas en quienes más confianza tienen son: amigos, hermanos, padres, maestros y familiares.

Si la idea es obtener información piensan en buscar a un profesional o un libro, y si la idea es intercambiar opiniones o experiencias o compartir historias que han escuchado recurren a amigos o compañeros de escuela. Admiten que en la práctica es mucho más frecuente que hagan lo segundo que lo primero: "eso de estar esperando a que vayamos a informarnos pues mejor siéntense, no ocurre, realmente así no funciona".

Las pláticas sobre SIDA se pueden comentar libremente cuando se trata de las demás personas pero se tornan difíciles cuando se tiene que hablar de la propia experiencia.

Los jóvenes hablan entre ellos del tema del SIDA principalmente cuando hablan de su actividad sexual y por lo mismo "al hablar de SIDA todo mundo se acuerda del tema de los anticonceptivos". También comentan sobre padecer la enfermedad y del miedo al contagio por tener una relación sexual sin protección.

El costo de hablar con alguien que no tiene mente abierta es que se crea que por tocar el tema del SIDA se padece la enfermedad, se desea tener relaciones sexuales, sé es gay, lesbiana o bisexual, o bien que se les diga que no es un tema apropiado para ellos.

Conocen historias de personas que contrajeron la infección pero tienen pocos conocidos o amigos que tienen la enfermedad: ninguno dentro del CCH.

Aún cuando se tienen conversaciones en torno al SIDA, los jóvenes perciben a la enfermedad como lejana y piensan que no se habla tanto de ella como se debiera, dada su importancia.

IV.B.2. Vías de transmisión del VIH/SIDA

g) Expuestos al contagio

Se sabe que el SIDA le puede dar a cualquier persona: "Todas las personas estamos expuestas al contagio". No obstante, al ser identificada como una enfermedad que sobre todo se transmite por vía sexual es hasta que tienen relaciones sexuales cuando empiezan a sentir que pueden contagiarse: "Antes de que tengas relaciones sexuales, cuando tienes once, doce o trece años, ni idea de que lo puedes tener [el SIDA] en ese momento".

h) Los más propensos

Las personas que se consideran mayormente expuestas a adquirir la enfermedad son: las que se dedican a la prostitución, las que tienen preferencia homosexual o bisexual, las que tienen relaciones sexuales en las que participan al mismo tiempo más de dos personas, los promiscuos y los usuarios de drogas intravenosas. También aunque con menor probabilidad de contagio se encuentran las personas que sufren violaciones, los que engañan a sus parejas y los alocados.

Esta percepción de mayor propensión radica en que tienen una mayor actividad sexual y no hablan con sus parejas. Esto es no indagan si la pareja puede o no tener SIDA, no preguntan sobre su vida sexual y no se hacen análisis para detectar el virus: "si tienes veinte parejas, entonces es más probable que te dé a que si sólo tienes una o nada más lo haces con tu pareja o con tu esposo", "ahora si es difícil hablar con dos, imagínense con tres", "si ya son tres vidas", "o sea, si sólo son tres pues todo queda entre ellos pero sin son seis u ocho..."

Una idea menos presente es que cualquier persona puede infectarse, independientemente de su preferencia sexual, si no se protege al tener relaciones sexuales: "no creo que sólo por ser homosexuales ya tengan mayor riesgo al fin de cuentas es por una relación sexual sin protección".

i) Formas de contagio

Reportan que el SIDA se puede contagiar por tres vías: sexual, sanguínea y perinatal.

Vía sexual: el SIDA se puede adquirir por relaciones sexuales sin protección (es decir sin condón) y se sabe que aún con condón se puede contagiar pero es mucho menos probable.

Vía perinatal: una madre le transmite la enfermedad al feto por la sangre del parto o bien por la lactancia.

Vía sanguínea: por transfusiones sanguíneas, al inyectarse por el mal uso de las jeringas y agujas que se usan contaminadas (como en las drogas que se intercambian jeringas sin esterilizar), por perforaciones en la piel o inclusive si se va al dentista y se usan aparatos que no han sido esterilizados. Se dice que en su escuela todavía es común que amigos realicen pactos de sangre: una persona ofrece querer ser hermano de sangre a otra, entonces los dos se cortan y mezclan su sangre y si uno está infectado puede contagiar al otro.

La forma por la que la mayoría de los jóvenes creen que se infectan es por la vía sexual, seguida por la sanguínea, particularmente por compartir agujas y jeringas que estén infectadas en prácticas de drogadicción. El usar drogas, al igual que las relaciones sexuales, se relaciona con el deseo de los jóvenes por experimentar.

j) Formas de no contagio

Se sabe que el virus está en las lágrimas y en la saliva de la persona infectada pero al estar en pequeñas cantidades no es fuente de contagio. Piensan que no

pueden enfermarse por tocar a la persona infectada, abrazarla o besarla o estar cerca de ella, tocar objetos que las personas infectadas tocaron, tomar del mismo vaso o comer sus alimentos o utilizar sus cubiertos.

IV.B.3. Cura y vacuna

Se cree que se va a encontrar una cura y una vacuna contra el SIDA. Los años en que se efectuarán los descubrimientos van desde cinco hasta 50 años. Antes se obtendrían medicamentos mejores y más económicos que puedan controlar la enfermedad y no causen daño a las personas. La cura y vacuna han tardado porque “no se conoce la raíz de la enfermedad”, “no se saben a fondo las causas que la originaron” y además porque “es una enfermedad que cambia, por eso tienen que estar cambiando constantemente los medicamentos o preparando cócteles”.

La creencia de que finalmente se encontrará una vacuna y una cura, se basa en que “como hay gente en todo el mundo que todos los días exclusivamente se dedica a descubrir la vacuna, que conoce a personas que tienen la enfermedad, a personas que han muerto o igual que sólo lo hacen por querer hacerlo o porque es su trabajo, tarde o temprano lo lograrán”.

IV.B.4. Prácticas de prevención frente al SIDA

k) Percepción de riesgo

Los jóvenes no se sienten en riesgo de adquirir el SIDA, independientemente de que usen o no condón y de las prácticas que realicen, piensan que no se van a contagiar: “Lo vemos como algo muy lejano de nosotros, como que eso no nos va a pasar ni a mí ni a mis amigas”. Indican que hasta que no ven los síntomas, no creen que puedan tener la enfermedad: “hasta que no nos dé, vamos a pensar en serio en la enfermedad”, “no importa si un amigo o conocido lo tiene, hasta que a mí no me dé, no pasa nada”.

Cuando los jóvenes conocen a alguien para establecer una nueva relación de noviazgo o de pareja no piensan en el SIDA. En algunas ocasiones, solamente cuando van a tener relaciones sexuales les viene la idea de que se deben proteger del SIDA o bien cuando ya tuvieron la relación sexual sin protección es cuando piensan que pudieron haberse infectado y en ambos casos no es motivo suficiente para que en la próxima empleen condón.

Para los jóvenes, un conocido tiene menos riesgo de adquirir la enfermedad. Piensan que por ver cotidianamente a su pareja la conocen y este conocimiento es lo que los orienta a pensar que no tiene la enfermedad: "pensamos no creo que sea así, se ve seriecito, no pensamos que tenga la enfermedad, no pensamos que sea posible que no se haya cuidado y bueno entonces ya somos dos que pensamos que el otro no puede tener SIDA, porque seguro no tiene, porque seguro se ha cuidado".

Los jóvenes que pueden percibirse como expuestos al SIDA son los que tienen problemas en casa (por ejemplo a los que corren de su casa) y a los que tienen pocas oportunidades y toman lo que se les presente sin pensar en el SIDA (como los jóvenes que viven en las calles).

Aún cuando se señala que por no percibirse en riesgo de adquirir la enfermedad muchos jóvenes no se protegen, reconocen que esto también les podría pasar a ellos que lo están enunciando, es decir, podrían tener una relación sexual y por no sentir que se van a contagiar, evitarían usar condón.

l) Lo que podría ayudar a que los jóvenes se sientan en riesgo

A los jóvenes les ayuda a tomar medidas preventivas: "El ver lo que les pasa a otros que ya tienen la enfermedad y sabemos que van a morir y nos damos cuenta de que se les está extendiendo un cuadro clínico y que va a ser muy doloroso para ellos". Además propusieron que se hable del tema en casa, que los padres lo inculquen desde niños, que en la escuela los maestros lo expliquen, que haya

foros de difusión atractivos y pensados exclusivamente en ellos. También mencionaron que se difunda más información en la televisión: "Ya que no nos ponemos a leer, a investigar, ni a preguntar, ni a informarnos entonces usemos la televisión que no falta en ningún hogar". "Yo digo que sí, la televisión está bien pero que pasen más cosas que tengan que ver con nosotros los chavos, que se vean [las personas] más como de nuestras edades para que nosotros nos podamos meter con la información que necesitamos del SIDA, porque si te ponen una conferencia con varios viejitos, pues no te va a interesar, le vas a cambiar [de canal]".

Finalmente propusieron conversaciones grupales: "Pláticas como ésta en la que se hable abiertamente, honestamente", "a lo mejor pláticas como las que hacen ellos [los investigadores] en la que nos preguntan precisamente oye te has acostado sí/no y con quién... sino decir tú que sabes, yo que sé y vamos a saber juntos realmente lo que es...yo creo que tiene que ser algo así directo con cada uno de nosotros".

"Yo quiero decir algo cuando llegamos aquí [al ejercicio] a nadie le interesaba el tema, ni siquiera se le venía a la cabeza el tema del SIDA ni nada... nos dijeron se trata de SIDA y en el momento que se quieran salir, se pueden salir pero todos nos quedamos aunque al inicio no le tomamos mucha importancia".

"A lo mejor nosotros ahorita sí vamos a los foros porque estuvimos hablando, tuvimos una discusión y entonces nos ponemos a pensar un poquito más y entonces sí es cuando decimos pues sí hay que irnos a informar".

m) Prevención y cuidados

En términos generales, contraer el virus que causa el SIDA depende de ellos tanto como de las situaciones que enfrenten: "Mitad depende de nosotros mismos y mitad no. Mitad no porque te puede pasar cualquier cosa ahorita saliendo y mitad sí porque podemos hacer muchas cosas para prevenirnos". En el sentir que depende de ellos, se asume que pueden tomar precauciones y controlar la

situación pero en el caso contrario, no pueden hacerlo principalmente porque se percibe que la situación está fuera de su alcance y, además, no es su responsabilidad. Ejemplos de éste último caso son: las violaciones, las transfusiones, el empleo de jeringas y agujas no esterilizadas en hospitales, consultorios dentales o cualquier lugar en el que se esté en contacto con objetos punzo-cortantes que pudieran estar infectados.

“Yo digo que a mí sí me puede pasar [contagiarme de SIDA] porque a lo mejor un día en la noche me violan y me lo pegan, a lo mejor yo sí tuve mucho cuidado en no contraerlo y algún día así me lo pegan”.

Para prevenirse del SIDA, los jóvenes proponen la comunicación, la honestidad, tener una sola pareja, la fidelidad, los chequeos para realizarse la prueba de detección, conocer a la pareja, hablar de su vida sexual y saber que puedes confiar en ella, usar condón en las relaciones sexuales y la abstinencia. En cuanto a los hospitales o cuando se tienen prácticas de drogadicción intravenosa: asegurarse de que su aguja y jeringa sean nuevas y que cuando se empleen sean desechadas.

Si bien los jóvenes identifican varias formas de protegerse del SIDA también reconocen que en la gran mayoría de los casos no se aplican en el terreno de la práctica, las formas de protegerse se quedan solamente en el discurso, en lo que se sabe y no entran en el terreno de lo que se hace. Por ejemplo, los chequeos consisten en irse a realizar la prueba, dos veces al año, para detectar la presencia del virus. No obstante, en muchos casos, las relaciones de noviazgo no alcanzan a durar seis meses. La abstinencia, a pesar de ser una propuesta, es algo que no se da mucho en los jóvenes porque: “nos gana el momento, por la calentura”.

n) Aplicación de conocimientos

Dicen tener los conocimientos básicos sobre prevención y reconocen que aplicar los conocimientos y tenerlos son dos cosas distintas. Aplicar los conocimientos de

prevención es lo que reduce la posibilidad de contagio. El primer paso para aplicar los conocimientos es tener la intención de hacerlo y para esto ayuda el tomar conciencia de la importancia de la situación y también tiene que ver con la responsabilidad de cada uno y de su autoestima: "si te quieres o no te quieres porque es tu salud, tu vida", "si tú te quieres, vas a pensar en ti mismo y te vas a cuidar y vas a tratar de tomar conciencia de lo que haces y con quién lo haces".

Un joven que decide cuidarse del VIH/SIDA aplicando los conocimientos que ya posee, piensa en su cultura, en su inteligencia, en no querer ser rechazado, en sí mismo y en su familia: "piensa en las metas que tiene que cumplir, en todo lo que le falta por vivir, si ya tiene hijos piensa en ellos, en sus padres y hermanos, en lo que van a sentir y a sufrir por él porque ninguna persona desea que se muera alguien de su familia".

A pesar de que piensan que tienen la información básica de sobre prevención solicitan más: "pues es que información si hay, la verdad es que nos invaden mucho, viene aquí [al plantel] a hacer presentaciones o en la tele... información sí hay, pero no es tan clara ni tan precisa".

IV.B.5. El SIDA y las relaciones sexuales

ñ) Prevención en las relaciones sexuales

La forma más conocida y más empleada, por mucho, para prevenirse de una relación sexual es el condón masculino. A tal grado que aún cuando reconocen que no es el único método de prevención frente al VIH/SIDA les costó trabajo mencionar otros, insistiendo más, se habló de usar guantes tipo cirujano para las caricias sexuales y estimulación manual y el condón femenino.

La importancia del condón masculino también se nota en la forma de hablar: cuando usan la palabra "condón", se refieren al masculino y cuando se refieren al "condón femenino" lo mencionan con las dos palabras.

El condón como medida de prevención a llegado a ser tan asimilado que se le sustituye por la palabra "protección". Así el "tener relaciones sexuales con protección" es equivalente a tener relaciones usando condón (masculino).

Los guantes tipo cirujano protegen a las personas que se comen las uñas o tienen "padrastrós" –los cueritos de los dedos al rededor de las uñas-. De esta manera, las secreciones seminales o vaginales no entran en contacto con el torrente sanguíneo.

El condón femenino es conocido pero es escasamente empleado sobre todo porque: "es más difícil de adquirir", "no se encuentra en cualquier lado", "casi no hay explicaciones para ponerlo", "además es muy caro", "si el hombre no entra bien por donde debe entrar, pues, no sirve de nada", "se usa más el masculino pero de que todos sabemos de la existencia del condón femenino todos sabemos", "sabemos pero yo en mi vida he visto uno".

"Lo que pasa es que el condón masculino se usa más porque se sabe más de él. El condón femenino no tiene mucho que lo elaboraron. Además es más incómodo, el masculino como sea es al exterior, en cambio el femenino hay que introducirlo en la mujer, como si fuera tampón, bueno la verdad es que nunca me lo he puesto pero pienso que da más trabajo y debe ser más incómodo".

Dicen que al tener una relación sexual se cuidan ambos, los hombres y las mujeres. Ambos se protegen igual y tienen el mismo grado de precaución al tener una relación sexual: "Yo creo que la protección es para ambos", "Ahora los hombres y las mujeres se cuidan. Antes quien cargaba y compraba los condones eran los hombres, ahora también los compran las mujeres. Antes si no se lo ponía él, las mujeres no le pedían que se lo pusiera por pena o por lo que sea, pero ahora ya hay conciencia por parte de los dos, porque ninguno de los dos quiere contagiarse".

La gente joven está acostumbrada a que se use condón durante una relación sexual, en términos generales no es visto como algo que incomode y no les da pena solicitarlo: "No da pena porque yo creo que ahora tanto el hombre como la mujer son más abiertos y si la mujer ve que su pareja no quiere usar el condón, de alguna manera ella lo persuade diciéndole que es por la seguridad de ambos y no sólo para ella".

Incluso hay jóvenes que dicen que no se siente lo mismo, que es incómodo, sin embargo sí lo usan con la intención de protegerse.

Piensan que un conocido tiene menos riesgo de adquirir la enfermedad, es como si el trato cotidiano redujera la posibilidad de que una persona se infecte, en cambio si se tienen relaciones con un desconocido sienten que se exponen a un riesgo mayor de infectarse.

Queda vinculado el SIDA a la vida sexual tanto por ser una forma de contagio como por ser la más frecuente en nuestro país: "Ya todos dijimos formas por las que te puedes infectar, pero sabemos que es más probable que te infectes si no tienes tú control por una relación sexual".

o) No prevención en las relaciones sexuales

Los jóvenes que deciden sustituir el condón por otro método anticonceptivo o bien no emplear ninguno, piensan que: "el condón es poco útil, que no sirve, que no se disfruta igual o ponen otros pretextos pero no lo usan".

Por lo general, quien se resiste más a usar condón es el hombre: "dicen que es incómodo, que les ocasiona molestias al ponerlo o al tenerlo puesto". En algunos jóvenes la molestia los orienta a no usarlo y en otros la molestia únicamente se queda en nivel verbal y se lo ponen: "En algunos porque dicen hay no quiero ponérmelo pero es mi deber y en otros dicen ¡ay! voy a hacer como que se me olvidó por la emoción".

“En el caso de que no lo use el hombre, quien se queja más es la mujer por eso de los embarazos no deseados”. Cuando se tiene una pareja estable, que están casados o comprometidos, es más fácil que se cambie el preservativo por otra medida anticonceptiva porque ya no se piensa en las enfermedades.

Es más frecuente que el hombre convenza a la mujer de no usar condón que a la inversa. Esto lo explican los jóvenes porque piensan que las mujeres son más ingenuas y que tienen relaciones por amor y los hombres se aprovechan de esto para presionarlas, manejándoles que si no tienen relaciones, aun sin condón, terminan: “los hombres no tienen un poder de convencimiento sino un arma de sometimiento para las mujeres”.

p) *Cambio de comportamientos en los jóvenes*

Considerando el conjunto de información obtenida en este punto, encontramos que las respuestas pueden agruparse en tres ejes: 1) No hay cambio de comportamiento en los jóvenes por la presencia del SIDA, 2) Sí hay cambio de comportamiento y por último, 3) El cambio viene únicamente cuando ya se adquirió la enfermedad.

1) No hay cambio de comportamiento. Los jóvenes no han cambiado su conducta debido a la aparición del SIDA, siguen viviendo de la misma manera: “Antes de que existiera el SIDA ya había otras enfermedades, sífilis, gonorrea o simplemente se abstenían por miedo al embarazo no deseado. Yo creo que sepan o no del SIDA su comportamiento va a ser igual, porque así ha sido. El comportamiento de la gente no cambia”.

2) El comportamiento sexual cambió un poco en el sentido de que ahora lo piensan dos veces antes de tener una relación sexual: “Hasta cierto punto yo sí creo que hubo un cambio, ahora se tiene un poquito más de cuidado”.

“Yo creo que sí hay cambios porque póngale que ahorita no existiera el SIDA pero ya hay vacunas para la sífilis, para la gonorrea, ya hay tratamientos y entonces, en algunos casos, podríamos decir ay, pues si me da gonorrea o sífilis, pues bueno ya hay tratamientos, entonces bueno lo hago, aunque sea sin protección pero ahorita como hay SIDA dices no porque que tal si me da el SIDA, no hay tratamiento. Como que algunas personas han de pensar eso y se detienen, otras yo creo que no”.

“Como que piensas más las cosas porque sabes que si lo hago sin protección entonces puedo contraerlo, entonces ya te haces más consciente de lo que te puede pasar”.

3) El cambio sólo sucede cuando ya se adquirió la enfermedad. Cuando un joven se entera que tiene SIDA ya no lleva la misma vida, pueden pasar dos cosas: Se da un giro positivo en el que “la gente se alimenta mejor, se cuida más, realiza ejercicio, se hace más responsable de su alimentación, de sus medicinas, disfruta más y viven más la vida, disfrutan más los días, cada minuto se disfruta como si fueran diez días”. En el otro caso se da un giro hacia lo negativo: “la gente se viene abajo, se deprimen, se ponen mal, no quieren salir ni ver a nadie, piensan en suicidarse para evitar los dolores”. Estos dos giros dependen de la fuerza de voluntad para estar viviendo y del apoyo que reciba el enfermo.

IV.B.6. Rechazo y discriminación

El rechazo a los enfermos de SIDA se continúa presentando hasta el día de hoy, sin embargo, tiempo atrás era más notorio y con mayor frecuencia. Antes las personas no contaban con buena información por lo que no querían tener ningún tipo de contacto con los enfermos (no los tocaban y se les aislaba), creían que tener SIDA era sinónimo de ser homosexual. Piensan que sus padres y personas mayores por ser de otra generación y vivir otra educación tienen una mentalidad menos favorable: “Los educaron de otra forma”, “Entre mayor edad tienen las personas se asustan más”.

En cambio, en la actualidad “las generaciones más jóvenes tienen una mentalidad más favorable, más informada” que los hace dejar de lado el rechazo y brindar un mejor trato a los enfermos de SIDA. No obstante, algunos jóvenes que no tienen buena información de las vías de transmisión del VIH continúan rechazando a los enfermos por el miedo al contagio. Este rechazo se manifiesta por “la exclusión, por hablar mal de la persona, la pueden insultar e inclusive tratarla como si fuera un monstruo”.

Opinan que un ejemplo muy concreto del rechazo que llega a ser una forma de discriminación se vive en el ámbito laboral. Algunas empresas solicitan que los aspirantes se realicen diversas pruebas, entre una de las cuales está la de detección del VIH. En caso de resultar positivo no se contrata y, si ya se está trabajando, se le despide.

Si es un amigo o una persona cercana quien se contagia, suelen ser comprensivos y piensan en cómo ayudar. Si es su pareja, las cosas cambian. Si ya tienen relaciones sexuales se suspenderían, aún usando condón, y terminarían la relación: “Sería una decisión de los dos, si no nos seguimos viendo pero quedando como amigos”. En este caso prefieren que la ayuda no sea dada por ellos sino por un profesional.

Los participantes dicen que como tienen la información básica no rechazarían a los enfermos, no sentirían miedo al contagio y estarían atentos para ver si se deprime o ver en que pueden ayudar. Han escuchado que hay enfermos de cáncer que se molestan porque sus seres queridos o amigos están demasiado pendiente de ellos por lo que buscarían tratarlos normalmente: “Muchos se enojan, creen que les tienen lástima, algunos dicen es que no me tengas lástima, no me trates como niño chiquito, estoy enfermo pero no me trates así”.

Si ellos tuvieran la enfermedad no lo dirían por miedo al rechazo, quizá lo comentarían con alguien a quien le tengan confianza para buscar ayuda y apoyo.

IV.B.7. Dudas y aspectos confusos

Al inicio de la actividad los jóvenes decían estar bien informados y parecía que no existían dudas pero al profundizar los temas y hacer preguntas, para sorpresa de ellos mismos, fueron surgiendo.

No se entiende cómo es que se contagia una gente por recibir una transfusión sanguínea si se supone que la sangre es examinada en los hospitales: saben su tipo, de quién vino y si está limpia, entonces si se tiene este control, no se entiende cómo puede darse el contagio.

No está claro si una persona que está infectada se corta con algo y otra persona sana se corta también con ese mismo objeto se puede contagiar. Lo que confunde es que han escuchado que como el virus está en muy poca cantidad no es suficiente para mezclarse con toda la sangre e infectar a todo el cuerpo, aunque saben que si entra sangre contaminada, hay posibilidades de infección.

No queda claro cómo se puede contagiar una persona por transfusiones sanguíneas o por jeringas contaminadas si el virus no puede vivir fuera del cuerpo humano: ¿Cómo es que se contagia si aquí el virus ya está fuera del cuerpo humano?

No saben si por un beso en la boca teniendo picaduras en las muelas o cortadas en la boca se puede contagiar la enfermedad, también desconocen si deben de ser mutuas las picaduras o las cortadas o basta con que la persona infectada las tenga.

No saben si por sexo oral se puede dar el contagio, o si es únicamente fuente de contagio cuando se tienen cortadas o llagas en la boca. Por último, tampoco saben si el aire mata al virus ni cuánto tiempo puede vivir fuera del cuerpo humano.

Dicen que cuando tienen dudas al respecto del tema, van a bibliotecas para consultar libros, preguntan a profesores o bien a profesionales y así resuelven sus inquietudes. No obstante, al indagar más reconocen que esto sólo lo dicen; en la práctica, en el terreno de las acciones son muy pocos jóvenes los que lo hacen. Generalmente, más que acudir a obtener la información, los jóvenes la reciben. Algunos que sí buscan informarse lo hacen motivados por tener vida sexual activa y buscan protegerse del SIDA y del embarazo no deseado.

El cambio de pensar que no tenían dudas a identificarlas fue un proceso que surgió de la conversación grupal en la que los contenidos se fueron haciendo más concretos y se les pedía su argumentación del cómo. A continuación presentamos algunos testimonios:

“Yo creo que la duda ya estaba pero ahorita la descubrimos, no nos habíamos dado cuenta”.

“Yo ya tenía identificada la duda pero el pensar que uno no va adquirir la enfermedad, no surge la necesidad de preguntar o de que sea respondida...yo pude estar con esta duda pero ahorita ya no”.

“Yo me imaginaba que si preguntaba mi duda, ellos [sus compañeros] me la podrían responder con certeza pero ya vi que no; me doy cuenta que ninguno lo sabemos”

IV.B.8. El embarazo no deseado mayor preocupación que el SIDA

Esta es una categoría que no se tenía contemplada y que emergió del discurso de los participantes. Los jóvenes ven al embarazo no deseado como algo mucho más cercano y probable que les ocurra, por ello al tener relaciones sexuales usan preservativo. En cambio el SIDA se ve más lejano y con menor probabilidad de presentarse. Los jóvenes hablan más de prevenir embarazos y de anticonceptivos que de SIDA.

En la primera relación sexual, los jóvenes no piensan en SIDA, es hasta después de un tiempo en el que tienen relaciones y cuando lo consideran pero aún así el SIDA no está al mismo nivel de presencia que otros aspectos como: los nervios, los padres, los anticonceptivos, el embarazo. Esto es así porque “piensas que a ti nunca te va a pasar”, “Igual y piensas que con la persona que lo vas a hacer [tener relaciones sexuales] no lo tiene, piensas no me va pasar, no me va a pasar y ya que empiezas con una vida sexual más frecuente te va dando conciencia de ti mismo, de lo que tienes que hacer y de lo que no... de cuidarte y de buscar protección”.

“Yo pienso que cuando la gente joven usa condón en una relación sexual no piensa en cuidarse del SIDA sino en no quedar embarazada”.

“Fue más la información que te dan cuando te dicen no tengas relaciones porque la mujer queda embarazada y entonces te da más miedo el embarazo que el SIDA”.

“El SIDA es algo muy lejano y el embarazo algo muy común”. “De cierto modo es más real un embarazo que enfermarte de SIDA”.

IV.B.9. Cómo se ven los jóvenes a ellos mismos

Esta categoría no estaba considerada originalmente, surgió del discurso de los participantes. La información obtenida la podemos agrupar en dos polos: uno positivo y otro negativo. En el polo positivo, que es el menos frecuente, los jóvenes se visualizan como informados, críticos, con mente abierta y capaces de tomar buenas decisiones. En este caso hay una correspondencia entre la información y la prevención pues se aplican los conocimientos en la práctica.

En el polo negativo, los jóvenes se autoperciben en su mayoría como infieles, liberales, inconscientes, carecen de comunicación efectiva con sus parejas, no miden las consecuencias de sus acciones, no toman precauciones y no han entendido al SIDA como un problema para ellos y por lo mismo no se informan y no se previenen. Piensan que los jóvenes se dejan llevar por sus impulsos y se

guían sólo por el presente. Estas características, que se explican sobre todo por la edad y la falta de madurez, también son las que los hacen percibirse y justificarse como la principal población que emplea drogas.

“Los jóvenes de ahora somos más liberales, andamos con uno con otro y con otro, no estamos conscientes de algunas cosas y todo lo tomamos a la ligera”, “Se les hace más fácil porque no hay compromisos a pesar de que tengan novio (a) no piensan en casarse y se sienten con mayor libertad de salir con alguien más”.

“Siento que todavía no hemos captado el problema real que nos puede ocasionar esto [el SIDA]”.

“Los jóvenes deberíamos de tener un poco más de interés de informarnos”.

“Los jóvenes no nos damos cuenta de lo que hacemos, sólo lo hacemos y lo repetimos y ya”.

“Hay veces que nos gana la calentura”.

Comentan que entre la gente joven se dan casos en los que un miembro de una pareja heterosexual tenga a su vez otra(s) pareja(s) de su mismo sexo. En este caso las parejas del mismo sexo pueden saber con mayor facilidad que él o ella tiene otra pareja heterosexual pero no a la inversa. Es decir, la pareja heterosexual de un joven, generalmente, no se entera que éste tiene otras parejas de su mismo sexo, se oculta por miedo al rechazo.

IV.B.10. La inexistencia del SIDA

A pesar de que ninguno de los jóvenes que participaron en los dos grupos de discusión comparte esta idea, se ha escuchado que otros de sus amigos, afirman que el SIDA no existe “dicen que es pura mentira, pura tontería para que la gente tenga miedo, no se embarace y no tenga relaciones sexuales”. Reconocen que esta idea, que fue escuchada de un locutor en una estación de radio, no está muy presente en los jóvenes de sus planteles. Los participantes opinan que “esas ideas no van, no tiene sentido... miles de personas se están muriendo y ellos con estas ideas”.

IV.C. Evaluación de la actividad de discusión en grupo

Antes de terminar la discusión grupal se preguntó a los participantes que les pareció la actividad y cómo se sintieron: “no fue incómodo, para nada, la verdad es que estuvo muy a gusto”. También comentaron: “nos dejás muchas reflexiones”.

Un fenómeno particular ocurrió casi al término de la discusión grupal, los jóvenes dijeron haber pasado de un momento en el que pensaron que tenían información suficiente a otro en el que no tienen tanta información como creían:

“Pues yo creía que tenía información, pero simplemente con el ejemplo que pusiste hace rato ya me di cuenta de que no, creo que tengo un 50% y me fue bien”.

“Si 50% porque la verdad hay muchas cosas que no sabemos”.

“50% y eso es mucho, estamos viéndonos generosos”.

“Además todo lo que dijimos son cosas de nuestra opinión, lo que nos imaginamos o lo que nos han dicho pero no son cosas que sabemos realmente a ciencia cierta”.

“Yo creo que lo básico lo tenemos, pero igual esas pequeñas cositas en las que tenemos dudas son las que hacen la diferencia, esas pequeñas dudas que todavía no conoces son las que salvan tu vida”.

Finalmente, a petición de los participantes y como una manera de agradecerles su colaboración en este trabajo, se dedicó un tiempo a que los jóvenes expusieran las principales dudas que tenían sobre el tema y se les dieron respuestas. En ese momento se invirtieron los roles, ahora ellos realizaban preguntas y nosotros respondíamos.

CAPÍTULO V DISCUSIÓN

Las representaciones sociales no están ni en la cabeza de los individuos ni tampoco en algún lugar extraindividual de la sociedad. Son un proceso que resulta de la naturaleza social del pensamiento
Tomás Ibáñez

En esta sección se recuperan los resultados de la investigación analizados desde el marco teórico de las representaciones sociales. Iniciamos con los resultados de nuestra primera forma de recolección de datos y terminamos con la información proporcionada por las discusiones grupales, dejando para el apartado de conclusiones la reflexión sobre los dos conjuntos de datos obtenidos y algunas otras consideraciones finales.

V.1. Asociación libre, asignación de carga y significado al corpus

Es propio de la representación, como lo es de la sociedad, producir un exceso de lógica para obtener un exceso de realidad
Serge Moscovici

La manera en que recolectamos los datos de esta primera fase está directamente vinculada con la noción moscoviciana de entender a la representación social como una noción conformada por tres dimensiones interrelacionadas: la información, el campo de representación y la actitud.

Si bien cada una de estas dimensiones ha sido teorizada y aplicada a diversos objetos de estudio, nosotros regresamos a la vertiente original de la teoría de las representaciones sociales para obtener las definiciones que orientaron nuestro trabajo. A continuación las presentamos:

1. Información: conjunto de conocimientos que poseemos a propósito de un objeto social, su calidad y cantidad, mas o menos estereotipada, banal y original (Herzlich, 1975).
2. Campo de representación: conjunto de información organizada y estructurada, entendida como unidad jerárquica de elementos (Moscovici, 1976).

3. Actitud: orientación general positiva o negativa, frente al objeto de la representación (Herzlich, 1975).

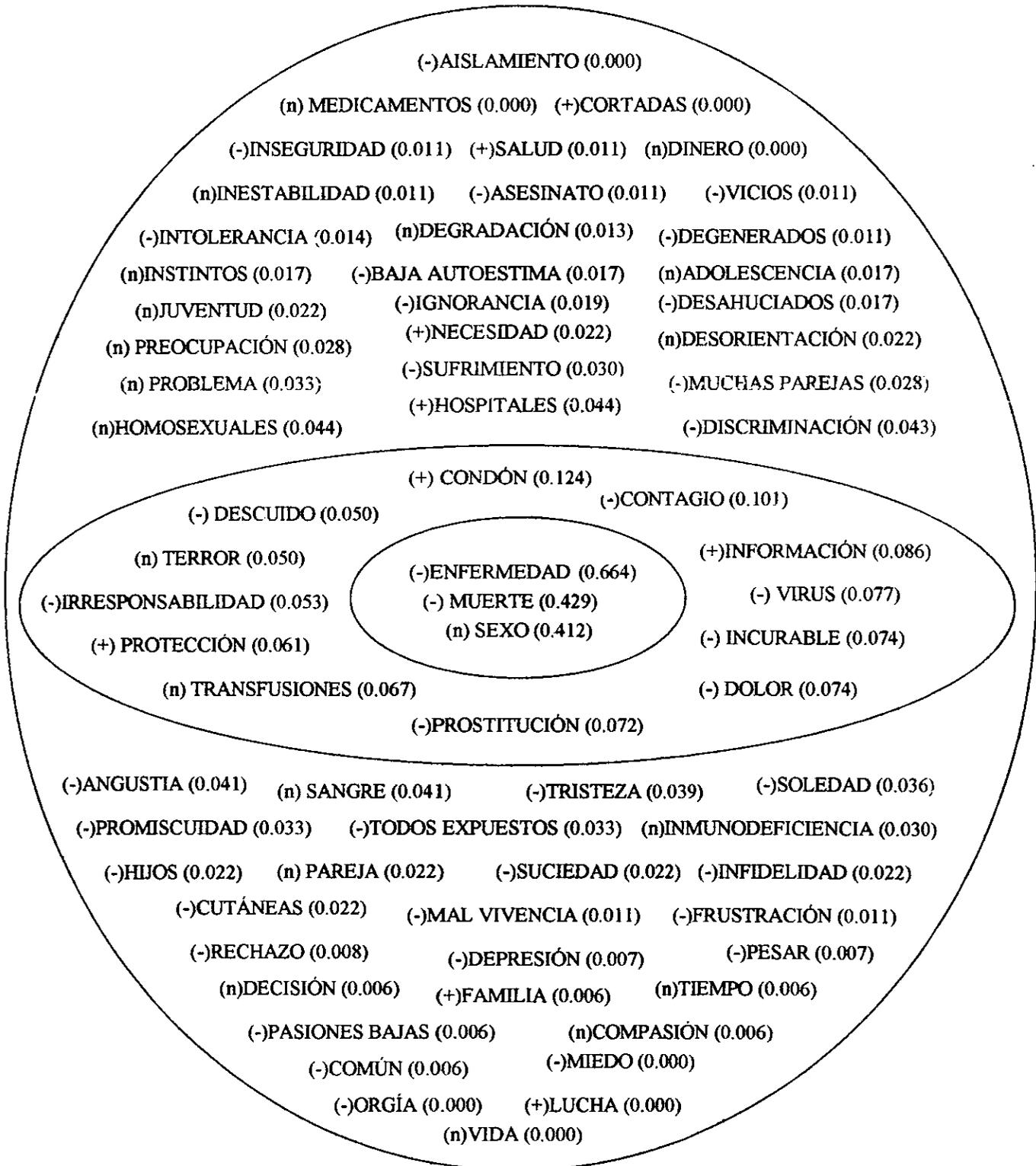
Estas definiciones teóricas fueron operacionalizadas de la siguiente manera: la dimensión de la información quedó compuesta por el número total de las palabras originales que fueron asociadas por la muestra. La segunda dimensión, el campo de representación, equivale a la organización estructural de la dimensión de la información y se determinó por el peso cultural (correlación entre el orden de mención y la frecuencia de aparición) de las palabras originales. Por último, la dimensión de la actitud se entiende como la carga afectiva que el sujeto elige para cada palabra original y se expresó en términos positivos, negativos o neutrales.

Con la idea de presentar la representación social del SIDA considerando las tres dimensiones básicas, elaboramos la figura 1. Al observar la figura 1 podemos decir que los datos obtenidos se resumen de la siguiente forma:

| | |
|-------------------------|---|
| Información | Un total de 69 palabras originales. |
| Campo de representación | Tres niveles organizadores jerarquizados con base en el peso cultural. En el primero encontramos 3 palabras, en el segundo 12 términos y en el tercero 54 palabras. |
| Actitud | Se presentan los tres tipos de valoración, predominando la Negativa: 57% (39 palabras), seguida de la carga Neutra: 30% (21 palabras) y la menos representativa es la valoración Positiva 13% (9 palabras). |

Figura 1 Representación social del SIDA

Conformada por la primera forma de recolección de datos, se organiza en tres niveles: en el centro ubicamos el núcleo figurativo y los dos restantes constituyen a los elementos periféricos. A cada palabra le acompañan su carga y su peso cultural.



La noción de la representación social que se presenta en la figura 1 corresponde a la delimitación de la estructura representacional del SIDA elaborada a partir del pensamiento espontáneo.

La estructura representacional del SIDA se constituye por tres niveles, organizados jerárquicamente. En el primero encontramos a tres elementos que sobresalen, dada su mayor proximidad, y se revelan como los términos mayormente atribuidos al SIDA: ENFERMEDAD, MUERTE y SEXO. Basándonos en estas tres palabras y en su respectivo significado, recabado por la entrevista, podemos decir que para nuestra muestra el SIDA es caracterizado, ante todo, por lo que es (una enfermedad), lo que finalmente ocasiona (la muerte) y el principal medio de transmisión en nuestra muestra y en nuestro país (el sexo).

Estos tres indicadores claves del SIDA serían el equivalente a lo que en la teoría de representaciones sociales se ha denominado núcleo o esquema figurativo (Moscovici, 1976), ya que organizan una imagen o noción del objeto representado suficientemente coherente, sintética y fácilmente expresable que adquiere un estatus de evidencia para el grupo (Jodelet, 1984).

El esquema o núcleo figurativo también constituye la parte más sólida y más estable de la representación social y ejerce una función organizadora que afecta a todo el conjunto de elementos representacionales.

El núcleo o esquema figurativo de la representación social del SIDA identificado en esta investigación puede expresarse de la siguiente manera: enfermedad mortal que se transmite principalmente por vía sexual. Esta noción, deja de lado la parte moral del discurso religioso que ha acompañado a esta enfermedad y se sitúa en un discurso similar al de la ciencia.

También es conveniente señalar que estos tres términos (ENFERMEDAD, MUERTE y SEXO) son los que por sí solos tienen un mayor sentido simbólico en

nuestro grupo de estudio. Este sentido simbólico parece ser el predominante en la actividad de estructuración de la representación, apoyado en referentes ideológicos y modelos socioculturales (con una extensa tradición en la cultura occidental, que superan por mucho a la historia del SIDA), se reorganiza para constituir la parte central de la noción del síndrome de inmunodeficiencia adquirida.

Continuando con la organización de la representación social y situándonos en el segundo conjunto de elementos que dividen al campo representacional, encontramos 12 términos que se sitúan en una posición intermedia y al considerar su significado tenemos que: tres aluden a la prevención (CONDÓN, INFORMACIÓN y PROTECCIÓN), cuatro a características de la enfermedad (VIRUS, INCURABLE, CONTAGIO y TRANSFUSIONES), dos a elementos que favorecen el contagio (IRRESPONSABILIDAD y DESCUIDO), dos términos que refieren estados que ocasiona el SIDA (TERROR y DOLOR) y finalmente aparece el único grupo al que se asocia el SIDA en este nivel, el del comercio sexual (PROSTITUCIÓN). En este segundo nivel el panorama del SIDA comienza a ampliarse, ya no sólo es caracterizado como objeto, sino que entran en juego otros elementos importantes que se activan a partir de la noción de SIDA y que son necesarios para ubicar otras dimensiones de la enfermedad.

Por último, en el tercer nivel, constituido por un total de 54 palabras, encontramos a los términos que se encuentran más distantes y mayormente dispersos, que a manera de marco envuelven a los anteriores niveles. Siendo el nivel que incluye la mayor cantidad de términos, también al retomar los significados, se reúne el mayor número de temas. Encontramos palabras relacionadas con emociones y estados de ánimo (MIEDO, DEPRESIÓN, TRISTEZA, SUFRIMIENTO, ANGUSTIA, entre otras), palabras que se han clasificado como estigmatizadas (HOMOSEXUALES, DEGENERADOS, VICIOS, SUCIEDAD, PROMISCUIDAD, entre otras), palabras que denotan la gravedad de la enfermedad (PROBLEMA, TODOS EXPUESTOS, DESAHUCIADOS, ASESINATO, COMÚN, entre otras),

palabras que intentan contrarrestar a la enfermedad (VIDA, FAMILIA, SALUD, HOSPITALES, LUCHA, DINERO, entre algunas otras) y finalmente palabras con relación a nuestra muestra (JUVENTUD, ADOLESCENCIA, PREOCUPACIÓN, IGNORANCIA, INSTINTOS, INFIDELIDAD, entre otras).

Si consideramos las poblaciones que aparecen mencionadas en la estructura de la representación social podemos decir que el SIDA se asocia principalmente a la prostitución, a los homosexuales y, con menor intensidad, a cualquier persona y a los jóvenes.

Este conjunto de datos obtenidos del pensamiento espontáneo de nuestra muestra, corresponde al nivel cognoscitivo, es decir están en el nivel de lo que se cree, de lo que se piensa. Los datos que a continuación se presentan permiten pasar a un nivel discursivo, que demanda una mayor argumentación y reflexión sobre lo que se dice y además, sin confundir que seguimos en un nivel de discurso, obtener indicadores de la práctica, de lo que se hace.

V.2. Discusión en grupo

Conocer socialmente una cosa es hablarla
Serge Moscovici

La segunda forma de recolección de datos se basa en la importancia de la comunicación en las representaciones sociales. A partir de conversaciones colectivas semi-dirigidas, se indaga un diferente nivel de información de nuestro objeto en estudio.

El SIDA, igual que en el caso de la primera forma de recolección de información, es ubicado como una enfermedad mortal y contagiosa que es ocasionada por un virus que afecta al sistema inmunológico del ser humano y cuya transmisión es principalmente por vía sexual. Esta noción del SIDA está apegada en su totalidad al discurso de la ciencia y parece que de tanto repetirse en ámbitos escolares se ha objetivado y anclado en el pensamiento de los jóvenes.

Similar a lo que ocurren en la ciencia, los jóvenes no saben el cómo ni el dónde surgió el SIDA. No obstante, este no saber lejos de ser un obstáculo es como un hueco que posibilita su llenado por la construcción de varias hipótesis, entre las que se destacan tres que explican el origen del SIDA. En primer lugar, creen que es una creación accidental de la ciencia, o bien que a partir de otro virus evolucionó y por último, está presente la idea de que el virus siempre ha existido pero que no se había detectado. Considerando las tres ideas más presentes acerca del origen del SIDA, se puede afirmar que en los jóvenes estudiados el origen del SIDA no se vincula a un castigo divino.

El que los jóvenes se inclinen por la primera hipótesis, que postula que el SIDA es una creación de la ciencia, parece ser una característica de su forma de pensar que va relacionada directamente con su edad y su contexto escolar. En su lógica de pensamiento se otorga preferencia a la adopción de ideas que conjugan elementos de fantasía que dan por resultado historias emocionantes y atractivas. No obstante, también se apoyan en elementos de la ciencia que recuperan de su experiencia académica, de esta forma la ciencia y la ficción les permiten argumentar con solidez y convicción sus afirmaciones y desembocar en la elaboración de lo que se ha denominado como auténticas teorías ingenuas, dado que se enmarcan en el conocimiento ordinario (Jodelet, 1994).

Este conocimiento ordinario, que en nuestro caso retoma elementos del conocimiento científico, es el que nos sitúa en el terreno de las representaciones sociales. Existen testimonios de otros estudios en los que las representaciones sociales también surgen como un producto híbrido de producciones tanto del ámbito científico como del sentido común (Díaz, 1998; Flores y Díaz, 2001).

La formación de las representaciones sociales, al ser selectiva, puede incorporar informaciones de diversa procedencia, descontextualizar algunas y obviar otras.

Ya vimos que en la noción del SIDA prácticamente se retoma el conocimiento científico, ahora presentaremos un caso en el que la información se distingue.

Al ubicar quiénes fueron los primeros infectados, los jóvenes prácticamente desafían a la ciencia y reconstruyen su propio conocimiento particular. El discurso científico indica que los primeros infectados tenían en común ser varones jóvenes con preferencia homosexual. Por su parte, los jóvenes toman con reserva esta información y asumen que no saben quiénes fueron los primeros infectados por el SIDA, pudiendo ser los científicos que experimentaban con el virus o cualquier tipo de personas, pero no están de acuerdo en que fueron varones con preferencia homosexual. Piensan que los medios de comunicación se centraron en ellos para hacer noticia y ser tema de escándalo pero no por ser los primeros infectados.

De manera similar al punto anterior, no hay consenso en los jóvenes respecto a la fecha en que apareció el SIDA. Se piensa que pudo surgir desde hace un siglo pero sobre todo en el periodo de los cuarenta a los ochenta. La amplia dispersión de la información en la representación social respecto al nacimiento del SIDA puede deberse a que la edad promedio de los participantes es de 17.5 años. Si tomamos en cuenta que el SIDA se presenta oficialmente a la opinión pública en 1981, encontramos un desfase de dos años y medio entre el nacimiento del SIDA y el promedio del nacimiento del grupo. Este hecho es el que puede explicar que la fecha pase inadvertida.

También ausente está la existencia de los dos tipos de VIH que se han identificado. De hecho en el discurso de los jóvenes generalmente se habla de SIDA sin hacerse la distinción entre la persona que está infectada por el virus y la persona que ya está enferma o ha desarrollado los síntomas.

Los primeros contactos que tuvieron los jóvenes con la enfermedad fueron proporcionados por profesores en las instituciones educativas, particularmente en primaria y secundaria. Actualmente, en nuestro país desde quinto de primaria se

ha incluido información básica del SIDA en libros de texto. Además se han puesto en marcha varias campañas de prevención por lo que la información ha seguido llegando a ellos a través de diversos medios de comunicación como la televisión y la radio. Esto ha ocasionado que el SIDA sea un tema conocido por la muestra.

Si bien el SIDA es un tema conocido, paradójicamente, es un tema del que escasamente se habla en casa y del que se toca poco en las conversaciones cotidianas. Para evitar ser considerado homosexual, bisexual, lesbiana o que los demás piensen que los jóvenes desean tener relaciones sexuales, se habla solamente de SIDA con personas de su edad a las que se les tiene confianza. La mayor parte de lo que se comenta son experiencias que los jóvenes narran a sus amigos y generalmente les han ocurrido a otras personas de mayor edad. No hay finalidad de prevenir, sólo de comunicar.

Los jóvenes tienen presente historias de personas que fueron infectadas y que es tanto su enojo que se convierten en violadores y andan expandiendo la enfermedad para vengarse. En estas historias los personajes son atípicos y en cierta forma extremos: enfermos mentales, violadores y adictos que no tienen nada en común con ellos. Este tipo de narraciones son las predominantes en las conversaciones que tienen los jóvenes.

Los participantes consideran que, dada la importancia del SIDA, se debería hablar más del tema pero no encuentran con quién hacerlo.

Dado que el SIDA es un tema familiar para la muestra se cuenta con información referente a las tres formas de contagio y de igual manera, manejan las formas de no contagio. El que los jóvenes tengan conocimientos sobre SIDA puede generar la falsa impresión de que se sientan protegidos, es como si este saber los condujera a actuar sabiendo. Aspecto más que lejano en el campo del SIDA porque una cosa es tener la información y otra, aplicarla.

Para ejemplificar lo anterior podemos decir que los jóvenes saben que a cualquier persona le puede dar SIDA pero identifican como más propensas a aquellas que se dedican a la prostitución, tienen preferencia homo o bisexual, son promiscuas o bien las personas que usan drogas intravenosas.

En este punto hay que mencionar que las personas percibidas como más propensas al contagio también han sido fuertemente estigmatizadas en nuestra sociedad. Si bien se reconoce que todos estamos expuestos, no lo estamos en el mismo grado, los "Otros", lo están en mayor parte.

El estigma del SIDA ha acompañado a la enfermedad desde su origen. Al presentarse en homosexuales y posteriormente en toxicómanos, la enfermedad fue vista como un mal que sólo afectaba a los "desviados".

Múltiples testimonios de la prensa y de varios medios de comunicación contribuyeron a que la enfermedad se adjudicara sólo a los primeros infectados. Es así como la representación social del SIDA se construyó como una enfermedad que solamente afecta a algunos. Para cuando fue del dominio público que existían tres vías de contagio que son independientes de cualquier grupo social, la población ya había determinado que la enfermedad no era de todos. Y esta creencia se puede haber matizado, sobre todo por las campañas de prevención, pero sin duda se ha mantenido. En nuestro caso, los jóvenes investigados, continúan pensando que el SIDA les puede dar con mayor facilidad a los grupos mencionados y no ha hecho consenso la idea de que el contagio del SIDA depende de las prácticas de prevención que se adopten y no de la pertenencia a determinados grupos. Esta información ha sido corroborada por otros estudios, por ejemplo en una encuesta a estudiantes (Blanchet, 1989 citado en Morin, 1994) se les preguntó ¿Piensa usted que el SIDA sea un riesgo? Las respuestas fueron las siguientes: para algunos grupos sí: 84%; para la sociedad sí: 70%; para usted mismo sí: 40%.

Un dato que resulta más polémico es que a pesar de todo, los jóvenes admiten que no se sienten en riesgo de adquirir SIDA. Piensan que ellos y sus amigos están a salvo de la enfermedad mientras que son los demás, principalmente los desconocidos, los extraños o la sociedad en general, los que sí tienen probabilidad de contagiarse. Este dato también ha sido obtenido en los resultados de otra investigación, en la que se encontró que el porcentaje de jóvenes que se inquietaban por los riesgos que hace correr el SIDA en la sociedad es de 75.1% mientras que el riesgo de contaminación por SIDA individual es de 25.4 % (Moatti et al., 1990 citado en Morin, 1994).

Parece ser que el antecedente histórico de que el SIDA apareciera en determinados grupos que condujo a la designación de los llamados grupos en alto riesgo, que en su momento fue ampliamente difundida, facilitó la falsa creencia de que el SIDA le da a los "Otros", sobretodo al Otro estigmatizado, el que se opone totalmente al "Yo". Tal vez por esto los jóvenes han conformado una visión muy particular de la prevención.

En un primer nivel la protección hacia el SIDA en el discurso de los jóvenes se percibe dividida, por una parte depende de lo que ellos hagan y por otra de la situación que enfrenten. La situación que enfrentan generalmente los rebasa y ante ella no se puede hacer mucho porque no está en sus manos. Las formas de protección enunciadas contra el SIDA que sí dependen de ellos son: comunicación, honestidad, fidelidad, una sola pareja, usar condón y abstinencia. Por lo general éstas no se ponen en práctica, aspecto que se relaciona con su propia percepción.

La imagen que los jóvenes tienen de sí mismos se puede ubicar en dos polos extremos: un positivo y un negativo. En el primero, que es el menos frecuente se autoperciben como críticos, informados, con mente abierta y capaces de tomar buenas decisiones. En este caso, hay correspondencia entre la información y las prácticas. En el polo negativo los jóvenes se ven como liberales, infieles,

irresponsables, toman todo a la ligera y a pesar de que puedan tener información sobre prevención, no la practican.

Un joven que pone en práctica las formas de protección se basa en su responsabilidad, autoestima e inteligencia, además de pensar en su futuro y en no querer ser rechazado. Sin embargo, este caso sería más la excepción que la regla.

En un segundo nivel los jóvenes admiten que realmente como no se sienten en riesgo no implementan conductas preventivas. Este punto puede ser comprendido si tomamos como eje que las representaciones sociales pueden detectarse en tres niveles interrelacionados: cognición, discursivo y práctica. Los cuales dependiendo de cuestiones como el objeto de estudio, el grupo seleccionado y el contexto general que los engloba pueden ser relativamente autónomos (Flores, 1997).

La información obtenida de esta investigación nos devela una representación social en la que la cognición y el discurso admiten la presencia de un saber sin sentir. Es decir, se sabe que se pueden contagiar, conocen las vías por las que se puede dar la contaminación, saben que los jóvenes como grupo está incrementando las estadísticas de infectados pero no sienten que les pueda suceder a ellos. Por lo que en el terreno de las prácticas domina el sentir que no pueden contagiarse, relegándose el saber que sí, al pensamiento y al discurso.

En nuestro trabajo, el pensamiento y el discurso mantienen una mayor correspondencia, mientras que el ámbito de las prácticas se aparta, rigiéndose por un principio distinto: "yo no puedo contagiarme". Con base en esto podemos decir que en cuanto a la prevención del SIDA, es más lo que se piensa y lo que se dice, que lo que se hace.

Otro ejemplo que nos indica que las prácticas se apartan de la cognición y del discurso es el siguiente. Aún sabiendo y enunciando que el SIDA no se transmite

por un beso en la mejilla, uno de los participantes que tiene una amiga infectada cada vez que se despide de ella, se le viene a la mente la idea de que puede contagiarse. Es decir, aún manejando la información necesaria, el miedo a la infección por interacciones cotidianas continúa presente en la práctica.

Si el conocimiento significativo que nutre a una representación social es el de sentido común, conviene retomar lo que los mismos jóvenes reportan que les podría ayudar a que se sientan en riesgo de adquirir la enfermedad, esto es:

- Que se pueda hablar libremente del tema en casa y en cualquier tipo de conversación cotidiana.
- Que se explique mejor en las instituciones educativas.
- Ver lo que le ocurre a los enfermos.
- Asistir a foros de discusión atractivos y exclusivos para ellos.
- Más y mejor información en la televisión y la radio.
- Conversaciones grupales semi-dirigidas.

A continuación ahondaremos en estas sugerencias. Que se hable más del SIDA tanto en casa como en las conversaciones cotidianas a primera vista puede resultar sin importancia. No obstante, si retomamos la idea de Berger y Luckmann (1966) de que la realidad por excelencia para las personas es la de la vida cotidiana y consideramos la importancia de la dinámica familiar como una de las instituciones que define los esquemas cognoscitivos que legitiman la visión del mundo de sus miembros (Minuchin y Fishman, 1981), se puede proponer que estas dos carencias repercuten en el conocimiento de sentido común al grado de que al no tenerse el soporte de estos ámbitos fundamentales para los jóvenes, se genera como resultado, hasta cierto punto, una sensación de distanciamiento de la enfermedad que los orienta a no realizar las conductas de protección.

De hecho, para la teoría de las representaciones sociales es en los procesos de comunicación social donde se originan y modifican las representaciones (Ibáñez, 1988). Los procesos de comunicación incluyen a los medios masivos de

comunicación, medios no tan masivos (como las revistas especializadas), además de la comunicación interpersonal, concretamente las conversaciones que mantenemos a diario. Esto nos conduce a retomar otra sugerencia: la de las conversaciones grupales.

Que la actividad para recolectar datos de la investigación haya sido útil para los jóvenes en el sentido de adquirir mayor interés hacia la prevención del SIDA al grado de proponerla como una sugerencia para adquirir conductas preventivas, es sin duda uno de los mayores beneficios de la presente investigación. El acceder a un espacio en el que los jóvenes hablaron extensamente de un tema del que conversan poco y ser ellos los principales actores de la conversación, además de dar respuesta a preguntas sobre sus propias creencias y argumentaciones, les permitió ir puntualizando sus ideas, cuestionarlas y darse cuenta de que tenían dudas y confusiones que no habían percibido. Según sus testimonios, la actividad les agradó y les dejó algunas reflexiones.

Aquí conviene retomar la importancia del acto de hablar y escuchar que ha enunciado Gadamer cuando señala "sólo se puede aprender a través de la conversación" (Gadamer, 2000, p.10). En nuestro caso la conversación fue colectiva y respetuosa, generándose libertad para poder hablar libremente y acceder al significado de lo expresado.

Que se explique mejor en las instituciones educativas, que se programen foros atractivos para los jóvenes y la demanda de más y mejor información en medios masivos de comunicación son sugerencias que van relacionadas en el sentido de solicitar mayor información. Este dato parece ser una constante obtenida en diversas investigaciones con distintas poblaciones. Aún cuando hay poblaciones que tienen gran cantidad de conocimiento, invariablemente coinciden en solicitar más información a través de campañas masivas. Los resultados anteriores han llevado a que investigadores creen que sólo al recibir más de lo mismo o cuando

las personas se sientan saturadas de información podrían adoptar medidas preventivas (Rico, Bronfman, Del Río-Chiriboga, 1995).

En la presente investigación, si bien los jóvenes solicitan más información, no están demandando más de lo mismo. No desean que se les repita la información que ya poseen (noción del SIDA, vías de transmisión, formas de no contagio, etcétera) sino que se les otorgue información para resolver las dudas y confusiones que tienen (por ejemplo: ¿Cómo es que si la sangre de las transfusiones está examinada puede contagiar?, no saben si por sexo oral se puede dar el contagio, tampoco tienen claro ¿Cómo puede darse el contagio por una jeringa si aquí ya el virus no está en el cuerpo –teniendo la información de que el virus no puede vivir fuera del cuerpo?, etcétera).

Por último, la sugerencia de ver lo que le ocurre a los enfermos es una situación extrema en la que los jóvenes piensan que al poder observar directamente lo que pasa con alguien que tiene la enfermedad les podría ayudar a reforzar la existencia de la enfermedad y a sentir que sí pueden infectarse en un contexto en el que la enfermedad parece no estar presente. En este sentido es que entendemos los constantes comentarios de que el SIDA no es algo visto por ellos, que no es una enfermedad común y la dificultad de prevenirse de una enfermedad que no van a experimentar hasta que queden contagiados.

A la idea de que el SIDA no se presenta en su medio, se suma la concepción sanitaria dominante de la enfermedad que es tradicionalmente curativa y no preventiva, lo que ocasiona que se intenten curar las enfermedades y no a educar a la población en el aspecto preventivo (Páez, Romo, San Juan y Vergara, 1991). Como resultado de esto, la población en general y los jóvenes en particular no se ocupan de la prevención de enfermedades. Al ser hasta el momento el SIDA incurable, la misma ciencia médica pone sus mayores esperanzas en la hipotética vacuna salvadora, descuidando la educación sanitaria y reforzando la idea de que la cura se obtendrá.

Esta idea ha hecho consenso en los jóvenes pues apoyados en el gran desarrollo tecnológico de nuestra época y en el amplio alcance de la medicina, piensan que se van a obtener medicamentos mejores y económicos y, finalmente, se descubrirá la vacuna que conllevará a encontrar la cura de la enfermedad.

Por otra parte, los jóvenes expresan que si se infectara un conocido cercano o un amigo, serían comprensivos y buscarían ayudarlo. Si el enfermo fuera su pareja terminarían la relación y buscarían ayuda profesional. Si los participantes tuvieran la enfermedad no lo dirían, únicamente se lo comunicarían a personas de confianza para que los orientara y ayudara.

Esta información puede indicar un decremento en el rechazo y la discriminación que ha marcado a los enfermos de SIDA. Basándose en que están mejor informados, los participantes asumen que no tendrían estos comportamientos. No obstante, esto debe tomarse con reserva porque ya vimos cómo puede haber una diferencia entre lo que se piensa y dice, y lo que se hace. Además, los jóvenes generalmente no tienen relación con personas infectadas.

El rechazo y la discriminación hacia los enfermos, desde el punto de vista de los participantes, continúan presentes principalmente en el ámbito laboral y en los adultos. Este podría ser un ejemplo de cómo al no tener experiencias directas sobre la discriminación a los enfermos dado que en su medio no es frecuente encontrarlos, recurren a otros campos que les son familiares, retomando argumentos de lo que han escuchado que sucede o bien recurriendo a películas en las que se toca el tema.

Un aspecto ligado a la falta de conocimiento directo sobre la enfermedad lo encontramos cuando se describen los estados emocionales que el enfermo de SIDA puede experimentar. En este caso los jóvenes recurren a otras enfermedades que les son más familiares y que tienen características comunes al

SIDA. En la literatura revisada el SIDA se inserta en el lugar de enfermedades epidémicas del imaginario social en el que encontramos a la lepra, la peste, la sífilis y el cáncer (Páez, Romo, San Juan y Vergara, 1991).

En nuestra población estudiada, la enfermedad epidémica que está mayormente asociada al SIDA es la más reciente: el cáncer.

Los jóvenes identifican muy bien que la principal fuente de contagio para ellos y para la población en general de nuestro país es la vía sexual. El método de prevención por excelencia y casi percibido como único es el condón masculino. Es mayormente solicitado por las mujeres y a pesar de sentir que protege a ambos del SIDA quienes se resisten más a usarlos, argumentando incomodidad y menor sensibilidad, son los varones.

Diversos estudios indican que se ha incrementado el uso del preservativo en los jóvenes (ONUSIDA, OMS, 1998), en nuestra investigación encontramos que es frecuente que los jóvenes lo usen. Este dato tiene que ver con lo accesible que se han vuelto los condones, con su gran difusión y con la idea de prevenir el embarazo no deseado.

El embarazo no deseado es una preocupación para los jóvenes mucho mayor que el SIDA. Se le percibe como altamente más frecuente, sucede en personas de su edad y su entorno, está asociado con la población joven, causa mayor temor tanto en hombres como en mujeres, se habla más de él tanto en casa como en conversaciones cotidianas y a diferencia del SIDA, que parece que no ha logrado consolidar prácticas de prevención, el embarazo no deseado es la principal motivación por la que los jóvenes usan condón. Este resultado fue sin duda un aspecto novedoso porque no se tenía contemplado en la investigación.

Al revisar las Actas del Consejo Técnico del CCH Sur encontramos que de noviembre de 1998 al mes de abril de 2001, se tienen registradas 43 peticiones de

jóvenes estudiantes que solicitaron permiso para ausentarse temporalmente de clases por embarazo. Esta es la cifra oficial con la que se cuenta, no obstante, podemos suponer que en este periodo existen un mayor número de casos porque no todas las jóvenes conocen el reglamento que les permite hacer esta solicitud y algunas otras simplemente no siguen con el procedimiento.

En cambio, desde que los alumnos ingresaron al nivel medio superior no han conocido a ningún estudiante que haya tenido SIDA en su escuela. Solamente uno de los tres profesores consultados dijo que en un periodo de 6 años se ha enterado de un caso en el que una alumna tuvo la enfermedad.

Esta información apoya la creencia de los jóvenes de que el SIDA no tiene que ver con ellos, dada su escasa presencia, mientras que el embarazo sí está presente. Siguiendo con este orden de ideas, vale la pena señalar que si el SIDA no se manifiesta en el contexto de los participantes no tiene que ver con que no haya personas infectadas en los planteles estudiados sino con las características de la enfermedad. Al tener como promedio diez años de latencia, antes de manifestarse abiertamente los síntomas, tendríamos que suponer que los jóvenes se infectaron a la edad de 7 u 8 años para que ya presentaran síntomas, lo cual es muy poco probable.

Las opiniones en torno a que si el SIDA ha cambiado el comportamiento de los jóvenes oscilan entre el sí y el no, sin embargo, donde hay mayor consenso es en la idea de que el cambio se presenta únicamente cuando ya se adquirió la enfermedad. Este dato también nos puede indicar que los jóvenes piensan realmente que pueden contagiarse hasta que ya están infectados.

El rumor de la inexistencia del SIDA ha sido escuchado por los jóvenes pero, al ya estar conformada la representación social del SIDA en ellos, no es creído. En este caso le otorgan mayor peso a su experiencia académica y no dudan de su existencia.

Por último, en la mayoría de los estudios de representación social parece que los objetos sociales investigados están aislados de otros objetos sociales. En muy pocas ocasiones se habla de una posible vinculación entre los posibles objetos sociales, considerando lo anterior Garnier (1999a, 1999b) plantea dos novedosas ideas que están recientemente desarrollándose. Una se aplica a la estructuración de la representación social de un objeto complejo que dependerá de muchas otras representaciones de objetos constitutivos. La otra concierne a la articulación de muchas representaciones de diferentes objetos sociales que mantienen entre ellas relaciones a fin de constituir un sistema representacional que las conectaría a manera de red.

En la investigación realizada, el SIDA se ha revelado como un objeto social complejo que está directamente asociado con otras representaciones entre las que destacan: la enfermedad, la sexualidad, la muerte, los anticonceptivos y la drogadicción. Los jóvenes retoman constantemente en su discurso aspectos de los cinco temas mencionados para argumentar sus opiniones.

CONCLUSIONES

No es la realidad objetiva de la situación la que permite entender los hechos sociales, pero sí la forma en la que los grupos se la apropian
Christian Guimelli

El SIDA como producto dinámico que se construye y reconstruye tanto en el ámbito científico y como en el ámbito del conocimiento del sentido común es un objeto social reciente que se ha incorporado al universo simbólico de los jóvenes estudiados.

Tanto en el pensamiento espontáneo como en el pensamiento reflexivo, al que se somete la producción discursiva, encontramos la misma noción de la representación social del SIDA: enfermedad mortal que se transmite principalmente por vía sexual. Dicha noción es la que ha difundido ampliamente la ciencia con la doble intención de situar al fenómeno en una dimensión que lo aparte del discurso moral, que lo marcó en su primer momento, y promover la idea de que todos estamos expuestos al contagio.

Si bien tanto en la cognición como en el discurso encontramos claramente la noción del SIDA propuesta por la ciencia, en el ámbito de las prácticas la noción no incide. Esto nos indica que al parecer la labor de promover y privilegiar la información ha demostrado su utilidad para producir algunos cambios en el pensamiento y en el discurso pero no ha tenido éxito para modificar los comportamientos: al no sentirse en riesgo de adquirir la enfermedad, los jóvenes no implementan conductas preventivas que los pondrían a salvo del contagio.

Las prácticas de los jóvenes continúan estando regidas por la idea tan combatida de que el SIDA afecta únicamente a los "Otros" y principalmente a los Otros estigmatizados. Es decir, las prácticas son orientadas precisamente por el ausente en la noción del SIDA: el discurso moral que postula que la enfermedad castiga a los "desviados". Esta creencia es un legado histórico que tiene que ver con el manejo de la información en torno a los primeros infectados y que a pesar de ser

totalmente rebatido en la actualidad no ha podido modificarse. En este caso, el dato histórico y su amplia difusión continúan opacando a la realidad actual.

Parecería que en el caso del SIDA nos encontramos con una representación social en la que cognición y discurso se sintonizan pero la práctica se distancia, generándose una coexistencia de un saber que sí me puedo contagiar pero dominando un sentir que no. Esta separación, al estar en el dominio del sentido común, no ocasiona conflicto pues en este terreno las contradicciones están presentes y se mantienen.

El sentir que "Yo no puedo contagiarme" es el que paradójicamente deja mayor expuesto a la población joven al contagio y el que explica cómo es que la mayoría de los jóvenes adquiere la enfermedad por vía sexual. No obstante, este no sentirse expuestos también puede orientarlos a depositar el riesgo de contagio en los "Otros" y liberarse del miedo y de la preocupación por la posible adquisición del virus. Esta forma de funcionamiento mental es cercana al mecanismo de defensa del yo, conocido en psicoanálisis como proyección (Laplanche y Pontalis, 1993).

Si consideramos el origen de la información que posee el grupo de jóvenes estudiado encontramos que en su mayoría es indirecta, esto es la información proviene de la comunicación social que se les ha dado a los jóvenes en las instituciones educativas y en los medios de comunicación masivos pero no cuentan con conocimientos que surjan del contacto directo con el objeto. Es más, el SIDA como fenómeno parece no estar presente en el contexto de los jóvenes. Este es el panorama que podría repercutir en que las prácticas, especialmente las de prevención, sean escasas y se aparten del pensamiento y del habla.

El cómo hacer para que los jóvenes se sientan en riesgo e implementen prácticas de prevención es sin duda una interrogante mayúscula que rebasa a la presente investigación. Sin embargo, de este trabajo surge la propuesta que los mismos

jóvenes han elaborado, de situar al SIDA en la dimensión que hasta la fecha nunca ha tenido: la de la vida cotidiana.

Podríamos pensar que si los jóvenes pudieran hablar del SIDA libremente sin sentir que entran al terreno de la anormalidad, del Otro estigmatizado y dejar de lado el manto de lo privado en el que está envuelta la enfermedad, como todo lo referente a la sexualidad en nuestra cultura, quizá entonces tendríamos ubicado al SIDA en un plano público de la vida diaria en el que sin duda está presente desde hace tiempo pero no ha sido reconocido.

En este sentido, dado que se propone un cambio a gran escala que involucra modificar creencias se necesita de la participación de la familia y de las instituciones educativas, para que paulatinamente se consolide el resultado. Además, se sugiera continuar brindando información general a través de los medios masivos de comunicación, acompañados de foros atractivos, exclusivos para los jóvenes en los que se maneje información más específica y precisa sobre todo para atender a las dudas existentes.

En este estudio se reafirma que no basta con que a los jóvenes se les otorgue y manejen la información necesaria para su protección, se debe además trabajar con mayor énfasis en la cuestión de que no se sienten expuestos al contagio, y promover que los conocimientos que ya poseen se lleven efectivamente a las prácticas. Para este punto convendría realizar talleres en los que se aborde el uso correcto del preservativo de látex y se adquieran habilidades para solicitarlo, inculcándoles la idea de que deben ser ellos mismos los responsables de su protección. También sería importante que los jóvenes manejaran muy bien la gama de opciones de prevención que tienen (abstinencia, sexo seguro, sexo protegido) para que pudieran elegir libre y responsablemente la mejor opción para cada uno.

Alcances, limitaciones y sugerencias

Este trabajo constituye una aproximación exploratoria al fenómeno del SIDA desde una perspectiva psicosocial, particularmente desde la teoría de las representaciones sociales. Por este motivo, los resultados obtenidos no deben verse como concluyentes, son únicamente el fin de una etapa que otras investigaciones deberán proseguir sobre todo porque la pandemia del SIDA, al continuar expandiéndose, lo demanda.

El marco conceptual utilizado permitió el trabajar desde la complejidad de los objetos sociales, considerando en la investigación tanto el pensamiento espontáneo como el pensamiento reflexivo. Además, se tomaron en cuenta tres dimensiones que aportan valiosa información al estudio de los fenómenos humanos: la cognición, el discurso y las prácticas. Al ser abordados de manera general estos aspectos, conviene que otras investigaciones profundicen en cada uno para obtener información más específica sin perder de vista el aspecto global del fenómeno en estudio.

La presente investigación arrojó información sobre una primera y tentativa estructura de la representación social del SIDA de los participantes, identificando el núcleo figurativo así como la amplia gama de otros elementos periféricos que circulan y conforman a la representación. También retoma el discurso de un grupo de jóvenes para ubicar el contexto en el que se activa y manifiesta dicha representación social.

Dado que la mayoría de nuestra muestra es femenina, otros trabajos deberán verificar si la estructura de la representación y su activación se modifican en grupos de jóvenes en los que el número de integrantes de mujeres y varones es equitativo o en grupos en los que el mayor número de participantes sea de hombres. Además de, por la misma cuestión, considerar si para los jóvenes el embarazo no deseado vuelve a aparecer como una categoría más significativa que la infección por VIH/SIDA.

Un aspecto que llama la atención es que las prácticas de los jóvenes no están orientadas por el núcleo figurativo sino por los elementos externos al núcleo que expresan el discurso moral y religioso que ha acompañado a la enfermedad. Por esto, la teoría de las representaciones sociales también podría ocuparse de ampliar la información referente al papel que desempeñan los diversos elementos que no están en el núcleo figurativo en la orientación de las conductas.

La sugerencia central que se desprende de esta investigación es trabajar en cómo los jóvenes y la población en general puedan sentirse expuestos al contagio del VIH y cómo hacer para que se adopten medidas preventivas. Además de explorar si efectivamente el sentirse expuesto conlleva a realizar prácticas de prevención. En este orden de ideas, es altamente prioritario que se realicen investigaciones desde la disciplina psicológica, que atiendan estas temáticas. Otra sugerencia es desarrollar investigaciones que enfatizan en el difícil terreno de las prácticas de las personas, particularmente cómo pueden modificarse. La teoría de las representaciones sociales ha señalado esta importancia y ha empezado a trabajar al respecto (Abric, 1994a) pero el camino apenas se inicia por lo que dista mucho de estar resuelto. Parecería que las aportaciones de otras teorías e incluso de otras disciplinas científicas, que empleen métodos cualitativos y cuantitativos, se vuelven necesarias para atender a tan amplia interrogante.

En nuestro caso, las prácticas de los jóvenes no fueron abordadas directamente como sí se hizo con el discurso y la cognición, por lo que se recomienda que dado la dificultad de trabajar con las prácticas reales, sobre todo en áreas del campo de lo privado, no se pierda de vista que generalmente hay diferencias entre lo que se dice que se hace y lo que efectivamente se hace. Este aspecto es poco tratado en la psicología y en este estudio se ha revelado como clave.

Finalmente, se sugiere que la ciencia en general y la psicología en particular, antes de explicar los fenómenos humanos en torno al SIDA se acerquen a la perspectiva de tratar de comprenderlos y sólo posteriormente, buscar modificarlos.

REFERENCIAS

- Abric, J. C. (1976). Jeux, Conflicts et représentations sociales. Thèse d' Etat, Aix en Provence, Université de Provence.
- Abric, J. C. (1987). Coopération, compétition et représentations sociales. Cousset: Del Val.
- Abric, J. C. (1994a). Les représentations sociales: aspects théoriques. En J. C. Abric (Ed.). Pratiques sociales et représentations. Paris: P. U. F. Traducción al castellano de José Dacosta y Fátima Flores. Las representaciones sociales: aspectos teóricos en J. C. Abric (Ed.). Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán. 2001.
- Abric, J. C. (1994b). Metodología de recolección de las representaciones sociales. En J. C. Abric. (Ed.). Prácticas sociales y representaciones. Traducción José Dacosta y Fátima Flores. México: Ediciones Coyoacán.2001.
- Alanis, L. et al. (1988). SIDA: Manual de trabajo para capacitadores. SSA. México: CONASIDA, SEP y CREA.
- Amerio, P. y De Piccoli, N. (1990). Représentations de l'engagement sociale et de l' amitié: une étude sur des groupes de jeunes. Revue internationale de psychologie sociale. Vol. 3, No. 3, 1990, pp. 383-406.
- Arruda, A. (2000). Representaciones sociales y cultura en el pensamiento ambientalista brasileño. En D. Jodelet y A. Guerrero (Coords.) Develando la cultura. Estudios en representaciones sociales. México: Universidad Nacional autónoma de México, Facultad de Psicología.

Ayestarán, S., De Rosa, A. y Páez, D. (1987). Representación social, procesos cognitivos y desarrollo de la cognición social. En D. Páez (Coord.) Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social. Madrid: Fundamentos. 1987.

Banchs, M. A. (1994). Desconstruyendo una desconstrucción: lectura de Ian Parker (1989) a la luz de los criterios de Parker y Shotter (1990). Papers on Social Representations, Textes sur les représentations sociales. Vol 3. pp. 52-74.

Banchs, M. A. (1999). Aproximaciones procesuales y estructurales al estudio de las representaciones sociales. En Papers on Social Representations, Textes sur les représentations sociales, 8, pp. 2.1-2.15.

Bardin, L. (1986). Análisis de contenido. Madrid: Akal.

Berger, P. y Luckmann, T. (1966). La construcción social de la realidad. Argentina: Amorrortu. 1994.

Bisquerra, R. (1989). Métodos de investigación educativa. Guía práctica. Barcelona: Ceac. Segunda edición, 1996.

Canales, M. y Peinado, A. (1995). Grupos de discusión. En M. Delgado y J. Gutiérrez (Eds.). Métodos y técnicas cualitativas de investigación en ciencias sociales. Madrid: Síntesis. 1995.

Castañeda, M. (1999). La experiencia homosexual. Para comprender la homosexualidad desde dentro y desde fuera. México: Paidós. 1999.

Castro, R., (1989). La educación como estrategia prioritaria contra el SIDA: retos y dilemas. En Jaime Sepúlveda (Ed.) SIDA, ciencia y sociedad en México. México: FCE. 1989

Cervantes-Mmoupome, G. y Borges-Yáñez, A. (1993). Actitudes y costumbres de control de infecciones en cuanto a VIH y hepatitis b entre estudiantes de odontología. IV Congreso Nacional de Investigación sobre Salud. 1993.

Cohen, F. (1990). Pacientes con SIDA. México: Manual Moderno.

CONAPO, Consejo nacional de Población (1994). Sexualidad Adolescente. México: CONAPO

CONASIDA (1989). Boletín SIDA. México.

Cotte, C. (1990). SIDA y Sexo. Caracas: Monte Avila

De Miguel, J. M.; Castilla, E. J. y Caïs, J. (1994). Sociología contra el SIDA. En Revista de Psicología General y Aplicada. 47 (2), 129-140.

Del Río, T. (1994). Investigación, Mujer y SIDA. New York: International Center for Research on Women.

Del Río Chiriboga, C. (1994a). Enfermedades de transmisión por contacto sexual. En Antología de la Sexualidad Humana. Vol III. México: Porrúa, CONAPO.

Del Río Chiriboga, C. (1994b). Infección por el virus de inmunodeficiencia humana. En Antología de la Sexualidad Humana. Vol. III. México: Porrúa, CONAPO.

De Rosa, A. M. (1988). Sur l'usage des associations libres pour l'étude des représentations sociales de la maladie mentale. Connexions, 51, Vol.I, 1988, 27-50.

De Rosa, A. M. (1998) Una aproximación multimetodológica al estudio de las representaciones sociales: validez y limitaciones de las técnicas asociativas. Taller impartido en la IV Conferencia Internacional de Representaciones Sociales. México, D. F. Agosto de 1998.

Díaz, J. 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. Universidad Nacional Autónoma de México.

Di Giacomo, J. P. (1981). Aspects méthodologiques de l'analyse des représentations sociales. Cahiers de Psychologie Cognitive, 1, (4), pp. 397-422.

Di Giacomo, J. P. (1987). Teoría y métodos de análisis de las representaciones sociales. En D. Páez (Ed.). Pensamiento, individuo y sociedad. Cognición y representación social. Madrid: Fundamentos. 1987.

Doise, W. (1984). Social representations, inter-group experiments and levels of analysis. En R. Farr y S. Moscovici (Eds.). Social Representations. Great Britain: Cambridge University Press.

Doise, W. (1986). Les représentations sociales: définition d'un concep. En W. Doise y A. Palmonari (Eds.). L'étude des représentations sociales. Paris, Delachaux et Niestlé. pp. 81-94.

Doise, W. (1996). Representaciones sociales en la identidad personal. En J. F. Morales, D. Páez, J. C. Deschamps y S. Worchel (Eds.). Identidad Social. Aproximaciones psicosociales a los grupos y a las relaciones entre grupos. Promolibro: Valencia. 1996.

Durkheim, E. (1895). Las reglas del método sociológico. México: Ediciones Coyoacán. 1996.

Farr, R. M. (1983). Escuelas Europeas de Psicología Social: la investigación de representaciones sociales en Francia. Revista Mexicana de Sociología. Instituto de Investigaciones Sociales, UNAM, México, Vol. XLV, No. 2. pp. 641-658

Farr, R. M. y Moscovici, S. (1984). Social Representations. Great Britain: Cambridge University Press.

Fernández, P. (1996). Manual para el buen morir para enfermos de SIDA. México: Fundación Mexicana para la lucha contra el SIDA. 1999.

Flament, C. (1994). Structure, dynamique et transformation des représentations sociales. En Jean-Claude Abric (Edit.) Pratiques Sociales et Représentations. Paris: PUF. Traducción al castellano de José Dacosta y Fátima Flores. Estructura, dinámica y transformación de las representaciones sociales. En J. C. Abric (Ed.). Prácticas sociales y representaciones. México: Ediciones Coyoacán. 2001.

Flores, F. (1993). La representación social de la feminidad en profesionales de la salud mental: posibles repercusiones en la intervención clínica. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Autónoma de Madrid.

Flores, F. (1997). Representación social una aproximación multimetodológica. Taller impartido en la Facultad de Psicología de la Universidad Nacional Autónoma de México. Del 23 al 25 de junio de 1997.

Flores, F. (2001). Psicología social y género. El sexo como objeto de representación. México: McGraw Hill, DGAPA. Universidad Nacional Autónoma de México.

Flores, F y Díaz, J. A. (2001). Normalidad y anormalidad: Esquemas dicotómicos de la representación social de un grupo de profesionales de la salud mental. Polis

00. Investigación y análisis sociopolítico y psicosocial. Universidad Autónoma Metropolitana. Unidad Iztapalapa. Vol. 1. pp. 247-262.

Flores-Galaz, M.; Díaz-Loving, R. (1992). Actitudes hacia la salud, la enfermedad y SIDA. IV Congreso De Psicología Social. 1992.

Fontes, A. y Ponce, M. (1995). La estructuración de la sexualidad como factor predisponente en el desarrollo de actitudes de riesgo para la adquisición del VIH. Congreso Nacional sobre SIDA. 1995. Resumen.

Gadamer, H. G. (2000). La educación es educarse. España: Paidós.

García, M. L.; Mora, J. L.; Palacios, M.; y Valdespino, J. L., (1989). Medidas preventivas para evitar la transmisión de la infección por VIH. En Jaime Sepúlveda (Ed.) SIDA, ciencia y sociedad en México. México: FCE. 1989

García, V.; Marquez, C.; Barriguete, M. Valencia, A.; Vilana, N. Salines, J.; Ponce de León, R. (1988). Evaluación de conocimientos médicos generales, hábitos, costumbres personales y actitudes ante el SIDA en 195 trabajadores del Instituto Nacional de la Nutrición "Salvador Zubirán". Congreso Ixtapa, 1988.

García-García, M. L.; Valdespino-Gómez, J. L.; Cruz-Palacios, C. (1993). Enfermedades de transmisión sexual y SIDA: clínica, laboratorio, psicología y sociología. México: Secretaria de Salud. Publicaciones Técnicas del INDRE.

Garnier, C. (1999a). Los sistemas de representación y la acción educativa: nuevos desarrollos teóricos. Curso impartido en la división de educación continua de la facultad de psicología de la UNAM. Junio 1999.

- Garnier, C. (1999b). La genèse des représentations sociales dans une perspective développementale. En La genèse des représentations sociales. M. L. Rouquette y C. Garnier (Comps.). Canadá: Nouvelles.
- Goffman, E. (1963). Estigma. La identidad deteriorada. Argentina: Amorrortu. 1998.
- Grmek, M. (1989). Historia del SIDA. México: Siglo XXI. Primera edición en español. 1992.
- Guimelli, C. y Rouquette, M. L. (1992). Contribution du modèle associatif des schèmes cognitifs de base à l'analyse structurale des représentations sociales. Bulletin de Psychologie. No. Spécial: Nouvelles Voies en Psychologie Sociale. Tome XLV, No. 405. pp. 196-202.
- Guimelli, C. (1993a). Concerning the structure of social representations. Papers on social representations-textes sur les représentations sociales. Vol. 2 (2). pp. 85-92.
- Guimelli, C. (1993b). Locating the central core of social representations: Towards a method. European Journal of Social Psychology. Vol. 23, pp. 555-559.
- Hernández, R., Fernández, C. y Baptista, P. (1991). Metodología de la investigación. México: Mc Graw-Hill. 1994.
- Herzlich, C. (1975). La representación social. En S. Moscovici (Coord.) Introducción a la Psicología Social. Barcelona: Planeta.
- Ibáñez, T. (1988). Representaciones sociales teoría y método. En T. Ibáñez. (Coord.) Ideologías de la vida cotidiana. Barcelona: Sendai.

Isaac, S. y Michael, W. B. (1981). Handbook in Research and Evaluation for Educacion and the Behavioral Sciences. San Diego: edITS Publishers.

Izazola-Licea, J. A.; Astarloa, L.; Beloqui, J.; Bronfman, M.; Chequer, P.; Zacarías, F. (Eds.). (1999) El SIDA en América Latina y el Caribe: una visión multidisciplinaria. México: Fundación Mexicana para la Salud, SIDALAC, ONUSIDA. Versión extracta del libro. Disponible en internet: <http://www.sidalac.org.mx>

Jahoda, G. (1988). Critical notes and reflections on social representations. European Journal of Social Psychology. Vol.18, pp.195-209.

Jodelet, D. (1984). La representación social: fenómenos, concepto y teoría. En S. Moscovici (Coord.). Psicología Social II. Pensamiento y vida social. Psicología social y problemas sociales. México: Paidós. 1986.

Jodelet, D. (1986). Loco y locura en un medio rural francés: una aproximación monografica. En W. Doise et A. Palmonari. (Eds.) L'étude des representations sociales. París: Delachaux et Niestlé. Traducción al castellano de Fátima Flores Palacios. México: Facultad de Psicología UNAM. 1995.

Jodelet, D. (1994). Las representaciones sociales. Una mirada sobre el conocimiento ordinario. Revista Universidad de Guadalajara. Septiembre-Octubre de 1994. pp. 43-44.

Kaës, R. (1968). Images de la Culture chez les Ouvriers Francais. Paris: Editions Cujas/Temps de L'Histoire.

Kerlinger, F. (1988). Investigación del comportamiento. México: McGraw-Hill. Segunda edición en español, 1990.

- Laplanche, J. y Pontalis, J. B. (1993). Diccionario de psicoanálisis. España: Labor.
- Le Boudec, G. (1984). Contribution à la méthodologie d'étude des représentations sociales. Cahiers de Psychologie Cognitive. Vol. 4, No. 3, 1984, pp. 245-272.
- Lefebure, H. (1980). La presencia y la ausencia. México: Fondo de Cultura Económica.
- Marková, I. (1996). En busca de las dimensiones epistemológicas de las representaciones sociales. En D. Páez y A. Blanco (Comps.). La teoría sociocultural y la psicología social actual. España: Aprendizaje. Colección cultura y ciencia. 1996.
- Minuchin, S. y Fishman, H. (1981). Técnicas de terapia familiar. México: Paidós 1996.
- Morin, M. (1994). Entre representaciones y prácticas: el SIDA, la prevención y los jóvenes. En J. C. Abric (Ed.) Prácticas sociales y representaciones. Traducción al castellano de José Dacosta y Fátima Flores. México: Ediciones Coyoacán. 2001.
- Moscovici, S. (1976). El psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul. 1979.
- Moscovici, S. (1988). Notes towards a description of Social Representations. European Journal of Social Psychology. Vol 18, No. 3 New York. pp. 211-250.
- ONUSIDA; OMS. (1998). La epidemia de SIDA: situación en diciembre de 1998 (1998). ONUSIDA (Programa Conjunto de las Naciones Unidas sobre el VIH/SIDA) y OMS (Organización Mundial de la Salud).

Páez, D.; San Juan, C.; Romo, I.; Vergara, A. (1991). La dimensión social del SIDA como objeto representacional. En D. Páez, C. San Juan, I. Romo y A. Vergara (Eds.) SIDA: Imagen y prevención. Madrid: Fundamentos.

Plascencia, R.; Ruiz, O.; Ornelas, G.; Monroy, J. (1992). Confrontación: un instrumento para el cambio de actitudes. Ponencia presentada en el Congreso Internacional sobre SIDA en Amsterdam. 1992. Resumen.

Rateau, P. (1995). Dimensions descriptive, fonctionnelle et evaluative des representations sociales. Une etude exploratoire. Papers on social representations-textes sur les représentations sociales. Vol. 4 (2). pp. 132-146.

Reyes-Lagunes, I. (1990). Actitudes hacia el SIDA en jóvenes universitarios. III Congreso De Psicología Social. 1990.

Rico, B. (1989). Transmisión del VIH. En Jaime Sepúlveda Amor (Ed.) SIDA, ciencia y sociedad en México. México: FCE. 1989

Rico, B.; Bronfman, M.; Del Río-Chiriboga, C. (1995). Las campañas contra el SIDA en México: ¿Los sonidos del silencio o puente sobre aguas turbulentas?. Salud Pública de México. Noviembre-Diciembre, 1995. Volumen 37. No. 6. pp. 643-653.

Rios, L. M. (1991). Elementos psicosociales en las actitudes hacia el síndrome de inmunodeficiencia adquirida. Tesis de Maestría, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Rossi L. J. (1993). Prácticas sexuales en población con factores de riesgo por VIH. Tesis Doctoral. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Ruiz-Badillo, A.; Magis-Rodríguez, C.; Ortiz-Mondragón, R.; Bronfman-Pertzovsky, M. (1995). El uso de la medida de actitudes en la investigación sobre SIDA en México: 1984-1995. V Congreso Nacional sobre SIDA. 1995.

Sánchez, I. (1989). El concepto de representación social en la actualidad. Tesina de Licenciatura, Facultad de Psicología, Universidad Nacional Autónoma de México.

Sandner, O. (1990). La Pandemia del Siglo. Caracas: Monte Avila.

Sepúlveda, J. y Rico, B. (1989). El SIDA en México: una introducción. En Jaime Sepúlveda Amor (Ed.) SIDA, ciencia y sociedad en México. México: FCE. 1989

SIDA/ETS (1998). Boletín Mensual, No.3, Marzo. México: Instituto Nacional de Diagnóstico y Referencia Epidemiológicos. Dirección General de Epidemiología, pp. 2855-2873.

Soberón G. (1989). Presentación. En Jaime Sepúlveda Amor (Ed.) SIDA, Ciencia y Sociedad en México. México: FCE. 1989.

Sontag, S. (1977). La enfermedad y sus metáforas. Barcelona: Muchnik. 1981.

Sotirakopoulou, K. y Breakwell, G. (1992). The use of different methodological approaches in the study of social representations. Ongoing Production on Social Representations. Productions Vives sur les Représentations Sociales. Vol. 1 (1). pp.29-38. 1992.

Stanislawski, E. (1989). El agente causal. En Jaime Sepúlveda Amor (Ed.) SIDA, Ciencia y Sociedad en México. México: FCE. 1989.

Trujillo, O.; García-Noriega, E.; Villafañe, V. (1995). Conocimientos y actitudes del universitario en torno al VIH. VI Congreso Nacional de Investigaciones sobre Salud. 1995. Resumen.

Uribe, P. (1996). Enseñar y aprender a crecer en los tiempos del SIDA. En J. A. Aguilar Gil y B. Mayén Hernández (Eds.). Hablemos de sexualidad: lecturas. México: CONAPO, MexFam. 1996.

Uribe, F.; Silva, M.; Acosta, T.; Juárez, J. (2000). Política y democracia. En D. Jodelet y A. Guerrero (Coords.) Develando la Cultura. Estudios en representaciones sociales. México: Universidad Nacional Autónoma de México, Facultad de Psicología.

Valle, M. (1999). Autoestima, conocimientos sobre el SIDA y patrones de conducta sexual y adictiva en jóvenes universitarios. Tesis de maestría. Facultad de Psicología. Universidad Nacional Autónoma de México.

Vergès, P. (1992). L'évocation de l'argent: une méthode pour la définition du noyau central d'une représentation. Bulletin de psychologie. No. Spécial: nouvelles voies en psychologie sociale. 405, XLV, pp. 203-209.

Villaseñor-Sierra, A.; Caballeros-Hoyos, R.; Hidalgo-San M.; Santos-Preciado, J. (1995). Conocimientos, actitudes y prácticas de riesgo para la adquisición del VIH en adolescentes de 15 a 19 años y 4 estratos socioeconómicos de Guadalajara. Jal. V Congreso Nacional sobre SIDA. 1995. Resumen.

Wagner, W. y Elejabarrieta, F. (1998). Representaciones sociales. En F. J. Morales (Coord.). Psicología social. España: McGraw Hill.

Zavalloni, M. y Louis-Guérin, C. (1984). Identité sociale et conscience. Montréal: PUM.

APÉNDICES

APÉNDICE # 1

Palabras originales con su peso cultural y su significado

1. ENFERMEDAD (0.664)

Porque es una enfermedad causada por un virus (VIH). Hay malestar en el cuerpo, algo anda mal en el organismo. Con la enfermedad vienen después otras enfermedades. Ataca al sistema inmunológico. Es una enfermedad de transmisión sexual.

2. MUERTE (0.429)

Porque la enfermedad irremediablemente conduce a la muerte, no hay cura y las personas enfermas tienden a morir, además porque los medicamentos son muy caros y esto los hace ser de difícil acceso.

3. SEXO (0.412)

Porque es una de las vías por la que se puede adquirir la enfermedad. Es la vía más frecuente, la más fácil por la que se puede infectarse.

(Se refiere a relaciones sexuales y no a condición biológica de hombre y mujer)

4. CONDÓN (0.124)

Porque es un método para prevenirse de la enfermedad. Es el más conocido. Es el que más difunden los medios de comunicación. De todas las formas para prevenirse es el más empleado, el que más usan.

5. CONTAGIO (0.101)

Porque el VIH/SIDA es contagioso, se pega, se transmite de unos a otros. No se nace con él, se adquiere.

6. INFORMACIÓN (0.086)

Se necesita dar mayor información del VIH/SIDA sobre todo porque ella previene la enfermedad. Se necesita saber cómo se transmite, cuáles son los síntomas y estar consciente de lo que es. Se deben de romper sus mitos para que no te cuenten cosas que no son. Hay mucha desinformación del tema.

7. VIRUS (0.077)

Porque es una enfermedad causada por un virus. El virus responsable del SIDA es el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH).

8. INCURABLE (0.074)

Porque hasta la fecha no hay cura, no hay vacuna. Sólo hay medicamentos que pueden ayudar pero a la larga la persona enferma se muere. Esperemos que pronto encuentren la cura.

9. DOLOR (0.074)

Porque causa mucho dolor tanto físico como psicológico o emocional. Las personas que tienen SIDA saben que van a morir y van a dejar a sus familiares, a sus amigos y no pueden hacer nada para evitarlo.

10. PROSTITUCIÓN (0.072)

Porque como tienen muchas relaciones sexuales las personas que ejercen la prostitución pueden estar contagiadas y contagiar a sus clientes, aunque también los clientes pueden contagiarlas. Como hay promiscuidad, les puede dar.

(Se habla sobre todo de mujeres que ejercen la prostitución pero también saben que hay hombres que lo hacen, pero se piensa que son menos).

11. TRANSFUSIONES (0.067)

Porque es una manera de contraer la enfermedad, al pasar sangre de alguien enfermo a otro se contagia.

12. PROTECCIÓN (0.061)

Es lo que se tiene que hacer y pensar frente al SIDA. Hay que pensar bien las cosas antes de hacerlas, tener cuidado y prevención. Usar condón en las relaciones sexuales, amarte a ti mismo y tener comunicación con tu pareja.

13. IRRESPONSABILIDAD (0.053)

Porque las personas aun sabiendo que te puede dar se exponen, por ejemplo, yendo con prostitutas y no usando prevención (condón), entonces no hay cuidado. Hay que tener solo una pareja y no varias o si se tiene varias parejas pues disminuir el número. Muchas veces la irresponsabilidad viene por hacer las cosas sin pensar. Tiene que ver con lo que te enseñan en tu casa y también influye la mentalidad de tus amigos, porque unos te dicen "sí, avientate" y luego se pagan las consecuencias.

14. DESCUIDO (0.050)

Se puede transmitir por el descuido, por no tener cuidado. Por andar de loco, por querer quedar bien en una fiesta con tus amigos y por el alcohol pues lo de más se te olvida. No se emplean métodos anticonceptivos, el hombre no quiere usar condón y la mujer no lo pide.

15. TERROR (0.050)

A todos nos aterra y preocupa porque como no se puede curar sabes que te vas a morir y si estas contagiado esto ya no se puede cambiar, es muy negativo. El saber que lo tienes [el virus] o el saber que le dio a alguien que conoces causa terror.

16. HOMOSEXUALES (0.044)

Porque se contagia si se tienen relaciones sexuales de hombre con hombre. Fueron los primeros infectados. Dicen que por ellos se inició la enfermedad, en ellos apareció.

17. HOSPITALES (0.044)

Porque es el lugar al que van los enfermos para atenderse, tratarse y recibir medicamentos. Es a donde se les da atención médica a los enfermos.

18. DISCRIMINACIÓN (0.043)

Porque a las personas que tienen la enfermedad se les discrimina. La discriminación se nota porque no les hablan, los hacen menos, los alejan y los hacen a un lado en todo. Muchas personas discriminan a los enfermos por ignorancia y por que les da miedo, temen contagiarse.

19. ANGUSTIA (0.041)

Porque a los enfermos les da angustia por muchas razones, por saber que van a dejar su familia, por no saber cuándo se va a manifestar la enfermedad, por no saber lo que les va a pasar, si van a seguir viviendo o van morir, por saber que tienes los días contados.

20. SANGRE (0.041)

Porque por ella se puede contagiar la enfermedad, por transfusiones que la gente dona y otros reciben y por heridas.

21. TRISTEZA (0.039)

Porque los enfermos saben que se van a morir y porque es trágico que te enteres de que alguien tiene la enfermedad, es triste. Es un choque enterarte porque sabes que vas a morir y te da tristeza.

22. SOLEDAD (0.036)

Muchas personas que tienen SIDA se sienten solas. Los demás se alejan, no los aceptan, les hacen mala cara o no se acercan a ellas. Los dejan solos por miedo al contagio y por falta de información.

23. TODOS EXPUESTOS (0.033)

Porque a cualquiera le puede dar a hombres, mujeres, niños y ancianos, a todos no importando edad, religión, raza, etcétera.

24. PROBLEMA (0.033)

Porque es un problema muy fuerte, está difícil, una vez que te da no tiene solución y todavía no se ha podido controlar, la gente se sigue infectando y no hay vacuna.

25. PROMISCUIDAD (0.033)

Porque muchas personas que son promiscuas, que tienen mucha actividad sexual, que se meten [a tener relaciones sexuales] con quien sea, se contagian con mayor facilidad.

26. SUFRIMIENTO (0.030)

De la persona infectada y de la familia y amigos porque saben que se va a morir. También por los achaques de la enfermedad.

27. INMUNODEFICIENCIA (0.030)

Se refiere al sistema inmunológico, es el sistema que nos ayuda a combatir las enfermedades y se daña por la enfermedad por lo que puede dar cualquier enfermedad y complicarse todo.

28. PREOCUPACIÓN (0.028)

A todos nos preocupa, si ya tienes la enfermedad vives preocupado y si no la tienes te preocupa que la puedas contraer.

29. MUCHAS PAREJAS (0.028)

Al tener más relaciones sexuales con las parejas se hace más posible que se contraiga el SIDA. Ahora es común entre los jóvenes tener muchas parejas sexuales y esto ha sido el resultado de promover por todos lados el uso del condón.

30. HIJOS (0.022)

Porque se puede transmitir el virus de una madre a sus hijos por medio de la placenta, la sangre del parto o también por la leche materna al amamantar al bebé (esta última forma de contagio no se sabe con seguridad porque ha escuchado que sí se puede y también que no se puede). A esta forma de contagio se le llama perinatal y los hijos no tienen la culpa, no han hecho nada, a ellos sólo les llega la enfermedad.

31. JUVENTUD (0.022)

Muchas personas jóvenes adquieren el virus, sobre todo porque hay desinformación y no saben como protegerse. Los jóvenes estamos más expuestos porque en esta etapa es cuando se despiertan las ganas [de tener relaciones sexuales] y hay toda una búsqueda, somos impulsivos. En la juventud se hace fácil andar con una pareja y después con otra. A muchos jóvenes les da pena andar preguntando sobre cómo protegerse y pues no lo hacen y por eso están desinformados.

32. INFIDELIDAD (0.022)

Muchas amas de casa se han infectado por sus esposos. Ellos tienen otras parejas y algunos se contagian y pues contagian a sus esposas. Si hay infidelidad puede haber SIDA y al haber SIDA se puede contagiar a las parejas. Hay relaciones en las que las personas no saben que les son infieles y por eso no se protegen usando condón.

33. PAREJA (0.022)

Porque el SIDA es algo que importa a los dos como pareja, se debe de poder hablar como pareja del SIDA y tener comunicación ya que tu pareja te lo puede transmitir.

34. DESORIENTACIÓN (0.022)

Los que tienen la enfermedad no saben qué hacer y los que no la tienen están desorientados porque no saben cómo protegerse.

35. NECESIDAD (0.022)

La gente infectada necesita mucha comprensión, apoyo, porque saben que se van a morir porque no hay cura y eso genera frustración.

36. SUCIEDAD (0.022)

Las personas contagiadas lo adquirieron por falta de higiene ya que tienen muchas relaciones sexuales. Hay gente que tiene muchas relaciones sexuales, no lo hacen por amor sino sólo por placer. Son degenerados, por ejemplo hay homosexuales que tienen muchas relaciones sexuales.

37. CUTÁNEAS (0.022)

Por cortadas en la piel, infecciones, heridas, por agujas que andan poniendo en los cines, la gente se sienta y se pica y pues se contagian del virus.

38. IGNORANCIA (0.019)

Ante el SIDA hay mucha ignorancia. La gente no sabe cómo actuar para con los enfermos y tampoco conoce las señales de la enfermedad cuando ya se tiene y no sabe cómo se puede transmitir y cuidar de la enfermedad.

39. BAJA AUTOESTIMA (0.017)

Cuando se tiene el VIH piensas que nadie te quiere, necesitas mucho cariño y no lo recibes y en consecuencia de esto surge la baja autoestima y te deprimes.

40. ADOLESCENCIA (0.017)

En esta etapa es cuando se inicia con las relaciones sexuales, se tienen más que en otros momentos de la vida y es cuando las personas más se infectan.

41. DESAHUCIADOS (0.017)

Las personas al tener la enfermedad saben que se van a morir porque la enfermedad los conduce a la muerte segura ya que es incurable.

42. INSTINTOS (0.017)

Se siguen los instintos por falta de control sexual y entonces te dejas llevar por ellos y por el momento y es más riesgo sino se conoce bien a la persona.

43. INTOLERANCIA (0.014)

Ante una persona que tiene la enfermedad hay intolerancia, se les aparta no se les saluda, ni besa, ni abraza, los demás se alejan y todo es por la ignorancia. Cuando la gente está mejor informada, hay menos intolerancia.

44. DEGRADACIÓN (0.013)

Como a los enfermos no los aceptan, los van apartando de los círculos de amigos y de la familia, se van quedando solos y eso los degrada más rápido. se descuidan, no se atienden.

45. DEGENERADOS (0.011)

Son las personas que tienen sexo con muchas personas. No hay afecto ni cariño. no hay amor sólo es sexo y todo el tiempo están pensando sólo en sexo. Cuando se tiene relaciones con más de diez parejas se es degenerado, pueden ser hombres y mujeres.

46. FRUSTRACIÓN (0.011)

Por saber que ahora que está enferma se va a morir y no puede hacer nada para evitarlo. La frustración la padecen la persona enferma y sus seres queridos.

47. VICIOS (0.011)

El SIDA es una enfermedad que se puede contagiar por vicios, principalmente por drogas inyectables, por "arponazos", porque si se comparten con otras personas, el virus puede ir en las jeringas y/o en las agujas.

48. INESTABILIDAD (0.011)

A las personas enfermas no les dan trabajo, les practican la prueba para detectar el VIH y si salen positivo no los aceptan. Por esto algunos enfermos no tienen trabajo, les hace falta dinero y no son bien recibidos por la sociedad. Todo esto les produce inestabilidad en sus vidas.

49. MAL VIVENCIA (0.011)

Gente que vive en malas condiciones, no se cuida ni toma precauciones y tampoco protege a los demás.

50. INSEGURIDAD (0.011)

Se tiene que estar así siempre al tanto de la enfermedad, tener cuidado, estar pensando si me hago la prueba, si me la hago el tiempo que no sé el resultado es bastante difícil, da inseguridad y hasta se puede llegar a ser impaciente y perder los cabales.

51. ASESINATO (0.011)

Tener SIDA es estar condenado a muerte por una enfermedad asesina y la persona enferma no puede hacer nada.

52. SALUD (0.011)

Al tener el virus la salud se deteriora, se viene abajo, va disminuyendo hasta que se pierde y entonces somos afectados por cualquier tipo de enfermedad.

53. RECHAZO (0.008)

Las personas que no tienen la enfermedad rechazan a los enfermos, principalmente porque tienen miedo a que los puedan contagiar. Por eso no quieren acercarse o que los toquen y van dejando solo al enfermo.

54. DEPRESIÓN (0.007)

Las personas con SIDA se quedan solas, a veces sin trabajo y sin familiares y sin amigos, además saben que van a morir. Todo esto hace que se sientan solas y tengan baja autoestima lo cual las lleva a estar deprimidas.

55. PESAR (0.007)

Las personas con la enfermedad tienen un gran peso encima porque saben que tienen poco tiempo de vida ya que no hay cura para su mal.

56. COMPASIÓN (0.006)

Los demás le deben de tener compasión al enfermo porque éste la pasa muy mal y en algún tiempo va a morir. Se debe estar sensible a su situación.

57. DECISIÓN (0.006)

Cada persona debe de poder decidir cuándo tener una pareja sexual. Tú debes de decidir si te cuidas o no y de qué manera lo haces; tú decides si quieres tener comunicación con tu pareja; uno debe de decidir lo que quiere hacer.

58. TIEMPO (0.006)

Cuando estás infectado por el virus sabes que tienes un tiempo corto de vida. Los enfermos tienen el tiempo contado y siempre les va hacer falta tiempo para hacer sus cosas, para terminar su proyecto de vida.

59. FAMILIA (0.006)

La familia influye en la propagación del SIDA porque si se habla en la familia de prevención, preservativos, sexualidad, cuidados, se puede ayudar a que sean

menos las personas que se enfermen. Lo común es que en las familias no se hable del SIDA; pero si se habla de él constructivamente, se ayuda a prevenirlo.

60. COMÚN (0.006)

El SIDA es algo ya común, frecuente, está en todos lados, en la televisión, en las películas, desde la secundaria nos dan información del SIDA.

61. PASIONES BAJAS (0.006)

El SIDA se puede transmitir por falta de control sexual en las personas, por ejemplo cuando se acaban de conocer y se acuestan, es tan rápido que no piensan en protegerse.

62. MEDICAMENTOS (0.000)

Como el SIDA es una enfermedad hay algunos medicamentos que se usan para controlar la enfermedad porque la enfermedad sigue siendo incurable. Tengo entendido que los medicamentos son muy caros y no hay tantos.

63. MIEDO (0.000)

El SIDA es una enfermedad que da miedo porque a todos nos da miedo morir y si la tienes vas a morir.

64. DINERO (0.000)

Los que tienen la enfermedad tienen que recibir tratamiento y éste es muy caro. La mayoría de la gente no tiene dinero suficiente y son mal atendidos.

65. VIDA (0.000)

Pensar en SIDA es pensar en la vida, en la mía, la de los demás. Nadie está exento en la vida de contraer la enfermedad, siempre se corre el riesgo de adquirirla. El que está enfermo, debe de estar consciente de que es una enfermedad contagiosa y no tiene derecho a infectar a los demás.

66. AISLAMIENTO (0.000)

Los enfermos de SIDA se pueden aislar porque se desorientan ante la enfermedad, se confunden y no quieren ver a nadie. También la sociedad los puede aislar sobre todo porque la gente piensa que se va a infectar al tratar o tocar al enfermo.

67. CORTADAS (0.000)

Si alguien se corta queda expuesto a contagiarse de SIDA porque el virus puede entrar por la sangre, por ejemplo, si alguien se corta y se talla con un rastrillo se puede infectar, si es que el rastrillo ya está infectado.

68. ORGÍA (0.000)

Se ve en las películas, es la falta de respeto de todos, van todos contra todos, se manosean y tienen sexo y por eso pueden contagiarse de SIDA.

69. LUCHA (0.000)

Hay que darles palabras de aliento, ánimo para no desanimarlos, hay que invitar a los enfermos a pelear contra la enfermedad y a que aprovechen el tiempo que les queda para vivir bien.

APÉNDICE # 2

Listado de categorías, subcategorías y las preguntas que orientaron las discusiones grupales.

Imagen del SIDA

Noción

¿Qué es lo que saben del SIDA?

¿Qué es el SIDA?

Origen

¿Cómo surgió?

¿A qué se debe su existencia?

¿A qué atribuyen que apareciera?

¿De qué país surgió la enfermedad?

Primeros infectados

¿En que personas apareció el SIDA por vez primera?

¿Cómo fue que apareció en estas personas?

Aparición pública

¿Cuándo se dieron a conocer los primeros casos de SIDA?

¿En que año?

Primeros contactos

¿Cuándo escucharon hablar de SIDA por primera vez?

¿Cómo fue este tipo de información?

¿Cómo la recibieron ustedes?

Presencia en el ámbito cotidiano

¿Los jóvenes hablan del SIDA?

¿Cómo?, ¿Con quién?

¿Dónde?, ¿Cuándo?

Vías de transmisión del VIH/SIDA

Expuestos al contagio

¿A quién(es) le(s) puede dar SIDA?

Los más propensos

¿Hay personas que están más propensas al contagio?

¿Existen personas o grupos a los que les puede dar el SIDA con mayor facilidad?

¿Quiénes serían?

Formas de contagio

¿Cómo se puede contagiar?

¿Cuál es la forma más frecuente en los jóvenes?

¿Cómo es que es la más frecuente?

Formas de no contagio

¿Qué cosas son las que pueden hacerse sin riesgo de adquirir el virus?

¿Qué es lo que se puede hacer cotidianamente con el enfermo sin peligro de adquirir el virus?

¿Cuáles son las formas de no contagio del virus?

Cura y vacuna

¿Qué información tienen sobre una posible cura del SIDA?

¿Qué es lo que saben de las vacunas?

¿En cuanto tiempo creen que se tenga una cura o una vacuna?

Prácticas de prevención frente al SIDA

Percepción de riesgo

¿Los jóvenes se sienten en riesgo de adquirirlo?

Cuidados

¿Los jóvenes se cuidan del VIH/SIDA?

¿Cómo?

¿Se cuenta con información suficiente para protegerse?

¿Qué información les hace falta?

El SIDA y las relaciones sexuales

Prevención en las relaciones sexuales

¿Cuáles son las opciones que conocen para protegerse en una relación sexual?

¿Cuáles de estas opciones se ponen en práctica?

¿De qué depende si se utiliza una medida preventiva?

¿Es difícil protegerse durante una relación sexual?

¿Quién tiene la responsabilidad de protegerse en una relación sexual?

No prevención en las relaciones sexuales

¿Hay personas que se resisten a protegerse en una relación sexual?

¿Cómo es que algunos jóvenes no se protegen?

Cambio de comportamientos en los jóvenes

¿Creen que el SIDA está cambiando el comportamiento de los jóvenes?

¿En que forma?

Rechazo y discriminación

Cuando se enteran que otra persona tiene SIDA ¿Qué pasa por su mente?

Si se enteran que alguien conocido tiene SIDA ¿Cómo lo tratarían?

Los jóvenes en general ¿Rechazan o discriminan a los enfermos?, ¿Cómo?

Dudas y aspectos confusos

¿Tienen alguna duda, pregunta o algo que no entiendan del SIDA?

Se dan ejemplos de prácticas tales como besos en la mejilla, en la boca, sexo oral caricias, etcétera, y las personas opinan si se puede o no dar el contagio.

Algunas categorías no se tenían contempladas en la entrevista inicial pero surgieron del discurso de los participantes como por ejemplo: *El embarazo no deseado mayor preocupación que el SIDA* y *Cómo se ven los jóvenes a ellos mismos*, entre otras, por este motivo no se tenían las preguntas pertinentes sino que se construyeron en las sesiones de discusión en grupo.