



Universidad Nacional Autónoma de México

Facultad de Estudios Superiores Iztacala

"Construcción simbólica del VIH/SIDA: Una visión desde
pacientes diagnosticados"

T E S I S
QUE PARA OBTENER EL TÍTULO DE
LICENCIADO EN PSICOLOGÍA
P R E S E N T A (N)

Efraín López Muñoz
Néstor Román Frías Escudero

Director: Dr. **Andrés Mares Miramontes**

Dictaminadores: Lic. **Rodrigo Martínez Llamas**

Lic. **Gonzalo Agamenón Orozco Albarrán**





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.

ÍNDICE

RESUMEN	I
INTRODUCCIÓN	II
CAPÍTULO 1: LA CONSTRUCCIÓN DEL VIH/SIDA	1
1.1 El carácter universal del concepto	1
1.2 El escenario mexicano	3
1.3 El cine como medio de difusión y simbolización social del VIH/SIDA	7
CAPÍTULO 2 INTERACCIONISMO SIMBÓLICO: HACIA UNA MIRADA DEL VIH/SIDA	13
2.1 Antecedentes Filosóficos del Interaccionismo Simbólico: El pragmatismo	14
2.2 La Propuesta de John Dewey	15
2.3 Las Ideas de George Herbert Mead, fundamentos para la construcción del Interaccionismo Simbólico	16
2.3.1 Principios Fundamentales	17
2.3.1.1 El acto	17
2.3.1.2 El gesto	18
2.3.1.3 Símbolos significantes	18
2.3.1.4 El self	19
2.3.1.5 La acción social en términos comunicativos	20
2.4 Principios Básicos del Interaccionismo Simbólico	20

2.5.Principios Teóricos del Interaccionismo Simbólico: Pensamiento e interacción	21
2.5.1 Aprendizaje de significados y símbolos	22
2.5.2 Acción e interacción	24
2.5.3 Elección	24
2.5.4 El self	25
2.5.5 Sobre las grandes estructuras sociales	26
2.6 Principios Metodológicos del Interaccionismo Simbólico	27
CAPÍTULO 3: ESTRATEGIA METODOLÓGICA	29
3.1 Objetivos	29
3.1.1 Objetivo general	29
3.1.2 Objetivos específicos	29
3.2 Participantes	29
3.3 Materiales e instrumentos	30
3.4 Procedimiento	30
3.4.1 Acercamiento al escenario	30
3.4.2 Descripción del escenario	31
3.4.3 Aplicación de entrevistas	32
3.4.4 Transcripción de las entrevistas	32
3.4.5 Análisis de la información	33
CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS	35
4.1 Categorías de análisis	35

4.2 Presentación de resultados	35
4.2.1 Rotulación	36
4.2.2 Guión del rol	37
4.2.3 Estigma e implicaciones	38
4.2.4 Pérdida de la identidad	39
4.2.5 Resistencia del sujeto	40
CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN	41
CAPÍTULO 6: CONCLUSIÓN	44
REFERENCIAS	47
ANEXOS.	

RESUMEN

La presente investigación da cuenta de los significados y sentidos implicados en el proceso experiencial-social mediante el cual las personas diagnosticadas con VIH/SIDA construyen una conciencia, y por ende, un rol. En general, desarrolla la conceptualización del padecimiento VIH/SIDA desde diferentes discursos y contextos, pero poniendo énfasis en la forma en que llega a México, donde gracias a la globalización, es introducida con una significación hegemónica que tiende a verla como algo perjudicial, tanto para la sociedad, como para la persona; dicha significación, para nosotros, resulta la causa de que toda persona diagnosticada experimente este padecimiento como un objeto social negativo, que automáticamente la significa con la misma connotación; asimismo, da como resultado un proceso, donde las personas son coercionadas a construir simbólicamente su VIH/SIDA, esto a través de la acción social comunicativa, misma que al preservar la carga negativa del objeto social, los obliga a entrar a un proceso de construcción, donde su conciencia y su rol resultan perniciosos. Para dar cuenta de este proceso consideramos útil un acercamiento cualitativo, específicamente desde el Interaccionismo Simbólico, ya que este nos permitió, por un lado, acercarnos a lo que los pacientes refieren es el VIH/SIDA, y por el otro, entender cómo, después del diagnóstico, son llevados a asumir lo que nosotros denominamos, una pérdida de la identidad. Empero, este acercamiento cualitativo también nos permitió dar cuenta de que el VIH/SIDA es una construcción simbólica, misma que cada paciente construye con su actuar, ya sea que, acepte lo dicho por los dispositivos asistenciales y sus familiares, dando como resultado la medicación constante de “un paciente redimido”, ó se niegue a medicarse, deviniendo en un rechazado social, o en otras palabras, en “un sujeto en resistencia”.

INTRODUCCIÓN

La preocupación por el VIH/SIDA en México ha crecido constantemente; desde su aparición en la década de los 80's, hasta su más reciente simbolización como un lazo rojo, su presencia ha aumentado exponencialmente, y junto con ella, los discursos médicos, donde el síndrome es descrito como una preocupación social que debe ser atendida (entiéndase atacada) inmediatamente.

Dado esto, nuestro país no ha escatimado esfuerzos para atender a dicha preocupación social; los estudios serológicos (1985, 1988, 1992), y la creación de instituciones (CENSIDA, CONASIDA, etc.) y programas estatales (como el lazo rojo) son ejemplo de ello, empero, también son muestra de otra realidad, la de las estadísticas.

El SIDA siempre está acompañado de cifras; números que se nutren con las confesiones de los diagnosticados, quienes dan margen, a las instituciones, para aprovechar una parte de sus valiosos discursos y crear, por un lado, estadísticas (¿Cuántos lo padecen?, ¿Quiénes lo padecen?, ¿Cómo se contagian?, ¿A qué edad?, ¿De qué forma?, etc.), y por otro lado, rescatando dicha información, programas de prevención.

Retomando lo anterior, podemos dar cuenta de que la voz del VIH está en los médicos e investigadores, en las estadísticas estatales, en los programas sociales, e incluso, en los pedagogos del sexo (dedicados a la prevención), sin embargo, la voz que verdaderamente es importante para conocer al SIDA se ha hecho a un lado, la de los diagnosticados, quienes solo aparecen en la vasta bibliografía de este síndrome como números, o en el mejor de los casos, como testimonios mediados por la voz de los expertos.

Dada esta realidad, consideramos relevante dar cabida a un estudio del VIH desde otra perspectiva, donde el padecimiento no sea descrito en cuestión de números, sino de relatos de personas diagnosticadas, quienes saben, más que de conteos de CD4, lo que es el SIDA, o en otras palabras, lo que ellos han

construido (como proceso dialéctico persona-sociedad) y por lo tanto, consideran es su padecimiento.

Para realizar esta labor decidimos, primero, conceptualizar al VIH/SIDA como un objeto social, por ello en el primer capítulo de esta tesis desarrollamos la construcción que este padecimiento tuvo a partir de su descubrimiento. Se describen los diferentes discursos (médicos, prácticos, estatales y filmográficos) que se unificaron –por medio de la globalización- para dar cabida al carácter universal del concepto VIH/SIDA.

Posteriormente, y tomando en cuenta la conceptualización que hicimos del SIDA como un objeto social, desarrollamos las herramientas teóricas que consideramos pertinentes para abordarlo. Dado ello, el segundo capítulo de la tesis está dedicado al Interaccionismo Simbólico, teoría a través de la cual proponemos hacer inteligible nuestro objeto.

El tercer capítulo de la tesis describe la estrategia metodológica que seguimos a lo largo del proceso de investigación, la cual nos dio pauta, en primer lugar, para rescatar las voces de los diagnosticados en cuanto a su vivencia de lo que es este padecimiento, y en segundo lugar, construir el cuarto capítulo de la tesis, denominado presentación de resultados. Este capítulo describe, como proceso, las vivencias que los profesionales de la salud, los diagnosticado y sus familiares experimentan, y a través de las cuales, construyen y re-construyen el padecimiento.

En el quinto capítulo de la tesis, la discusión, entrelazamos la visión hegemónica del VIH con las vivencias de los pacientes, todo mediante el Interaccionismo Simbólico; dándonos pauta para proponer al VIH/SIDA como una construcción simbólica.

La conclusión, sexto y último capítulo de esta investigación, es un espacio donde resumimos los hallazgos más importantes de la tesis, asimismo, nos permite señalar los aspectos que este trabajo no alcanzó, pero que sería pertinente retomar en próximas investigaciones.

Para finalizar la introducción y dar cabida al trabajo propiamente, consideramos importante hacer aclaraciones sobre algunos conceptos que emplearemos a lo largo del trabajo:

- A lo largo de la tesis emplearemos los conceptos de VIH/SIDA, SIDA, VIH y sida como sinónimos.
- Los conceptos HSH (Hombres que tienen Sexo con Hombres) y Homosexual no son sinónimos, empero, en el primer capítulo donde se describe el escenario mexicano, algunos autores e instituciones no hacen esta diferencia.
- Los conceptos de conciencia, self y sí mismo son empleados como sinónimos en la presente tesis.
- Los conceptos de acción social en términos comunicativos y acción social comunicativa refieren lo mismo en este trabajo.
- A lo largo de la investigación emplearemos objeto social, construcción social y construcción simbólica como sinónimos.

CAPÍTULO 1: LA CONSTRUCCIÓN DEL VIH/SIDA

Lo que me gustaría mostrar es que cierto régimen de verdad, y por consiguiente no un error, hizo que algo inexistente pudiera convertirse en algo.

Michel Foucault.

El presente capítulo pretende mostrar la historicidad del concepto VIH/SIDA desde tres visiones que, en principio, parecen desligadas, sin embargo, se encuentran fuertemente entrelazadas por un factor, la globalización.

Dicha globalización, nos permite dar cuenta del proceso mediante el cual, la interpretación local de un padecimiento, deviene la base de una compleja estructura discursiva; misma que será difundida para tornarla hegemónica, o en otras palabras, dará cabida al carácter universal del concepto VIH/SIDA.

1.1 El carácter universal del concepto.

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud (OMS), El VIH/SIDA es la más compleja, mutante y probablemente, más devastadora enfermedad infecciosa que jamás haya visito la humanidad (CENSIDA, 2008).

Se dice que la historia del VIH/SIDA comienza con la comunicación médica de casos de personas fallecidas en África en los años 70's, mucha gente pensó que las enfermedades epidémicas causadas por microbios, incluyendo virus, ya no representaban una amenaza para los países industrializados. Sin embargo, en junio de 1981, el Centro para el Control de Enfermedad de Atlanta¹ en Estados Unidos, publicó el primer reportaje sobre un tipo raro de neumonía

¹ El CDC es parte de los Ministerios de Salud y Servicios Humanos de los Estados Unidos. Por sus siglas en ingles CDC (Center for Disease Control -Centro para el Control y la Prevención de las Enfermedades-). Su misión es la de promover la salud y calidad de vida para todos los estadounidenses y prevenir y controlar las enfermedades, lesiones y discapacidades. Su sede central se encuentra en Atlanta, Georgia.

Pneumocistis Carinii; al mes siguiente se constataron casos de sarcoma de Kaposi y un tipo de cáncer de piel (Gallo y Montagnier, 2004; Nacamendi, 2005).

Pese a que los médicos conocían tanto la neumonía por Pneumocistis Carinii como el sarcoma de Kaposi, la aparición conjunta de ambos en varios pacientes les llamó la atención. La mayoría de estos pacientes eran hombres homosexuales sexualmente activos, muchos de los cuales también sufrían de otras enfermedades crónicas que más tarde se identificaron como infecciones oportunistas. Las pruebas sanguíneas que se les hicieron a estos pacientes (quienes murieron pocos meses después) mostraron que carecían del número adecuado de un tipo de células sanguíneas llamadas T CD4 (Larnotte, 2004; Grmek 1992).

Por la aparición de unas manchas de color rosáceo en el cuerpo del infectado la prensa comenzó a llamar al SIDA con el célebre nombre de la “Peste Rosa”, causando una confusión y atribuyéndola a los homosexuales, aunque pronto se hizo notar que también la padecían otros grupos, los inmigrantes haitianos en Estados Unidos, los usuarios de drogas inyectables y los receptores de transfusiones sanguíneas; estos datos provocaron que se hablará del club de las “cuatro haches”, que incluía a todos los anteriores y los consideraba de riesgo para adquirir la enfermedad (Grmek, 1992).

En 1982, la nueva enfermedad fue bautizada oficialmente con el nombre de Acquired Immune Deficiency Syndrome (AIDS) por sus siglas en inglés, nombre que sustituyó a otros propuestos como Gay-related immune deficiency (GRID). Hasta 1984 se sostuvieron distintas teorías sobre la posible causa del VIH/SIDA. La teoría con más apoyo planteaba que esta era una enfermedad básicamente epidemiológica.

En 1983 un grupo de nueve hombres homosexuales con VIH/SIDA de Los Ángeles, que habían tenido parejas sexuales en común, incluyendo a otro hombre en Nueva York que mantuvo relaciones sexuales con tres de ellos, sirvieron como

base para establecer un patrón de contagio típico de las enfermedades infecciosas (Grmek, 1989; Uribe, Magis, Egremy, Arellano & Hernández, 2003).

Las víctimas del VIH/SIDA eran aisladas por la comunidad, los amigos e incluso la familia. Los niños que lo padecían no eran aceptados por las escuelas debido a las protestas de los padres de otros niños. La gente temía acercarse a los infectados, ya que pensaban que el VIH/SIDA podía contagiarse por un contacto casual como dar la mano, abrazar, besar o compartir utensilios con un infectado.

En un principio la comunidad homosexual fue culpada de la aparición y posterior expansión del SIDA en Occidente. Incluso algunos grupos religiosos llegaron a decir que este era un castigo de Dios a los homosexuales. Otros señalan que el estilo de vida depravado de los homosexuales era responsable de la enfermedad (Grmek, 1989).

1.2 El escenario mexicano.

Si bien la llegada del VIH/SIDA a nuestro país resulta incierta debido a que no existe una fecha exacta de aparición, diversos autores enmarcan su llegada en la década de los 80's (Candia, Ortiz y Gómez, 2012; CENSIDA –Centro Nacional para la Prevención y el Control del VIH/SIDA-, 2006; Córdova, Ponce y Valdespino, 2009; Segovia y Ponce 2003).

A pesar de esta ambigüedad, podemos tomar tres fechas como puntos de referencia para contextualizar su llegada al país. En 1981, señalan Córdova, Ponce y Valdespino (2009), se presentaron los primeros casos, mismos que, según CENSIDA (2006), serían notificados con el rotulo “SIDA” para el año de 1983, más específicamente en septiembre, cuando cinco pacientes, con diagnóstico confirmado, fueron ingresados en el Instituto Nacional de Nutrición Salvador Zubirán, donde, al dar cuenta de que cuatro de ellos eran homosexuales que habían, o viajado a los Estados Unidos y tenido relaciones allá, o las habían tenido en México con homosexuales norteamericanos, se establecieron dos

antecedentes de gran relevancia, el primero, el VIH/SIDA fue importado a nuestro país desde Estados Unidos, el segundo, para 1984, señala Córdova, Ponce y Valdespino (2009), se establecería un patrón de transmisión por vía sexual, predominantemente entre homosexuales.

Lo anterior resulta importante para entender qué significado tiene el VIH/SIDA en México, ya que existieron otros datos relevantes, pero subestimados, acerca de su desarrollo en nuestra sociedad, por ejemplo, según estos mismos autores, en 1985 se hizo evidente el crecimiento de casos en pacientes femeninos con historia de transfusiones sanguíneas como único factor de riesgo, asimismo, un año después, se inició la denominada “ruralización de la epidemia”, la cual refería al fenómeno iniciado por migrantes mexicanos, quienes se infectaban por el uso de drogas parenterales y posteriormente pasaban la infección a sus parejas, mismas que presentaban como único factor de riesgo la vida sexual con su cónyuge.

Diversos autores (CENSIDA 2006; Córdova, Ponce y Valdespino, 2009; Segovia y Ponce 2003) señalan que dichos datos no modificaron el contexto en el cual este virus había llegado a nuestro país, ya que estos no fueron tomados en cuenta en la planeación de los estudios serológicos que se realizaron en 1985, 1988 y 1992, mismos que tenían por objetivo analizar poblaciones vulnerables, es decir, homosexuales, prostitutas y prisioneros. Si bien debemos reconocer que el último de estos estudios incluyó a los niños de la calle, a los migrantes y a los adolescentes, también debemos resaltar que esta investigación, según CENSIDA (2006), se realizó con el objetivo de identificar factores de riesgo para la transmisión del VIH entre Hombres que tienen Sexo con Hombres (HSH).

Es fácil apreciar que a pocos años de su aparición el VIH/SIDA en México ya se había tornado un problema; el desarrollo exponencial de esta epidemia obligó a que se tomaran otras medidas aparte de la recolección de información, por ello, y como señalan algunos autores (Candia, Ortiz y Gómez 2012; CENSIDA, 2006; IMSS –Instituto Mexicano del Seguro Social-, 2004), en 1985 el hospital de Infectología del Centro Médico Nacional La Raza lo recibe como una prioridad,

como en su momento -1972- lo fue la fiebre tifoidea. Córdova, Ponce y Valdespino menciona que era dramático ver la evolución de la historia natural de la infección por VIH:

Muerte tras muerte, solo tratábamos las enfermedades oportunistas y las neoplasias, y esperar la muerte. Quizás servirían las palabras de aliento y acompañamiento para disminuir el peso del estigma y la discriminación que sufrían cotidianamente. A diferencia de las personas afectadas por otras enfermedades, la gente con VIH enfrentaba los prejuicios, e incluso la violencia física, solamente por sufrir el infortunio de estar infectados por el virus (2009, p. 200)

Dada esta realidad, los esfuerzos por detener la transmisión del virus y la discriminación hacia las personas que lo padecían fueron incrementándose; Segovia y Ponce (2003) señalan que en 1986 se creó el Comité Nacional para la investigación y control del SIDA, mismo que fue fundado con el objeto de evaluar la situación del SIDA y la infección por VIH, así como establecer los criterios para el diagnóstico, el tratamiento, la prevención y el control de la enfermedad y así coordinar la implantación y evaluación de normas, pautas y actividades de control apropiadas. En general, estos autores mencionan que sus acciones se distribuyeron en tres subcomités: Educación para la Salud, Investigación y Vigilancia Epidemiológica, y Bancos de Sangre.

Aunado a lo anterior en 1987, señalan Segovia y Ponce (2003), se llevó a cabo otra medida que perseguía el mismo fin que la creación del comité, la publicación mensual del boletín epidemiológico de SIDA, por parte del sector salud. El primer número apareció el 1° de Marzo de ese mismo año, reportando, como principal dato, la existencia de 344 casos de SIDA en todo el país. Aunado a dicho esfuerzo, estos autores reportan otro, la primera campaña informativa masiva sobre SIDA en nuestro país, en general esta campaña retomaba uno de los primeros cimientos con los que llegó el virus a México, la transmisión sexual, por ello su lema era “Disfruta del amor. Hazlo con responsabilidad” (Segovia y Ponce, 2003, p. 206).

No obstante, 1988 sería, según estos mismos autores, un año decisivo en la lucha contra el VIH/SIDA en México. En julio de ese año se creó TELSIDA, cuyo fin fue difundir información acerca del padecimiento; en agosto se publicó en el Diario Oficial de la Federación el decreto presidencial por el que se creó el Consejo Nacional para la Prevención y Control del VIH/ SIDA (CONASIDA), cuyo objetivo “consistirá en promover, apoyar y coordinar las acciones de los sectores públicos, social y privado tendientes a combatir la epidemia del SIDA, así como impulsar las medidas que al efecto se establezcan” (Segovia y Ponce , 2003, p. 5). Aunado a lo anterior, en octubre nuestro país fue sede del Primer Simposio Internacional de Educación y Comunicación en SIDA.

Empero, todos los esfuerzos antes citados se concentraron en un sector específicamente, los HSH, y por ello terminaron por estigmatizar al virus como propio de la población homosexual; CENSIDA (2006) señala que a partir del año 1988 se llevaron a cabo tres acciones en dicha población, la primera, se realizó una investigación de 1988 a 1992 para identificar factores de riesgo para la transmisión del VIH entre HSH; la segunda, a partir de esta investigación se promovieron talleres de sexo seguro para HSH y en 1992 se elaboró el video “Sexo seguro”, que fue replicado y distribuido a todos los programas estatales y a organizaciones civiles que trabajaban con esta población; la tercer acción realizada fue la publicación del video “De chile, de dulce y de manteca” en el año de 1994, el cual estuvo dirigido a población homosexual y bisexual.

Esta última fecha también marcó un parteaguas para otro acontecimiento de suma importancia, ya que, como bien señalan Córdova, Ponce y Valdespino (2009), fue en dicho año cuando el IMSS comenzó a tratar al virus de manera más directa, es decir, aunado a los cuidados paliativos, dio acceso a sus afiliados a medicamentos. Este esfuerzo se generalizó para 1998, año en que CENSIDA (2006) señala se inició el otorgamiento de antirretrovirales de manera gratuita a personas sin derechohabencia. Asimismo, este año también vio nacer el programa “Lazo Rojo”, el cual busca atacar el estigma y la discriminación hacia las personas afectadas por el VIH/SIDA; Córdova, Ponce y Valdespino (2009)

mencionan que esta labor, hasta la fecha, sigue siendo una prioridad, ya que el imaginario popular (y aun círculos médicos y científicos que uno supondría más informados) sigue asociando al VIH/SIDA exclusivamente con prácticas homosexuales.

1.3 El cine como medio de difusión y simbolización social del VIH/SIDA.

Para entender la importancia que ha tenido el cine en la construcción del VIH/SIDA como objeto social (y por ende, de la conciencia –self o sí mismo- de quienes lo padecen), debemos dar cuenta de dos cuestiones, la primera, “en nuestro tiempo, los medios han sido construidos por la sociedad. Pero también es la nuestra una sociedad construida por los medios de comunicación” (Izuzquiza, 1997, p. 138); la segunda, “ el cine se erigió en un arte pro-activo en la medida en que conseguía simultáneamente modelar mentalidades, dominando el corazón y la mente, actuando de este modo, también, como agente transformador de la conciencia social y constructor de la historia” (Pais, 2006, p. 102).

Dado esto, la importancia de dicho arte, en la construcción del VIH/SIDA como objeto social, deriva de que podemos considerarlo un importante emisor de la acción social en términos comunicativos, lo cual lo hace devenir en un referente obligado para entender el significado de este padecimiento, y más importante aún, para dar cuenta de la creación de un personaje (rol), el diagnosticado con VIH/SIDA.

Aunado a lo anterior, Núñez (2009) menciona otra cuestión que hace al cine (especialmente el norteamericano) una valiosa herramienta para comprender la genealogía de dicho personaje (rol), su consumo generalizado a nivel mundial.

Esta característica resulta relevante tomando en cuenta que, en palabras de Bauman (citado en Meruane, 2012), la globalización es un destino ineluctable, mismo que trae consigo un designio inherente, la fluidez; Irónico, ya que la globalización/fluidez inaugurada en la década de los setenta, constituyó, para Meruane (2012), el soporte de la epidemia, y al mismo tiempo le dio una imagen

líquida al contagio, la cual expresa metafóricamente la articulación del mundo global, es decir, conectado por flujos.

Empero, todo lo anterior sólo cobra sentido (y relación) cuando unimos las piezas para dar voz a una enfermera colombiana, quien resume a la perfección la relación que el cine tiene con el VIH/SIDA: “El temor al sida ha llegado, debido a los medios de comunicación, hasta los rincones más apartados” (Meruane, 2012, p. 67).

De lo anterior son testigos Taboa, García, Dolores y Cofiño (2005), quienes documentan más de 280 películas que tratan directamente (e indirectamente) el tema del VIH/SIDA; esto resulta sorprendente, considerando que dicho padecimiento tiene poco más de 30 años conviviendo con nosotros como tal.

En general, la relación VIH-CINE se constituye en un momento crucial, a principios de los 90's; dicho dato resulta importante debido a que esta deviene heredera de la política de “brazos cruzados (dejar a los condenados a su suerte)” (Meruane, 2012, p. 65), la cual se expresaba en el discurso oficial de la administración norteamericana: “la epidemia se encuentra confinada a los gays” (Pais, 2006, p. 106); o en otras palabras, se ratificaba a la homofobia cómo una práctica política legítima que se efectúa en defensa de la ciudadanía, o como diría Foucault (2000), se legitima el racismo de Estado, entendido como la limpieza moral del cuerpo social.

Ejemplo de lo anterior son diversas películas que dieron génesis a un nuevo personaje, el diagnosticado con VIH/SIDA. La primera que aparece en escena es *Compañeros inseparables* (1990), la cual hacía referencia a “una rara enfermedad que afectaba a los hombres gays” (Pais, 2006, p. 105); Taboa y cols. (2005) mencionan que a lo largo del film se puede observar cómo un grupo de amigos homosexuales contrae poco a poco el padecimiento.

Otra película que continuó dando forma a dicho personaje es *Las noches salvajes* (1992), donde se muestran momentos autobiográficos del director, quien

“tuvo relaciones sexuales y no utilizó el preservativo a pesar de saber que estaba infectado por el VIH. Reveló sus paseos nocturnos de sexo fácil por la ribera del Sena” (Pais, 2006, p. 108).

Al año siguiente tres películas continuaron con el diseño de dicho personaje, la primera, *En el filo de la duda* (1993), donde se muestra la búsqueda para encontrar el inicio de la infección. Pais (2006), Núñez (2008) y Taboa y cols. (2005) refieren que el film expresa una marcada tendencia al estudio de los contactos sexuales de los gays en Los Angeles y New York.

La segunda película que apareció en ese año “se le consideró la película más emblemática de los tiempos del SIDA y ganó merecidamente el premio Oscar” (Bisso, 2010, p. 158), es decir, *Philadelphia* (1993).

Según Taboa y cols. (2005), esta retrata la problemática de la homofobia y de la discriminación de la población gay en Estados Unidos (todo dentro del contexto del sida), empero, también transmite la relación, inmanente, Homosexual-VIH/SIDA a través de sus diálogos: “los heterosexuales no tienen que preocuparse con el SIDA, porque es una enfermedad de los gays” (Pais, 2006, p. 109), ó “un encuentro sexual sin protección puede infectar más rápidamente a alguien si es anónimo y homosexual” (Pais, 2006, p. 110).

La tercera película realizada en ese año fue *Paciente cero* (1993); esta, para Taboa y cols. (2005), encarnaba al VIH/SIDA en un personaje en particular, un azafato gay canadiense quien supuestamente introdujo el padecimiento a este país. El guion resulta irónico debido a que la búsqueda del paciente cero sí se realizó y, según Meruane (2012), tuvo como blanco a Gaëtan Dugas, un sobrecargo homosexual que fue descrito como promiscuo debido a que declaró “con orgullo haber mantenido relaciones anales con más de dos mil compañeros” (Meruane, 2012, p. 70).

La caracterización del personaje antes mencionada dio un giro drástico a partir de 1994, ya que aparecieron diversos films donde dicho personaje se bifurca

para devenir, según Bisso (2010), en adictos a drogas inyectables, mismos que pueden ser apreciados en secuencias como *Algun lugar* (1994).

Posteriormente aparecen otras tres variantes específicas del personaje, la primera, la mujer heterosexual infectada con VIH/SIDA, quien, para diversos autores (Pais, 2006 y Taboa y cols. 2005), es representada en *Solo ellas... los chicos a un lado* (1995).

La segunda variante es denominada, en palabras de Bisso (2010) y Taboa y cols. (2005), las víctimas inocentes, es decir, los niños a los que se les transmite el virus por la vía vertical (madre a hijo); esta realidad es narrada en la cinta *Que nada nos separe* (1995).

La última bifurcación del personaje, concuerdan los autores (Bisso, 2010 y Taboa y cols. 2005; Pais, 2006), se encarna en la figura de los adolescentes y sus comportamientos de alto riesgo, los cuales son expuestos en *Kids* (1995).

Dado todo lo anterior, debemos preguntarnos, ¿por qué el personaje diagnosticado conserva ciertas características (homosexual y/o promiscuo) en los primeros films?, o en otras palabras, ¿por qué hasta después de 9 años de la aparición del virus se muestran otras cara de la enfermedad?

Si bien no podemos dar una respuesta concreta a ambas cuestiones, Núñez (2008) nos da un punto de partida para entender el porqué:

El cine, aunque la televisión le ha aventajado en grandes proporciones, ha sido el instrumento ideal para conformar el imaginario colectivo, para manipular formas de pensar y mantener, dentro de los límites marcados y permitidos por el Sistema, el control de poblaciones enteras. De esta manera, al cine –sobre todo el cine dirigido a las masas, el cine de entretenimiento– le es más fácil y productivo crear o manejar estereotipos que convengan o satisfagan el *status quo*, a las instituciones que imponen el deber ser. Esas imágenes convencionales o estereotipadas facilitan la tarea de alinear y alienar a la sociedad, a los individuos que la componen. Se acuñan imágenes para simplificar la *realidad* o la *verdad*, tal como a los grupos en el poder conviene. El colectivo se familiariza con eso y en eso va a creer, le resulta más fácil, le simplifica el mundo y no se ve obligado a

pensar, a disentir, a elegir. ¿Para qué complicarse la existencia? Así es y punto. Así lo ha querido Dios. No hay vuelta de hoja. O es blanco o es negro. No hay de otra. El estereotipo se instala maniqueamente entre el bien y el mal, entre lo positivo y lo negativo, entre lo permitido y lo prohibido, entre la salud y la enfermedad. No se permiten variantes, alternativas, posibilidades, mezclas. Nada puede ser relativo o prestarse a dudas.

(Núñez, 2008, p. 41).

Según este autor, los estereotipos cumplen una función, responden a interrogantes y satisfacen necesidades, pero siempre a conveniencia de quien dicta una verdad, misma que es reducida y simplificada; por ello resulta válido preguntarnos, ¿bajo qué verdad el personaje diagnosticado con VIH/SIDA fue construido?

Esta última cuestión, que pone de manifiesto la construcción hegemónica que unió el discurso global y local a través de los medios de comunicación, nos permite plantearnos una mirada teórica específica para entender este padecimiento.

La especificidad de dicha mirada teórica está en función de tres cuestiones, la primera, considerar al VIH/SIDA como una construcción social (objeto social) basada en fuentes discursivas (oficiales, cotidianas, cinematográficas, etc.), mismas que al ser experimentadas por las personas, producen la segunda condición, es decir, conceptos analíticos o sensibilizadores, tales como VIH/SIDA, el cual solo pueden ser entendido como un conjunto de conexiones discursivas, mismas que, al ser nuestra tercer condición, nos dan pauta para justificar una indagación, donde se focalice el mundo empírico analizado, y por tanto, se priorice las significaciones de las personas como punto de inspección para entender al VIH/SIDA como una construcción simbólica.

Dado lo anterior, consideramos al Interaccionismo Simbólico como una herramienta que nos permite, en palabras de Meruane “darle voz a los contagiados por encima de las reivindicaciones de los pedagogos del sexo seguro”

(2012, p. 71), es decir, contextualizar la concepción universal del padecimiento en la significación que cada individuo tiene, o más bien, construye de él.

CAPÍTULO 2 INTERACCIONISMO SIMBÓLICO: HACIA UNA MIRADA DEL VIH/SIDA

El "mundo verdadero", una idea que ya no sirve para nada, que ya ni siquiera obliga, una idea que se ha vuelto inútil, superflua, por consiguiente una idea refutada: eliminémosla.

Friedrich Nietzsche

El Interaccionismo Simbólico es considerado como la corriente más influyente para la psicología social de la tradición sociológica, esta se interesa, preferentemente, por la naturaleza de los grupos y de los fenómenos colectivos, el impacto recíproco entre individuo y sociedad, la dimensión simbólica de la interacción social y la misma interacción como sistema supraindividual; de igual manera, presenta una estimulante propuesta para la comprensión del ser humano, entendiéndolo como miembro activo de una comunidad social de interpretación de símbolos (Pons, 2010).

Asimismo, se puede señalar al Interaccionismo Simbólico como una perspectiva psicosocial que plantea que todas las organizaciones, culturas y grupos, están constituidos por actores sociales envueltos en un proceso constante de interpretaciones del mundo que les rodea; estos actores elaboran sus interpretaciones y definiciones de las situaciones a las que se enfrentan (Mares e Ito, 2005).

Debido a esta concepción de la sociedad como un marco de interacción simbólica entre individuos, y al ser humano como constructor activo de significados organizados en torno a los procesos compartidos de interacción, se realizará en los siguientes párrafos una re-construcción sobre las principales influencias ideológicas para la conformación de esta propuesta teórica, así como una revisión teórica de los exponentes de esta denominada "piedra angular" para el análisis de la interacción humana, ya que dicha postura atiende a nuestros fines primordiales, la teorización de la construcción simbólica del VIH/SIDA como fenómeno construido entre los actores sociales.

2.1 Antecedentes Filosóficos del Interaccionismo Simbólico: El pragmatismo.

El Pragmatismo es una corriente filosófica, idealista y subjetiva que considera la verdad desde el punto de vista de la utilidad social. William James y Charles Sanders Peirce son considerados padres de esta corriente filosófica. Según James, el pragmatismo no es propiamente una teoría filosófica, sino un modo de pensar, un choque de temperamentos humanos, es decir, de modos individuales de ver y sentir la vida, en el que tienen cabida teorías distintas y que puede aplicarse a distintas disciplinas, (Rizo, 2008; Estévez, 2007).

El término Pragmatismo fue acuñado por Charles Sanders Peirce durante los encuentros del Metaphysical Club de Cambridge, Massachusetts, en 1872, e introducido en un artículo titulado "*How to make our ideas clear*" en 1878, sin embargo, el término fue popularizado por William James en una conferencia que data de 1898; dicho concepto, proviene de la palabra griega *pragma*, que significa "acción", de la que vienen nuestras palabras "práctica" y "práctico" (Alcoriza, 2001; Basave, 1972; Estevez, 2007; Miranda, 2003).

Este término ha sido empleado y descrito por diversos autores, sin embargo Joseph L. Bleu², lo describe de forma clara y puntual:

A los pragmatistas les importa explicar el puesto del pensamiento y del conocimiento en el mundo. El pensamiento es activo. Las realidades se constituyen como tales cuando son conocidas. Los hechos se reconstituyen en la dirección de un valor. La realidad incluye el hecho físico y el hecho mental. El conocimiento es un instrumento en el proceso de cambio de una realidad insatisfactoria a una realidad satisfactoria o menos insatisfactoria. La prueba de la verdad de una teoría reposa en el examen de sus consecuencias. La vida de la educación y la vida de la ley no ha sido lógica, ha sido la experiencia. El pragmatismo se presenta como un método para reconstruir nuestro pensamiento de ese modo recuperar la filosofía (Basave, 1972, pp. 251 y 252).

² Joseph L. Bleu, *Filósofos y Escuelas filosóficas en los Estados Unidos de Norteamérica*, Editorial Revertè, S. A., México, Barcelona, Buenos Aires, p. 277.

En términos generales, el Pragmatismo proporciona una nueva lógica del significado. La función del pensamiento debe ser la de imponer una regla de acción, un hábito de comportamiento, una creencia. Dicha corriente tuvo una gran influencia en autores como George Herbert Mead, -a quien puede considerarse el padre del Interaccionismo Simbólico- con su noción de emergencia del “yo” a partir del orden social y en el marco del simbolismo usado para la comunicación interpersonal, y por otro lado las ideas de John Dewey acerca del pensamiento como instrumento de adaptación y producto de la interacción (Cisneros, 1999; Pons, 2010).

2.2 La Propuesta de John Dewey

La psicología funcionalista se inicia a finales del siglo XIX con la obra de John Dewey³, desde su perspectiva, el pensamiento es una función mediadora e instrumental que ha evolucionado para servir a los intereses de la supervivencia de los humanos (Westbrook, 1993 citado en Pons, 2010). Sin embargo, como explican Collier et al (1996, citado en Pons, 2010), Dewey no consideraba el pensamiento una propiedad privada sino que pertenece a la interacción; aunque sean individuos particulares los que producen el pensamiento, éste tiene una base social sostenida en convenciones y creencias, por lo que no sería adecuado concebir la mente como algo esencial y exclusivamente individual (Pons, 2010).

Según Dewey, el carácter inacabado del mundo genera entre las personas un estado de incertidumbre, del cual emerge el pensamiento. La actividad concreta que origina el pensamiento y el carácter inconcluso del mundo convierten cada experiencia en singular, lo que hace que todo conocimiento sea provisional. El lenguaje es lo que posibilita el examen de la acción y la posibilidad de imaginar diferentes posibilidades alternativas, pero tampoco es algo personal o privado sino que está en relación con los otros. La interacción es el proceso fundamental que permite comprender la conciencia. El hecho de que cada persona nazca en una

³ John Dewey, Filósofo, Pedagogo y Psicólogo estadounidense. Uno de los fundadores de la filosofía del pragmatismo. Representante de la filosofía progresista en Estados Unidos. Democracia y educación. Editorial Morata, Madrid, 1995, p. 320.

sociedad ya constituida con costumbres, tradiciones, convenciones, lengua, instituciones... configura su subjetividad, lo cual posibilitará la intersubjetividad, es decir, el desarrollo del pensamiento de cada individuo dentro de las diferentes interacciones. Dewey defiende que los fenómenos complejos no pueden descomponerse en elementos simples, sino que es necesario comprenderlos en su complejidad, conformando un sistema coordinado de acción en el que intervienen cada uno de esos elementos (Pons, 2010).

2.3 Las Ideas de George Herbert Mead: fundamentos para la construcción del Interaccionismo Simbólico.

El trabajo de Mead⁴ resulta fundamental, en nuestra opinión, para comprender el devenir de perspectivas teóricas cuya secuencia proviene del pragmatismo y se encaminan hacia el construccionismo social.

La obra que Mead dejó planteada, es una teoría de las relaciones entre individuo y sociedad, fuertemente enlazada en la tradición filosófica pragmatista, que parte de considerar la existencia de una realidad simbólica distinta de una probable realidad natural y susceptible de creación y transformación (Monferrer, González y Díaz, 2009).

Según Monferrer et al. (2009), Mead anticipa una visión epistemológica que cuestiona qué es o no científico a través de un consenso significativo, y el criterio de objetividad científica como una construcción más. Asimismo “la naturaleza social del lenguaje y la naturaleza social simbólica de la sociedad, dejan de ser objetos de especulación filosófica, volviéndose accesibles al análisis empírico” (p. 243).

⁴ George Herbert Mead, Filósofo pragmático, Sociólogo y Psicólogo social estadounidense. Teórico del interaccionismo simbólico. Sus libros fueron editados póstumamente a partir de manuscritos y de las notas de sus alumnos; entre sus principales obras encontramos “*La filosofía del presente*” (1932), “*Espíritu, Persona y Sociedad desde el punto de vista de un conductista social*” (1934) y “*La filosofía del acto*”. Comunicación, Sociedad y Cultura, Perfil biográfico y pensamiento. © BDN | Infoamerica PN |+Dj SEJ06-14561.

2.3.1 Principios Fundamentales.

A partir de las siguientes premisas, Mead formulan los principios fundamentales de una teoría psicosocial que sentará las bases para la consumación del Interaccionismo Simbólico.

2.3.1.1 El acto.

Considera el acto como la “unidad más primitiva” de su teoría. No es en sí un fenómeno emergente, si no la base de toda emergencia, éste implica una sola persona. Mead señaló que concebimos el estímulo como una ocasión u oportunidad para actuar, no como una compulsión o mandato (Mead, 1973; Mead, 1982, citado en Ritzer, 1993).

Mead, logro identificar cuatro fases fundamentales e interrelacionadas del acto equivalentes a un todo; la primera fase es la del impulso, la cual, entraña un “estímulo sensorial inmediato” y la reacción del actor al estímulo, el actor (humano o no) responde inmediatamente e irreflexivamente al impulso, pero es más probable que el actor humano se detenga a considerar la respuesta adecuada (Mead, 1938/1972, citado en Ritzer, 1993).

La segunda fase del acto es la percepción, en la que actor busca y reacciona a un estímulo relacionado con el impulso, ésta implica los estímulos entrantes (a través de los sentidos) como las imágenes mentales que crean; la tercera es la fase de la manipulación, es decir, la acción que la persona emprende con respecto a el objeto (Mead, 1938/1972, citado en Ritzer, 1993), este proceso para Mead, representa una pausa porque mientras transcurre no se manifiesta una respuesta temporal, esta pausa representa la posibilidad de pensar en sus experiencias pasadas con respecto al objeto.

Por último tenemos la fase de consumación del acto, la cual equivale a emprender la acción que satisface el impulso original. Sin embargo, Mead pensaba que existe una relación dialéctica entre estas.

2.3.1.2 El gesto.

El acto social implica dos o más personas. El gesto, es para Mead, el mecanismo básico del acto social en particular y del proceso social en general; Los gestos son movimientos del primer organismo que actúan como estímulos específicos de respuestas apropiadas del segundo organismo (Mead, 1973; Mead, 1934/1962, citado en Ritzer, 1993).

Mead, divide el gesto en dos grandes vertientes, el gesto “no significativo” a través del cual se responde “instintivamente a otro”, este puede ser empleado por animales y humanos, sin embargo, lo que distingue a los humanos, es su capacidad para emplear gestos “significantes”, estos requieren la reflexión por parte del actor antes de que se produzca la reacción; el gesto vocal es particularmente importante en el desarrollo de los gestos significantes, especialmente el lenguaje, ya que hizo posible el desarrollo distintivo de la vida humana, porque cumple la función de medio para la organización social (Mead, 1934/1962, citado en Ritzer, 1993).

2.3.1.3 Símbolos significantes.

Un símbolo significativo es una suerte de gesto que sólo los humanos son capaces de realizar, se convierten en símbolos significantes cuando surgen de un individuo para el que constituyen el mismo tipo de respuesta (no necesariamente idéntica), que se supone provocará en aquellos a quienes se dirigen. Para Mead (1973), el lenguaje es el más importante, es un símbolo que responde a un significado en el segundo individuo.

Los símbolos significantes cumplen otra función de importancia crucial, hacen posibles los procesos mentales, espirituales, etc. El pensamiento humano sólo es posible a través de los símbolos significantes, especialmente el lenguaje (para Mead los animales inferiores son incapaces de pensar). Mead define el pensamiento como una conversación implícita o interna del individuo consigo mismo por medio de estos gestos; según él, pensar es lo mismo que hablar con otras personas (Mead, 1934/1962, citado en Ritzer, 1993).

Por lo tanto, menciona Ritzer (1993), los símbolos significantes también hacen posible la interacción simbólica, es decir, las personas interactúan con otras no sólo con gestos, sino también con los símbolos significantes.

2.3.1.4 El self.

Mead describe al self de forma puntual como “la capacidad de considerarse a uno mismo como objeto; tiene la peculiar capacidad de ser tanto sujeto como objeto ya que presupone un proceso social: la comunicación entre humanos, este surge con el desarrollo y a través de la actividad social y las relaciones sociales” (Ritzer, 1993, p. 230).

El self está dialécticamente relacionado con la mente, por un lado Mead (1973), afirma que el self es, en tanto la mente se ha desarrollado, por otro, el self y su proceso reflexivo es esencial para el desarrollo de la mente ya que se encuentra situado en la experiencia social y procesos sociales.

Mead identifica dos aspectos o fases del self, que denomina el “yo” y el “mí”. Estos son procesos que se desarrollan dentro del proceso total del self. El “yo” es la respuesta inmediata de un individuo a otro, el aspecto incalculable, imprevisible y creativo del self. Las personas mismas, ni nadie, sabrá con anticipación como será la reacción de este, la respuesta a esa situación tal y como aparece ante su experiencia inmediata es incierta (Mead 1973; Mead, 1934/1962, citado en Ritzer, 1993). Son cuatro las principales razones para hacer hincapié en el “yo”, es una fuente importante en el proceso de innovación social, es en el “yo” donde se encuentran nuestros valores más importantes, constituye algo que todos buscamos, la realización del self, y finalmente es el resultado de un proceso evolutivo y de dominio por parte del “yo” hacia el “mí” (Rietzer, 1993).

El “yo” confiere cierto dinamismo al sistema teórico de Mead, ya que a través de este, los actores introducen cambios en su vida cotidiana, además de que se integra a la singularidad biográfica de cada individuo.

El “yo” reacciona contra el “mí”, que es el conjunto organizado de actitudes de los demás que uno asume (Mead, 1973), en otras palabras el mí es la adopción del otro generalizado; a diferencia de lo que ocurre con el “yo”, las personas son conscientes de lo que ocurre con el “mí”, este implica una responsabilidad consciente.

2.3.1.5 La acción social en términos comunicativos.

Cisneros (1999), recuperando a Mead, menciona que para la conciencia humana todo es un objeto que se procesa y recibe una valoración personal; sin embargo, la valoración de los objetos y la creación de mundos no es resultado de la mera reflexión o contemplación de los individuos, ya que sus mundos, y por ende sus interpretaciones, son producto de la acción social en términos comunicativos, misma que, en palabras de Mead (s/f, citado en Cisneros, 1999) se concreta a través del “otro generalizado”, que representa la internalización de la sociedad como el individuo la ha conocido.

Sin embargo, dicha internalización tiene, para Mead (s/f, citado en Cisneros, 1999) un mediador, denominado “otro significativo”, el cual refiere a los grupos de referencia dónde el individuo interactúa compartiendo y construyendo perspectivas.

2.4 Principios Básicos del Interaccionismo Simbólico.

Algunos interaccionistas simbólicos (Blumer, 1969; Manis y Meltser, 1978; Rose, 1962, citado en Ritzer, 1993) coinciden en que los principios básicos de la teoría son los siguientes:

- A diferencia de los animales inferiores, los seres humanos están dotados de capacidad de pensamiento.
- La capacidad de pensamiento está modelada por la interacción social.

- En la interacción social las personas aprenden los significados y los símbolos que les permiten ejercer su capacidad de pensamiento distintivamente humana.
- Los significados y los símbolos permiten a las personas actuar e interactuar de una manera distintivamente humana.
- Las personas son capaces de modificar o alterar los significados y los símbolos que usan en la acción y la interacción sobre la base de su interpretación de la situación.
- Las personas son capaces de introducir estas modificaciones y alteraciones, debido, en parte, a su capacidad para interactuar consigo mismas, lo que les permite examinar los posibles cursos de acción, y valorar sus ventajas y desventajas relativas para luego elegir uno.
- Las pautas entrelazadas de acción e interacción constituyen los grupos y las sociedades.

El supuesto de que los seres humanos poseen la capacidad de pensar diferencia al interaccionismo simbólico de sus raíces conductistas. Este supuesto también proporciona la base para la orientación teórica de los primeros interaccionistas (James, Dewey, Thomas, Cooley y, por supuesto, Mead) “Los individuos en la sociedad humana no son considerados como unidades motivadas por fuerzas extrañas o internas que se escapan a su control o situadas dentro de los confines de una estructura más o menos establecida. Antes bien, son vistos como unidades reflexivas o interactivas que componen la entidad social” (Ritzer, 1993, p. 238).

2.5. Principios Teóricos del Interaccionismo Simbólico: Pensamiento e interacción.

Las personas están dotadas de una capacidad general de pensamientos, esta se configura y refina mediante el proceso de la interacción social. Esta idea

lleva al interaccionista simbólico a centrarse en una forma específica de interacción social: La socialización.

La capacidad humana de pensar se desarrolla en el proceso de socialización de la primera infancia y se va refinando durante la socialización adulta; esta capacidad permite a las personas pensar de una manera distintivamente humana, además, este es un procesos bidireccional, en el que el actor recibe información que adapta y a la cual da forma de acuerdo a sus propias necesidades (Manis y Meltzer, 1978 citado en Ritzer, 1993).

La interacción, es el proceso en el que se desarrolla y, al mismo tiempo, se expresa la capacidad de pensamiento. Todos los tipos de interacción refinan nuestra capacidad para pensar, por otra parte, el pensamiento es el que configura nuestra capacidad para pensar.

La importancia del pensamiento se ve reflejada en su concepción de los objetos. Blumer distinguió entre tres tipos de objetos: físicos, como una silla o árbol, sociales, como un estudiante o una madre y abstractos, como una idea o un principio moral. Los objetos son simplemente cosas que están “ahí afuera”, en el mundo real; lo que importa es el modo en que los actores los definen, y es precisamente en el proceso de socialización donde se dotan de significados. Como Herbert Blumer señaló: “La naturaleza de un objeto... consiste en el significado que tiene para la persona para la que es un objeto” (1969, citado en Ritzer, 1993, p. 239).

2.5.1 Aprendizaje de significados y símbolos.

Los seguidores de esta corriente, suelen asignar, siguiendo a Mead, un significado causal a la interacción social. Así, el significado no se deriva de los procesos mentales sino del proceso de la interacción. Las personas aprenden símbolos y significados en el curso de la interacción social. Mientras las personas responden a los signos irreflexivamente, responden a los símbolos de una manera enteramente reflexiva.

Los signos significan algo por sí mismo (por ejemplo, los gestos de perros en una pelea). Los símbolos son objetos sociales que se usan para representar (“significar” u “ocupar el lugar de”) cualquier cosa que las personas acuerden representar (Charon, 1985 citado en Ritzer, 1993, p 240). No todos los objetos sociales representan otras cosas, pero los que lo hacen son símbolos. Las palabras, objetos y acciones pueden ser símbolos.

El lenguaje, es considerado como vasto un sistema de símbolos. Las palabras son símbolos porque se utilizan para significar cosas, asimismo estas hacen posibles todos los demás símbolos. Los actos, los objetos y las palabras existen y tienen significado sólo porque han sido o pueden ser descritas mediante el uso de las palabras.

Los símbolos son cruciales, ya que permiten a las personas actuar de un modo distintivamente humano. En virtud de los símbolos, el ser humano “no responde pasivamente a una realidad que se le impone, sino que crea y recrea activamente el mundo sobre el que actúa” (Charon, 1985, p. 62 citado en Ritzer, 1993: 240), además estos cumplen ciertas funciones para el actor. Primera, los símbolos permiten a las personas relacionarse con el mundo social y material permitiéndoles nombrar, clasificar y recordar los objetos que encuentran en él. Segundo, los símbolos incrementan la capacidad de las personas para percibir su entorno, gracias a estos el actor puede percibir ciertas partes del entorno mejor que otras. Tercera, aumentan la capacidad de pensamiento y por lo tanto este puede ser considerado como una interacción simbólica con uno mismo. Cuarta, los símbolos ensanchan la capacidad para resolver diversos problemas, sirviéndose de estos para valorar las acciones alternativas antes de elegir una de ellas. Quinto el símbolo permite a los actores trascender el tiempo, el espacio e incluso sus propias personas. Los actores pueden imaginar la vida en el pasado e incluso en el futuro, así como salir de su propia persona simbólicamente e imaginar cómo es el mundo desde el punto de vista de otra persona. Permiten imaginar una realidad metafísica y les permite ser activas en su entorno, dirigir sus acciones.

2.5.2 Acción e interacción.

El interés central de dicha corriente se sitúa en la influencia de los significados y los símbolos (que implica un solo actor) sobre la acción y la interacción humana (dos o más actores implicados en una acción social mutua) ya que estos confieren características distintivas (Ritzer, 1993).

La acción social es aquella en la que el individuo “actúa teniendo en mente a los otros” (Charon, 1985, citado en Ritzer, 1993, p. 130). Al emprender una acción las personas trata simultáneamente de medir su influencia sobre e otro y otros actores implicados. Aunque con frecuencia se conducen de manera irreflexiva y habitual, las personas tienen la capacidad de emprender una acción social.

En el proceso de la interacción social las personas comunican simbólicamente significados a otra u otras implicadas en dicho proceso. Los demás interpretan esos símbolos y orientan su respuesta en función de su interpretación de la situación. Es decir los actores emprenden un proceso de influencia mutua (Ritzer, 1993).

2.5.3 Elección.

Debido a la capacidad para manejar significados y símbolos, las personas pueden hacer elecciones entre las acciones que van a emprende. La gente no necesita aceptar obligatoriamente los significados y los símbolos que les vienen impuestos desde fuera. A partir de su interpretación de la situación, “los humanos somos capaces de formar nuevos significados y nuevas líneas de significados” (Manis y Meltzer, 1978, citado en Ritzer, 1993, p. 242).

W.I. Thomas describió esta capacidad creativa como definición de la situación: “Si los hombres definen las situaciones como reales, serán reales por sus consecuencias” (Thomas y Thomas 1928, Citado en Ritzer, 1993, p. 242).

2.5.4 El self.

El self, es un concepto de suma importancia ya que todos los procesos y acontecimientos psicológicos se resuelven alrededor de ese centro, tomando de él su significado y organización analíticos (Rock, 1979, citado en Ritzer, 1993). Charles Horton Cooley lo definen como:

una imagen más o menos definida de cómo aparece el self de una persona- es decir, cualquier idea de la que se apropia- en una mente particular, el tipo de autosenntimiento que uno tiene de su self y que está determinado por la actitud hacia ese atributo en la otra mente... De manera que con la imaginación percibimos una idea de cómo es nuestra apariencia, nuestras maneras, objetivos, actos, amigos, nuestro carácter etc. en otra mente, y de cómo influyen esos elementos. (Citado en Ritzer, 1993, p. 243)

El concepto del self se refería a la capacidad de vernos a nosotros mismos como vemos cualquier otro objeto social. Esta idea puede descomponerse en tres elementos: Primero imaginamos cómo aparecemos ante los demás, segundo imaginamos qué opinan ellos de nosotros y en tercer lugar, desarrollamos un sentimiento de nuestro self (Ritzer, 1993).

Los conceptos de Cooley y de Mead influyeron poderosamente en la concepción simbólico-interaccionista moderna del self. Blumer definía el *self* en términos sumamente simples "... significa simplemente que un ser humano puede ser un objeto de su propia acción... que actúa hacia sí mismo y que guía sus acciones hacia otros sobre la base del tipo de objeto que es para sí mismo" (1969, p. 12).

El self es un proceso, no una cosa, como Blumer explicó, el self ayuda a los seres humanos a actuar, no sólo a responder a los estímulos externos:

El proceso (la interpretación) atraviesa dos fases distintas, Primera, el actor se indica a si mismo las cosas hacia las que está actuando; ha de apuntar a las cosas que tienen significado... Esta interacción consigo mismo no es exactamente una interacción de elementos psicológicos: es un estado de la persona en el que emprende un proceso de comunicación consigo misma... Segunda, en virtud de

este proceso de comunicación consigo misma, la interpretación pasa a constituir una manipulación de los significados. El actor selecciona, investiga, elimina reagrupa y transforma los significados a la luz de la situación en la que se encuentra y la dirección de su acción (Blumer, 1969, p. 5)

2.5.5 Sobre las grandes estructuras sociales

Blumer es uno de los interaccionistas que critican el determinismo sociológico por el que se analiza la acción social de las personas como actos contruidos por ellas a partir de su interpretación de las situaciones en las que entran.

Para Blúmer la sociedad no se compone de macroestructuras. La esencia de la sociedad ha de buscarse en los actores y la acción: “La sociedad humana ha de considerarse como un conjunto de personas que actúan, y la vida de la sociedad consiste en las acciones que éstas realizan” (Blumer, 1969, p.16). Esto lleva a lo que Mead denominó acto social, y Blumer acción conjunta.

Blumer (1969) aceptaba la idea de la emergencia, que implica que las grandes estructuras emergen de los microprocesos. Una acción conjunta no es simplemente la suma de todos los actos individuales, sino que tiene carácter propio, la crean los actores y sus acciones. Sin embargo esta acción se rige por sistemas de significados preestablecidos, como la cultura y el orden social.

Asimismo, Blumer (1969) señalaba que las grandes estructuras son poco más que “contextos” dentro de los cuales se enmarcan los aspectos verdaderamente importantes de la vida social: la acción y la interacción. Las grandes estructuras establecen las condiciones y limitan la acción humana, pero no la determinan; en su opinión las personas no actúan dentro del contexto de estructuras tales como la sociedad, sino en situaciones. La importancia de las grandes estructuras radica en que dan forma a las situaciones en las que los individuos actúan y proporcionan a los actores el conjunto de símbolos establecidos que necesitan para actuar.

De acuerdo a Blumer la acción conjunta tiene que ser creada y recreada de manera coherente incluso, en este proceso los actores se guían por significados comúnmente aceptados, pero no están determinados por ellos. Pueden aceptarlos como son, pero también pueden introducir alteraciones de diferentes magnitudes. En palabras de Blumer: “Es el proceso social en la vida grupal lo que crea y mantiene las normas, no las normas las crean y mantienen la vida grupal... una red o una institución no funciona automáticamente en virtud de cierta dinámica interna o de determinados requisitos; funciona debido a la acción de las personas en diferentes momentos y lugares, y esa acción es el resultado del modo en que definen la situación en la que actúan” (1969, p.19).

2.6 Principios Metodológicos del Interaccionismo Simbólico.

Blumer sentía un gran respeto por las dificultades que presenta el realizar un estudio de la acción y la interacción en el mundo real, ya que se debe esforzar constantemente por desarrollar modelos que permitan comprobar y comprender el mundo real.

Como principal exponente, recomendaba el uso de “conceptos sensibilizadores” que simplemente sugieren el objeto de estudio y dónde buscarlo, por su capacidad específica de violentar al mundo real en menor grado. Asimismo aconsejaba el uso de la “introspección simpática” para estudiar la vida social, de esta forma se entra en el mundo del actor para poder verlo tal y como es, siendo ésta una de las principales herramientas que sumada a la intuición nos dan la capacidad de acercarnos más al rol del actor y así adoptar su punto de vista e incluso nos da la apertura de utilizar las mismas categorías que ellos utilizan para la descripción de dicho fenómeno (Blumer 1956/1969, citado en Ritzer, 1993).

En otras palabras la investigación debe posicionarse en el lugar del actor que se está estudiando para comprender las situaciones desde su punto de vista, y esta postura ante un método “suave” es lo que particulariza el objeto de estudio del interaccionismo simbólico.

Tomando como base esta propuesta teórica que nos da la flexibilidad y la oportunidad de posicionarnos en el rol del otro, y asumiendo que las realidades han sido construidas a través de los significados y sentidos dados por los actores, haremos uso de ella para nuestro fin primordial, conocer las vivencias y los sentidos otorgados de los diagnosticados con VIH/SIDA hacia dicha enfermedad.

CAPÍTULO 3: ESTRATEGIA METODOLÓGICA.

3.1 Objetivos.

3.1.1 Objetivo general.

Dar cuenta de los significados y sentidos implicados en el proceso experiencial-social, mediante el cual los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA construyen una conciencia (“sí mismo” o “*self*”), y por ende, un rol.

3.1.2 Objetivos específicos.

- Identificar los razonamientos prácticos que los agentes utilizan para explicar al VIH/SIDA como objeto social.
- Identificar los diversos significados que los agentes experimentan del VIH/SIDA mediante la acción social comunicativa.
- Identificar la construcción que las personas diagnosticadas hacen de su conciencia (“sí mismo” o “*self*”) después de experimentar el VIH/SIDA como acción comunicativa, tanto en el “otro significativo”, como en el “otro generalizado”.
- Dar cuenta de los “Roles” que los agentes diagnosticados con VIH/SIDA construyen mediante el proceso experiencial-social

3.2 Participantes.

Se trabajó en conjunto con una plantilla compuesta por siete personas diagnosticadas con VIH/SIDA, dos enfermeras y una psicóloga; mismas que forman parte del dispositivo asistencial. Cada uno fue entrevistado, con previo consentimiento informado, dentro de las instalaciones de dicho dispositivo asistencial.

A cada participante se le asignó un código en lugar de su nombre para mantener en completa confidencialidad su participación. Todos los códigos se

elaboraron antes de realizar cada una de las entrevistas, por ello en la transcripción de las mismas y en las viñetas se empleó dicho código para hacer referencia a cada agente en cuestión.

3.3 Materiales e instrumentos.

- Celular Sonny Ericsson con grabadora integrada.
- Laptop Acer.
- Hojas de registro
- Pluma.
- Se desarrollaron dos guías temáticas de entrevista, una para conocer las vivencias de las personas que fueron diagnosticadas con VIH/SIDA (anexo 1) y otra para conocer las vivencias de las personas que trabajan con personas diagnosticadas con VIH/SIDA (anexo 2); ambas tuvieron por objetivo desarrollar, mediante la exploración propuesta por Blumer (s/a, citado en Cisneros, 1999), una familiaridad comprensiva y cercana del objeto social (VIH/SIDA) a fin de desarrollar conceptos sensibilizadores que nos permitieron, posteriormente y siguiendo a este mismo autor, llevar a cabo la inspección, es decir, un examen intensivo y focalizado del contenido empírico.

3.4 Procedimiento.

3.4.1 Acercamiento al escenario.

El acercamiento al escenario consistió en visitar la institución donde cada uno de los participantes ejerce su quehacer día con día; la visita tuvo como finalidad tramitar, con la persona encargada de administrar los recursos de la institución, los permisos respectivos para la realización de las entrevistas; además de conocer a los participantes y las instalaciones del dispositivo asistencial.

Posteriormente se contactó a cada uno de los participantes para concertar una cita de acuerdo a la disponibilidad de horarios por parte de ellos; asimismo, se hizo de su conocimiento los objetivos de la investigación y el procedimiento que se llevaría a cabo durante la recolección de información (entrevista a profundidad); se solicitó su autorización para grabar su testimonio y se les informó que su anonimato sería conservado en todo momento.

3.4.2 Descripción del escenario.

El dispositivo asistencial es una Institución Mexicana dedicada a dar apoyo médico, nutricional, psicológico y espiritual a niños, adolescentes y adultos infectados de VIH/SIDA; dicha institución proporciona servicios integrales a niños y adolescentes huérfanos que padecen VIH/SIDA, asimismo, capacita al personal de salud en la atención especializada de personas que viven con VIH/SIDA. Su principal objetivo es disminuir la tasa de transmisión de VIH/SIDA en México a través de diversas estrategias de prevención.

Los servicios que ofrece esta institución son proporcionados en las mismas instalaciones y en hospitales públicos especializados en el tratamiento del VIH/SIDA. Sus principales fuentes para la manutención de los servicios proporcionados provienen de donativos en efectivo y en especie de la sociedad civil, proyectos financiados por grandes fundaciones nacionales e internacionales y financiamiento de proyectos por parte del Gobierno Federal.

En general, esta institución trabaja a través de voluntarios, los cuales son en su mayoría alumnos de educación superior formados en el área de la salud que desean realizar su servicio social o prácticas profesionales; ellos son capacitados por el equipo de profesionales que conforman el dispositivo asistencial para ser asignados a sus diferentes programas posteriormente.

Los programas con los cuales cuenta el dispositivo asistencial son: visita hospitalaria a pacientes con VIH, albergue permanente y de medio tiempo para niños huérfanos con VIH, prevención primaria y secundaria, notificación humanizada para niños y adultos, escuela para padres intra y extramuros

(especializada en temas tales como autoestima, establecimiento de límites, comunicación, dinámica familiar, revelación del diagnóstico, adolescencia, VIH, etc.), sensibilización y capacitación a profesionales de la salud (principalmente en derechos humanos y notificación diagnóstica humanizada, consejería, prevención del burning out, etc.), campamentos para niños y talleres de adherencia al tratamiento para niños y adultos.

3.4.3 Aplicación de entrevistas.

Se utilizó, como medio de obtención de información, la entrevista a profundidad con cada uno de los participantes; esta consistió en entablar y mantener una conversación para conocer las experiencias, ideas, creencias, valores, pensamientos, sentimientos y acciones sobre el VIH/SIDA.

Las entrevistas se realizaron en las instalaciones del dispositivo asistencial; antes de comenzar a cada participante se le reiteró los acuerdos para la realización de las mismas (objetivos, grabación y anonimato).

Las entrevistas tuvieron una duración, en promedio, de 50 minutos; su transcripción se realizó empleando un código específico (para respetar el anonimato de los participantes), asimismo, cada una fue cotejada con sus respectivas grabaciones a fin de respetar, en lo más posible, las expresiones empleadas por los entrevistados.

3.4.4 Transcripción de las entrevistas.

La transcripción de las entrevistas se llevó a cabo con base en el siguiente código de aspectos técnicos:

- Pausa apenas perceptible (,)
- Separación y terminación de ideas y frases (.)
- Separación de ideas expresadas por un mismo participante en diferentes momentos de la entrevista (...)

- Fragmentos inaudibles de la grabación (inaudible)
- Cita de lo dicho por otros (‘ ‘)
- Aclaración de la idea expresada en la viñeta (- -)

Cada transcripción (y viñeta) fue cotejada con el audio original para identificar posibles errores; mismos que fueron corregidos en la medida de lo posible.

3.4.5 Análisis de la información.

El análisis que se realizó con el contenido empírico recabado constó de cinco etapas; la primera, de exploración, tuvo por objetivo identificar los razonamientos prácticos y los significados que cada agente utilizaba para explicar, cotidianamente, lo que es el VIH/SIDA; es decir, se indagó el padecimiento como objeto social dentro de los discursos, tanto en personas diagnosticadas, como en personas no diagnosticadas, pero que trataban con él.

Posteriormente se dio inicio a la etapa de conceptualización, donde, a partir de lo dicho por los agentes, se planteó el concepto sensibilizador denominado “Rol del diagnosticado/Pérdida de la identidad”; mismo que fue considerado como un fin, es decir, como la etapa final de un proceso “invisible”, cotidianamente, para los pacientes diagnosticados, pero que daba señales de existencia gracias a la disparidad que existía entre pacientes que si aceptaban el tratamiento antirretroviral, y aquellos que se negaban a tomarlo.

Dicho concepto sensibilizador nos permitió pasar a la siguiente etapa, denominada construcción simbólica, donde, a partir de la disparidad, se planteó al padecimiento como una construcción simbólica, resultado de un proceso experiencial-social que, en última instancia, permite a los pacientes desarrollar una conciencia y un rol.

Dado lo anterior, la siguiente etapa, inspección, nos permitió plantear seis categorías, 1) Rotulación, 2) Guión del rol, 3) Estigma, 4) Implicaciones, 5) Pérdida

de la identidad y 6) Resistencia del sujeto; mismas que, al relacionarlas, pretenden dar cuenta de la elaboración que las personas diagnosticadas realizan para asumir, o no, su rol como enfermos de VIH/SIDA.

Finalmente, se retomó el marco teórico para analizar y discutir, a través de diversos autores, la propuesta de definir al VIH/SIDA como una construcción simbólica.

CAPÍTULO 4: PRESENTACIÓN DE RESULTADOS

En los siguientes párrafos se citan y se muestran los razonamientos prácticos, significados y sentidos que el VIH/SIDA tiene para los diagnosticados y los profesionales de la salud. Asimismo se muestra la construcción de las categorías en las que se ha logrado posicionar cada uno de sus relatos, los cuales construimos (arbitrariamente, teniendo en consideración que el proceso discursivo-simbólico se da dialécticamente) como una secuencia o proceso que han vivenciado los diagnosticados, y el cual los ha llevado a desarrollar una conciencia, y por ende, un rol.

4.1 Categorías de análisis.

- **Rotulación:** Razonamiento práctico del VIH/SIDA y de quien lo padece como “objeto social” negativo.
- **Guión del Rol:** El VIH/SIDA como significados que experimentan las personas diagnosticadas mediante la acción social comunicativa.
- **Estigma:** Construcción de la conciencia (“sí mismo” o “*self*”) a partir de la desvalorización.
- **Implicaciones:** Pérdida de expectativas debido a la muerte simbólica.
- **Pérdida de la identidad:** Asunción del “Rol” instituido (mutuo ajuste de conductas que hacen los agentes envueltos en el proceso de construcción simbólica del VIH/SIDA).
- **Resistencia del sujeto:** Escisión del “Rol” instituido que deviene en construcción simbólica alterna del mismo.

4.2 Presentación de resultados.

Creemos que es pertinente presentar los resultados como un proceso; empero, lo hacemos tomando en cuenta que, en primer lugar, este no es lineal, y en segundo lugar, son diferentes actores los que le dan cuerpo. A pesar de esto,

consideramos adecuado hacerlo de esta forma, ya que nos permitió hacer inteligible nuestro objetivo, la construcción simbólica del VIH/SIDA.

4.2.1 Rotulación:

Si consideramos la construcción simbólica del VIH/SIDA como un proceso, podemos dar cuenta de que esta se constituye dentro de uno de carácter experiencial-social; dado esto, para hacer inteligible la visión de los agentes debemos tomar en cuenta que este padecimiento, entendido como “objeto social”, precede a todos, por ello, un primer acercamiento a este proceso debe indagar sobre aquellos razonamientos prácticos que se emplean para construir el sentido cotidiano de lo que es el VIH/SIDA.

La categoría “rotulación” da pauta para entender cuáles son los estilos de vida (“Roles”) que, según el razonamiento práctico, llevan a las personas a contraer este padecimiento.

En general, dicho razonamiento se divide tres posibilidades, la primera es la promiscuidad, misma a la que hacen referencia los agentes del dispositivo asistencial:

“Entonces has de cuenta que tu vas y te metes con una persona que ya tiene VIH es como si te hubieras acostado con 20 o más... ósea es también como nosotros decimos, es que este paciente por ejemplo pues él se lo busco, tuvo tantas parejas.” (E2)

Empero, dicho razonamiento está basado, según estos mismos agentes, en los testimonios de los diagnosticados:

“Si pues ya hasta ellos mismos lo platican, ellos mismos nos lo dicen, que la verdad (inaudible) ¿tú te acuerdas quién, o quién, o tienes idea de quién te infectó?, ‘no’, dice, ‘tuve tantas que ni, que ni sé quién sería.’” (E1)

La segunda posibilidad a la que el razonamiento práctico atribuye el origen del padecimiento es la homosexualidad, misma que según los agentes del dispositivo asistencia es inherente al diagnóstico de VIH/SIDA:

“Yo creo que de diez hombres, uno, uno si anda en lo de la prostitución, y nueve son homosexuales, aquí (inaudible) la mayoría está infectado por homosexuales.”
(E1)

Sin embargo, podemos observar que la homosexualidad también es empleada por los grupos de referencia (otro significativo) de los pacientes diagnosticados para manejar cotidianamente la aparición del VIH/SIDA dentro de sus vidas:

“Sí, yo tenía mucho miedo de que mi papá se enterara porque cuando yo le dije que era homosexual él me dijo que yo me iba a morir de eso -SIDA- ... cuando me dieron el diagnostico no tenía cara para verlo porque él tenía razón.” (CHP)

El último estilo de vida que se considera, según el razonamiento práctico, ligado al VIH/SIDA es la prostitución:

“Sí en su gran mayoría llegan más gentes mujeres infectadas por el marido que digo, valga la expresión, pero más que prostitutas, hay menos gente, casi de esas no vemos” (E2)

Dado lo anterior podemos especular que toda persona diagnosticada con este padecimiento será ligada (o significada) automáticamente a alguno de los estilos de vida ya mencionados, es decir, se dará por hecho que es promiscua, o se establecerá su preferencia sexual (homosexual) y/o su forma de trabajo (prostitución), esto sin entablar un diálogo con ellas, provocando, en última instancia, que sean discriminadas.

“Pero en admisión llegan y hasta se sorprenden y dicen ‘ay que trato tienen aquí con nosotros, en mi clínica familiar el médico pero si ni siquiera me toca’” (E1)

4.2.2 Guión del rol.

A través de esta categoría podemos entender el proceso mediante el cual, las personas diagnosticadas, experimentan el VIH/SIDA como una acción social en términos comunicativos que tiene diferentes significados, el primero de ellos, dado por los agentes del dispositivo asistencial, como un camino directo a la muerte.

“Se llama La Metáfora del Tren, le vas a explicar que su vida es una locomotora que corre directamente a la estación SIDA en la cual posiblemente encontrarán la muerte, por ello debe tomar el tratamiento ya que esta es una forma de frenar la locomotora y de alargar las estaciones por las cuales debe pasar la persona.” (PPS)

Mismo que sólo puede ser ralentizado mediante el tratamiento antirretroviral; dado esto, dicho tratamiento resulta el objetivo principal del discurso coercitivo que implementan los agentes del dispositivo asistencial.

“Pues ya le explicamos la importancia del medicamento, porque ya no pueden dejarlo... y si ya dejas el tratamiento, pues ya me voy a morir” (E2)

Aunado a lo anterior, podemos dar cuenta de que dicho discurso abandona el contexto hospitalario, con la ayuda de los grupos de referencia (otro significativo), para devenir en un nuevo significado, es decir, un hábito o característica que debe tener el paciente diagnosticado, mismo que es coercionado por sus grupos de referencia.

“-¿Actualmente tomas algún tratamiento antirretroviral?- Voy a darles una segunda oportunidad, pero es porque mi familia me dice que no quiere que me muera.” (NP)

“Es que yo nunca me había sentido enfermo... es más yo solo vine aquí porque un amigo me dijo que debería hacerlo para que me abrieran un expediente donde dijieran mi diagnóstico” (JCP)

4.2.3 Estigma e implicaciones.

La categoría estigma nos permite dar cuenta de la forma en que los pacientes diagnosticados, después de experimentar el VIH/SIDA a través de la acción social comunicativa (otro significativo y otro generalizado), construyen una conciencia (“sí mismo” o “*self*”).

“Los doctores ya me dijeron que por más que me cuide y haga ejercicio mi condición física va a seguir disminuyendo... cuando los doctores me dieron el diagnóstico tiraron a la coladera a Rp, ya soy solo la cascara.” (RP)

Empero dicha conciencia (“sí mismo” o “*self*”) se constituye, después del diagnóstico, a partir de una desvalorización.

“Odio los espejos, odio verme al espejo... Porqué ya no soy ni la mitad de lo que fui -el paciente levanto sus brazos, como si estuviera haciendo una pose de halterofilia-” (PRP)

“-¿Por qué te gustan esas imágenes?- Porque representan lo que siento... es una tarántula, ¿qué haces cuando la vez?, pues huir, soy la peste” (FAP)

Lo cual implica que el diagnóstico de VIH/SIDA devenga como una pérdida de expectativas, que se traduce en una espera constante de la muerte.

“Me siento muy triste y tengo mucho dolor, a diario peleo con esta enfermedad y esta es la tercera vez que me internan por ella desde enero y cada vez estoy peor...está mermando todos mis planes, me separo de mi pareja, alejo de mis amigos o los que yo consideraba que lo eran y este año me ha impedido continuar con mis estudios” (CP)

4.2.4 Pérdida de la identidad.

Esta categoría es el resultado de todo el proceso antes descrito; en general podríamos significarla como asumir un rol (prácticas, hábitos, formas de vida que son creados por el “otro significativo/generalizado” para el paciente diagnosticado), o en otras palabras, como el mutuo ajuste de conductas que hacen los agentes envueltos en el proceso de construcción simbólica del VIH/SIDA.

“Yo no sabía nada de esta enfermedad, cuando me diagnosticaron hace como cinco años, yo dije a sí, chido, y continúe con mi vida, yo no le prestaba atención ni tomaba ningún medicamento, bendita ignorancia... pero después de asistir a la plática aquí en el hospital (Adherencia a TARV y Tanatología) dije No ma, apoco todo eso me está pasando, hasta me empecé a sentir enfermo y me di cuenta que había pasado por varias etapas del duelo sin darme cuenta....Después de ir a la plática recuerdo que regrese a mi cuarto, me senté en mi cama y me puse a llorar, hasta sentía como el virus se movía dentro de mí... recuerdo que esa noche vi la película de los *X men*, y dije, no ma, yo soy un *X men*, yo tengo el virus mutante” (JCP)

La construcción simbólica de este padecimiento culmina cuando las personas diagnosticadas toman la decisión (proceso que depende de la interacción con los demás y con ellos mismos –“sí mismo” o “self”-) de ajustar su conducta para coincidir con el discurso coercitivo antes mencionado.

“mañana me caso... si, mañana empiezo mi tratamiento antirretroviral y los doctores ya me dijeron que son de por vida.” (JCP)

4.2.5 Resistencia del sujeto.

Esta categoría da cuenta de cómo el proceso antes mencionado puede ser escindido por el paciente, lo cual da como resultado una construcción simbólica del VIH/SIDA diferente.

“Cuando me diagnosticaron hace 10 años comencé a tomar el TARV, al principio tomaba 18 pastillas al día, pero me sentía muy mal, todo el tiempo me dolía el estomago y no podía ni dar clases, afectaba mucho mi rendimiento y lo peor es que no aumentaba mi conteo de CD4... Yo me informe en revistas científicas sobre el TARV y me di cuenta que hacían mucho daño al organismo...yo soy químico, yo entendía el daño a nivel orgánico, por eso decidí dejar el tratamiento... encontré algunos textos donde decían que con una vida saludable podías controlar la enfermedad, y yo creo que es verdad, porque esta es la primera vez que me enfermo y me tienen que hospitalizar, aunque no fue por mi diagnostico, sino que me estaban tratando esta enfermedad como una bacteria cuando es un hongo y por eso llegue hasta acá.” (NP)

Dado lo anterior podemos decir que si bien los roles, entendidos como estructura social, pueden anclar a la persona, también le permiten romper con la influencia de los otros y controlar su acción, ya que dichas estructuras no son determinantes, es decir, es la persona quien decidirá completarlas.

CAPÍTULO 5: DISCUSIÓN

La principal cuestión para entender la construcción simbólica de la enfermedad nombrada VIH/SIDA, es hacer inteligible el proceso por el cual el enfermo deviene en la enfermedad, alienándose al rol predeterminado por el dispositivo asistencial, mismo que se ha nutrido de diversas fuentes discursivas que al final lograron transformar una condición médica, en un proceso de despersonalización.

Dado esto, consideramos la experiencia del paciente a través de la enfermedad como la principal herramienta para dar cuenta del proceso experiencial-social mediante el cual los sujetos diagnosticados con VIH/SIDA construyen y reconstruyen un self, y por ende, un rol.

Sabiendo que todo proceso humano se entiende linealmente por su temporalidad, emplearemos como punto de inicio, para la construcción simbólica de este padecimiento, el momento en que a las personas se les hace saber enfermas –refiriéndonos al instante en el que el dispositivo emplea sus mecanismos discursivos para coaccionar su actuar “a favor de su padecimiento”-, empero, somos conscientes de que dicho punto de partida es arbitrario, ya que debemos dar cuenta de su constitución a través de un proceso de interacción social –como un continuum- que está situado y determinado histórica y socialmente.

Consideramos que dicho instante llega a ser un punto de conflicto, y de resignificación para el self, ya que lo sitúa en un dilema para su actuar, donde el “yo” individual es confrontado y juzgado por el “mi” social para encuadrarlo en una condición de “deber ser”; en palabras de los diagnosticados: “Voy a darles una segunda oportunidad (a los antirretrovirales), pero es porque mi familia me dice que no quiere que me muera.”

Este dilema se ve reforzado por el entramado que el dispositivo asistencial –sustentado por el otro generalizado- ha construido para tipificar al sujeto del diagnóstico, es decir, pareciera ser que tiene la finalidad de despojarlo de su

identidad, sin embargo no es así, no abandona al sujeto en la nada, ya que previamente ha construido los espacios necesarios donde los discursos oficiales le proveen de una nueva identidad; ejemplo de ello son los grupos de autoapoyo y las pláticas de adherencia al tratamiento antirretroviral, en donde, a través de la acción social comunicativa, se les brinda un guión que puede o no trascender en el actuar del sujeto.

Aunado a lo anterior, el otro generalizado, representado en los grupos de referencia, ha generado un guión cinematográfico para estigmatizar y generalizar un personaje con características específicas; su caricaturización como una locomotora fuera de control (debido a su estilo de vida) lo torna en un foco de infección capaz de contaminar a la población; es por ello que el estado tiene como misión contenerlo, y su mejor arma es el nombrado “Racismo de Estado”, que adquiere forma a través de los discursos oficiales.

Este mecanismo discursivo tendió, en un primer momento, a reconocer, aislar y estudiar el virus, para posteriormente rotularlo, y junto con él, a todos los que lo padecen. En general, el resultado de este esfuerzo fue la tipificación del virus en ciertos sectores de la población, puntualizando dos como los más afectados, y por ende, inmanentes al virus: homosexuales y promiscuos.

El siguiente paso que tuvo que dar dicho mecanismo fue informar a la población; la pandemia de VIH/SIDA tenía su origen y su destino en el mismo lugar, la comunidad homosexual. Esto dio pauta para que la población desarrollara un razonamiento práctico sobre el virus y su portador, significándolo como un objeto social negativo.

Esta última implicación nos remite a nuestro punto de partida, en donde la persona recibe el diagnóstico (que lo acredita como enfermo), y con este, una carga cultural despectiva que lo lleva a significarse como un anormal situado entre el rechazo y la asistencia social; dado lo anterior, es obligado (socialmente) a elegir entre, convertirse en un “rechazado social” negando la asunción del rol que

lo fuerza a actuar en favor de su enfermedad, o volverse sujeto del diagnóstico, dando como resultado un enfermo redimido y a su vez “socialmente aceptado”.

Sin embargo, dichas opciones son eufemismo de una sola condición, ya que “el rechazado” siempre será objeto de intervenciones coercitivas por parte de la sociedad que desea rehabilitarlo, más no reintegrarlo, debido a que será asignado al lugar que ocupa el “redimido”, quien a través del acto de la medicación procura, más que su bienestar, convencer al otro (generalizado/significativo) de ser devuelto al lugar donde inicio, la sociedad.

CAPÍTULO 6: CONCLUSIÓN.

La presente investigación tuvo por objetivo principal dar cuenta del proceso experiencial-social mediante el cual los pacientes diagnosticados con VIH/SIDA construyen una conciencia (“sí mismo” o “*self*”), y por ende, un Rol, es decir, mostrar algunas de las implicaciones que se suscitan en la postura del actor-diagnosticado, así como el significado y sentido de estas al haber sido inscrito a un dispositivo asistencial como parte de una rehabilitación social.

Como hallazgo principal, logramos ordenar y reconstruir un proceso de despersonalización y re-personalización del actor como parte de la aceptación de una re-normativización dentro del dispositivo asistencial una vez que se le ha hecho saberse enfermo.

Dicho proceso inicia con la rotulación del diagnosticado con VIH/SIDA, y que con fundamento en el trasfondo histórico (que ya ha sido mencionado), se convierte en un objeto social negativo; de acuerdo a las personas entrevistadas existe una asociación entre homosexuales y el padecimiento viral, él cual implica un riesgo latente de salud pública.

Asimismo, este proceso es soportado por diversos discursos de expertos (el cual, para causas de ordenamiento hemos nombrado como guión del rol), que confrontan y coaccionan contra el que posee el diagnosticado. Médicos y pacientes se unen con un solo fin, lograr que todos aquellos diagnosticados asuman tal condición y que comiencen una vida nueva, en la cual con ayuda de los medicamentos prolongaran y “darán calidad” a su vida, además, con la aceptación de la enfermedad y el apoyo de otros diagnosticados seguirán siendo parte de “un algo social” (un grupo).

En este punto del proceso existe toda una confrontación entre lo que dice el personal asistencial (que ha sido preparado, calificado y evaluado para ordenar tal padecimiento) y lo que ha experimentado el diagnosticado. Esta confrontación de discursos deriva en un estigma, en donde se da una reconstrucción del “sí mismo”, y que tiene como principales implicaciones la desvalorización de la conciencia,

provocando que en los diagnosticados se dé una pérdida de expectativas, que se traduce en una muerte simbólica.

Como resultado de este proceso, se bifurca el camino para que el diagnosticado “decida”, elija y asuma un rol: a) el enfermo redimido y socialmente aceptado, ó b) el enfermo en resistencia. Claramente al aceptar el primero, se le posiciona como un organismo transgresor del orden social con la posibilidad de ser re-normativizado en su categoría de “enfermos responsables”; sin embargo, al tomar la segunda opción el diagnosticado se coloca en un lugar fuera de la normatividad y la asistencia social, asumiendo su responsabilidad y cargándola hacia sí mismo, dándole la posibilidad de decidir sobre sí. Evidentemente esta posición ante el padecimiento es mal vista y mal calificada por el personal asistencial, el cual intentará a través de todos sus medios reintroducir al diagnosticado hacia sí, el dispositivo.

Consideramos que dicha “preocupación social” limita y elimina la posibilidad de creaciones y transformaciones alternas sobre la experiencia del diagnosticado, encasillándolo en un rol, que evidentemente no es funcional para todos. Dicho modo de comportamiento, es un arma psicológica que tiene fuertes implicaciones, ya que a través de tal autogestión del dispositivo se ha eliminado la posibilidad de ser oída la voz del enfermo y que en muchos casos termina por matarlos simbólicamente a través de los nombramientos asistenciales.

Una premisa relevante obtenida en este trabajo es, la “elección personal” a partir de la deconstrucción de los autoconceptos, ya que son solo estos los que nos pueden dictar a través de la historia del actor, cuáles podrían ser las implicaciones y el beneficio de las decisiones (en cualquier situación) debido a que se encuentra basada en él y no en una generalización. No obstante, el tomar esta postura confronta a una masa que se volverá contra todo aquel que no desee continuar erigiendo el mismo orden.

Sin embargo, se espera que todos aquellos que decidan sobre sí mismos, en momentos difíciles puedan trascender las restricciones impuestas por su

antigua confianza en determinada serie de significados, y que sean capaces de librar la lucha a su favor, terminando con la imposición de sus creencias hacia sí mismo y a los otros. Asimismo esperamos que a través de dicho proceso se den nuevas soluciones, así como una resignificación y una ampliación de significados sobre dicho diagnóstico

REFERENCIAS.

- Alcoriza, J. (2001). Implicaciones del Pragmatismo de Charles S. Peirce y Williams James. *Revista de Filosofía* 2, (117-126).
- Bisso, A., A. (2010). *El VIH/sida en el cine*. Revista Soc Med Peru Interna. 23, (4) 157-162.
- Blanco Martínez, R. (1995). *Democracia y educación*. Madrid: Morata
Recuperado de la fuente: <http://www.mecd.gob.es/dctm/revista-de-educacion/articulosre311/re3111900458.pdf?documentId=0901e72b81272f85>
- Candia, F., E. Ortiz, R., M. y Gómez, O., J. (2012). Informe de Evaluación del Programa de Acción Específico 2007-2012 en respuesta al VIH/Sida e ITS y Evaluación de Resultados del Proyecto México de lucha contra el Sida, Ronda 9 financiado por el Fondo Mundial. Recuperado de la fuente: http://mex-910-g01-h.funsalud.org.mx/FondoMundial/Propuesta-2013/DJ1_Informe-Final-VIH-Sida.pdf
- CENSIDA (2006). Manual de organización específico del centro ambulatorio para la prevención y atención del sida e infecciones de transmisión sexual (CAPASITS). Recuperado de la fuente: http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/man_org_capasits.pdf
- CENSIDA (2008). VIH/SIDA y Salud Pública: Manual para personal de salud. Recuperado de la fuente: <http://www.censida.salud.gob.mx/descargas/biblioteca/manualvihsidaysaludpub.pdf>
- Cisneros, A. (1999). Interaccionismo Simbólico, un Pragmatismo Acrítico en el Terreno de los Movimientos Sociales. *Sociológica*, 41,103-196.

- Comunicación, Sociedad y Cultura, Perfil biográfico y pensamiento. © BDN| Infoamerica PN |+Dj SEJ06-14561. Recuperado de la fuente: <http://www.infoamerica.org/teoria/mead1.htm>
- Córdova, V., A., Ponce, R., S., y Valdespino, J. (Ed.) (2009). 25 años de SIDA en México. Logros, Desaciertos y Retos. México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Doménech, M., Iñiguez, L. & Tirado F. (2003). George Herbert Mead y la psicología de los objetos. *Psicología & Sociedad* 15, (1), Recuperado el de la fuente: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=s010271822003000100003&script=sci_arttext
- Estévez Griego, Fernando (2007) “Pragmatismo de Williams James”. En línea, Disponible en: <http://fernando-estevez-griego.blogspot.mx/2007/07/pragmatismo-de-william-james.html> (fecha de consulta: 1 de febrero de 2014).
- Foucault, M. (2000). Historia de la Sexualidad 1: La voluntad del saber. México: Siglo XXI Editores.
- Gallo, R., & Montagnier L. (2004). El descubrimiento del VIH como causa de SIDA. *Redalyc.org* 23 (2). 88-91 pp. Recuperado de la fuente: <http://www.redalyc.org/pdf/912/91223207.pdf>
- Grmek, M. (Ed.). (1992). *Historia del SIDA*. México: Siglo 13 de septiembre del 2013, de la fuente: http://books.google.com.mx/books?id=Y_3U11tNO0IC&pg=PA8&source=gb_s_selected_pages&cad=3#v=onepage&q&f=false
- IMSS (2004). 50 Aniversario del Hospital de Infectología, Centro Médico Nacional La Raza. *Revista Médica IMSS*, 42, (3) 185.

- Izuzquiza, I. (1997). Los gritos del silencio: SIDA y medios de comunicación. *Comunicación y Cultura*, 1-2, Pp. 137-143. Recuperado de la fuente: dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/2901244.pdf
- Larnotte, J. (2004) Infección-Enfermedad por VIH/SIDA. *MEDISAN*.8 (4) 49-63 pp. Recuperado de la fuente: http://www.bvs.sld.cu/revistas/san/vol8_4_04/san06404.pdf
- Mares, A. & Ito, S., E. (2005). Integración Educativa. Perspectiva desde los Actores Sociales Encargados de Realizarla. *Revista Mexicana de Investigación Educativa* 10, (26), 903-930. Recuperado de la fuente: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14002614>
- Mead, H. G. (1973) *Mente, espíritu y sociedad*. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica, S. A. Recuperado de: <http://es.scribd.com/doc/74402835/Mead-George-h-Espiritu-Persona-y-Sociedad>
- Meruane, L. (2012). *Viajes Virales*. Chile: FCE.
- Miranda, A. M. (2003). *Pragmatismo, Interaccionismo Simbólico y Trabajo Social. De cómo la Caridad y la Filantropía se Hicieron Científicas*. (Tesis Doctoral, Universidad Rovira y Virgili). Recuperado de la fuente: http://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/8406/tesis_completa.pdf?sequence=22
- Monferrer, J., González, J. & Díaz, D. (2009). La influencia de George Herbert Mead en las bases teóricas del paradigma constructivista. *Revista de Historia de la Psicología* 30. (2-3), 241- 248. Recuperado de la fuente: https://www.academia.edu/3109796/La_influencia_de_George_Herbert_Mead_en_las_bases_teoricas_del_paradigma_constructivista
- Núñez, A. E. (2009). Sida y toma de conciencia: un cine comprometido. *Ciencia ergo sum*. 16 (1), 41-46. Recuperado de la fuente: <http://ergosum.uaemex.mx/Arti.%20PDF%20Vol.%2016-1/07%20Eugenio%202.pdf>

- Pais, L. A. (2006). El cine como documento histórico: el SIDA en 25 años de cine. *Rev. Med. Cine*, 2, 102-113. Recuperado de la fuente: http://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:O1WEUcsVxfsJ:r evistamedicinacine.usal.es/index.php/downloads/doc_download/40-vol2-num3-foro-es+&cd=1&hl=es&ct=clnk&gl=mx
- Pons, X. (2010). La aportación a la Psicología Social del Interaccionismo Simbólico: Una Revisión Histórica. *Edupsykhé*, 9, (1), 23-41. Recuperado de la fuente: <http://www.uv.es/lisis/xavier/aporatc.pdf>
- Ritzer, G. (1993). *Teoría Sociológica Contemporánea*. Madrid: McGraw-Hill/Interamericana de España, S. A.
- Rizo, M. (2008) Pragmatismo, Sociología Fenomenológica y Comunicología, Acción y Comunicación en William James y Alfred Schütz. *Redalyc.org*, 13, (64). Recuperado de la fuente: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=199520727004>
- Segovia, D., A. y Ponce, R., S. (2003). Respuesta institucional al VIH/SIDA 20 años de historia. México: El Colegio Nacional.
- Taboa H., García, R. M., Dolores, R., Ma. y Cofiño, F., R (2005). Cine, Emoción y VIH. Programa de Prevención y Atención a las Personas Afectadas por el VIH-SIDA en Asturias (PAVSA). Consejería de Salud y Servicios Sanitarios del Principado de Asturias. 1-45. Recuperado de la fuente: <http://www.asturias.es/Astursalud/Ficheros/Profesionales/Atenci%C3%B3n%20de%20Salud/Prevenci%C3%B3n/VIH-SIDA/guia.pdf>
- Utibe, P., Magis, C., Egremy, G., Arellano, L., & Hernández, G. (2003). Respuesta Institucional al VIH/SIDA 20 Años de Historia. *El Colegio Nacional*. 203-268. Recuperado de la fuente: <http://bvssida.insp.mx/articulos/4217.pdf>

ANEXOS.

ANEXO 1.

Guía temática de entrevista para las personas diagnosticadas con VIH/SIDA.

- ¿Quién, cómo y cuándo te diagnosticaron?
- ¿Qué te dijeron que es el VIH/SIDA?
- ¿Qué conocías sobre la enfermedad?
- ¿El diagnóstico de VIH/SIDA cambió tu vida?
- ¿De qué manera se vio modificada tu vida?
- ¿Qué información se te proporcionó por parte de la persona que te diagnosticó?
- ¿Cómo es la atención médica que has recibido?
- ¿Te recetaron algún tratamiento antirretroviral?
- ¿Quién te recomendó tomar un tratamiento antirretroviral?
- ¿Qué información conoces sobre tratamientos antirretrovirales?
- ¿Actualmente consumes tratamiento antirretroviral?
- ¿Alguna persona cercana a ti conoce el diagnóstico?
- ¿Cuál fue su reacción cuando conoció el diagnóstico?
- ¿Ha cambiado el trato de las personas que conocen el diagnóstico hacia ti?
- ¿Cambiaste tu trato hacia las personas que conocen el diagnóstico?

ANEXO 2.

Guía temática de entrevista para las personas que trabajan con diagnosticados con VIH/SIDA.

- Objetivo de la institución.
- Nombre del puesto a desempeñar en la institución
- ¿Cuáles son sus funciones?
- ¿Cuáles son las expectativas que tiene la institución sobre usted?
- ¿Cuáles son sus expectativas personales?
- ¿Qué opinión tiene respecto de sus tareas a desempeñar?
- ¿Qué opina sobre la labor que desempeña con los pacientes de VIH?
- ¿Qué opinión tiene sobre la población que asiste al servicio?
- ¿Cuál es la importancia o relevancia de su trabajo? ¿Por qué?
- ¿Qué opinión tiene desde su formación académica y profesional sobre sus vivencias en la institución?
- ¿Cuál es su opinión sobre otros profesionales de la salud que se desempeñan en dicha labor?
- Reflexión sobre su trabajo.