

UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

c.1

**REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SIDA: ESTUDIO EXPLORATORIO
EN ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD DE LA UNIVERSIDAD DE
VALPARAÍSO**

**TESIS PRESENTADA A LA FACULTAD DE MEDICINA
PARA OPTAR AL TÍTULO DE PSICÓLOGA Y AL GRADO DE LICENCIADA
EN
PSICOLOGÍA**

ESCUELA DE PSICOLOGÍA

POR

MARIA DUQUE GONZALEZ

XIMENA OPAZO ORTIZ

PAULINA VEGA ELGUETA

PROFESOR PATROCINANTE

FRANCISCO ALBORNOZ GUILLEN

JUNIO DE 1999

VALPARAÍSO, CHILE

N° Matric 53285 Reg. 1274 e-1



*Esta Tesis no se podría haber realizado
sin la guía y generosidad de nuestros profesores
Francisco Albornoz, Domingo Asún y Fernando Lobos.
Muchas gracias.*

*Nuestro sincero agradecimiento a Claudio Concha,
María Dolores Zouza, Jaime Barrientos y CONASIDA
por su colaboración en el desarrollo de esta tesis.
Gracias.*

*Paulina Duque
Ximena Opazo
Paulina Vega*

*Dedico esta Tesis a mis padres, hermana, amigos y
especialmente a la familia Céspedes Proto,
quienes me brindaron su apoyo.*

María Paulina

Esta Tesis está dedicada a mis papás, que con su incondicional apoyo y amor hicieron posible que esta etapa llegara a buen término.

Gracias papá por la fuerza que me diste en los momentos más difíciles, me enseñaste a perseverar y a no rendirme ante las dificultades.

Gracias mamá por esas dos palabras mágicas: ánimo y paciencia, que me acompañaron todo este tiempo.

Gracias Pame, Carlos, Jose y Valentina, mis cuatro hermosos tesoritos que con su mirada y sus risas me alegran la vida.

Gracias abuelita por tus cuidados y regaloneos que me facilitaron el camino.

Gracias al comedor solidario universitario donde encontré grandes amigos.

Y finalmente, gracias al caballero de Arriba por darme La oportunidad de estar aquí.

Ximena

*Dedico esta Tesis a quienes han estado siempre conmigo: mis
padres, hermanos, y por sobre todo, a Daslav, a “los Rusowsky” y
mis amigas de la “U”.*

Gracias.

Paulina

Representaciones Sociales del SIDA:

Estudio Exploratorio en Estudiantes del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso

RESUMEN

El presente estudio es de carácter exploratorio descriptivo, se fundamenta en las elaboraciones cognitivas socialmente compartidas que los estudiantes del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso construyen en torno al SIDA. Las carreras escogidas fueron Medicina, Servicio Social, Enfermería y Obstetricia y Psicología.

Para conocer dichas elaboraciones se utilizaron metodologías cuantitativas y cualitativas tanto en la recolección como en el análisis de los datos. Se contó con la participación 153 estudiantes para el cuestionario, en relación al cual se logró definir la Información y describir la Actitud que manejan acerca del SIDA. Los resultados se analizaron a partir de dos técnicas estadísticas, el SPSS que da cuenta de las frecuencias de respuesta en porcentajes y el SPADN-3 que permite ver las relaciones entre las respuestas.

Posteriormente, se efectuó un grupo focal con 8 de los estudiantes que respondieron el cuestionario, cuyo fin era enriquecer el proceso anterior; se elaboró un plan de análisis de contenido para identificar y estructurar la Representación Social del SIDA.

Se encontró que los estudiantes del área de la Salud de la Universidad de Valparaíso, poseen una Representación Social del SIDA en la cual se personifica la enfermedad en torno a la imagen de un enfermo terminal de SIDA, sufriente, aislado y estigmatizado.

INDICE

RESUMEN	ii
INDICE	iii
INTRODUCCIÓN	vii
 CAPÍTULO I CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
<i>1.1.CONSTRUCCIÓN Y PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA</i>	1
<i>1.2. OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN</i>	4
<i>1.2.1. Objetivo General del estudio</i>	4
<i>1.2.2. Objetivos Especificos del estudio</i>	4
 CAPÍTULO II MARCO TEÓRICO	
<i>2.1.UNA APROXIMACIÓN AL SIDA</i>	5
<i>2.1.1. Aspectos Médicos del SIDA</i>	6
<i>2.1.2. Formas de Expansión de la Pandemia a Nivel Mundial</i>	10
<i>2.1.3. Las Tres Epidemias</i>	11
<i>2.1.4. El SIDA a Nivel Mundial</i>	12
<i>2.1.5. Caracterización Epidemiológica del VIH-SIDA en Chile</i>	13
<i>2.1.5.1 Medidas y Criterios de Prevención en Chile</i>	15
<i>2.1.5.2. Evaluación de las Campañas de Prevención en Chile</i>	15
<i>2.1.6. Aspectos Psicosociales del SIDA</i>	17

2.2. <i>TEORÍA DE LAS REPRESENTACIONES SOCIALES</i>	21
2.2.1. <i>Antecedentes del concepto de Representación Social</i>	21
2.2.2. <i>Concepto de las Representaciones Sociales</i>	24
2.2.3. <i>La Estructura de las Representaciones Sociales</i>	26
2.2.3.1. <i>Contenidos de las Representaciones Sociales</i>	27
2.2.3.2. <i>Procesos de las Representaciones Sociales</i>	28
2.2.4. <i>Funciones de las Representaciones Sociales</i>	29
2.2.5. <i>Ventajas y limitaciones de la Teoría de las Representaciones sociales</i>	31
2.2.6. <i>Representación Social del SIDA</i>	32
2.3. <i>ESTUDIANTES DEL ÁREA DE LA SALUD</i>	36

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1. <i>PERSPECTIVA METODOLÓGICA</i>	38
3.1.1. <i>Tipo de Estudio</i>	39
3.1.2. <i>Campo de estudio</i>	40
3.2. <i>DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN</i>	41
3.2.1 <i>Producción de Datos: Cuestionario y Grupo Focal</i>	41
3.2.1.1. <i>El Cuestionario</i>	41
3.2.1.2. <i>El Grupo Focal</i>	43

3.2.2 <i>Diseño Muestral</i>	45
3.2.2.1 <i>Unidades de Investigación</i>	45
3.2.2.2 <i>Procedimiento de Muestreo</i>	46
3.3. <i>PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS</i>	47
3.4. <i>TÉCNICAS DE ANÁLISIS DE DATOS</i>	48
3.4.1. <i>El Cuestionario</i>	49
3.4.2. <i>El Grupo Focal</i>	50
3.4.3. <i>Procedimiento y Pasos Metodológicos de la Investigación</i>	52
CAPÍTULO IV PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS	
4.1. <i>CUESTIONARIO</i>	54
4.2. <i>DESCRIPCIÓN DEL GRUPO FOCAL</i>	64
4.2.1. <i>Categorización del Grupo Focal según la Teoría de las Representaciones Sociales</i>	70
CAPÍTULO V INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS	
5.1. <i>INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS</i>	75
CAPÍTULO VI CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN	
6.1. <i>CONCLUSIONES</i>	78
<i>ESQUEMA DEL CAMPO REPRESENTACIONAL</i>	80
6.2. <i>DISCUSIÓN</i>	82

BIBLIOGRAFÍA	86
ANEXOS	
<i>Nº1 PROTOCOLO DEL GRUPO FOCAL</i>	93
<i>Nº2 CUESTIONARIO</i>	94

INTRODUCCIÓN

Con el fin del milenio se vuelven patentes los cambios gestados en nuestra sociedad. La tecnología ha dado frutos incalculables, especializado los campos del saber, en telecomunicaciones, genética, computación, etc.; sin embargo, la naturaleza ha recobrado vida recordándole al hombre su fragilidad.

Desde tiempos remotos, el hombre se ha comportado como amo y señor de todo cuanto lo rodea dejando de lado su propia humanidad vulnerable. Hoy en día nos encontramos ante una dificultad más para la cual no tenemos armas suficientes; el flagelo del SIDA encontró un punto débil en la sociedad y sus instituciones, habituadas a tratar todo fenómeno desde una óptica única y parcial.

Es en este contexto que el estudio de las Representaciones Sociales del SIDA de los estudiantes del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso cobra relevancia, ya que enfatiza la necesidad de abordar la epidemia del SIDA desde una perspectiva global, incitando a los diversos agentes sociales a participar activamente en el tratamiento de esta enfermedad.

El concepto de Representaciones Sociales ha sido estudiado desde la Psicología Social cuya perspectiva no sólo intenta conocer al individuo y sus procesos aislados sino que también integra a su grupo de pertenencia, su cultura, las interrelaciones y fenómenos que se dan de manera conjunta entre estos elementos.

Esta Teoría permite abordar el fenómeno del SIDA de manera ordenada, jerarquizando sus componentes dentro de una estructura con poder autoexplicativo; además, al utilizar metodologías cuali y cuantitativas se enfoca esta epidemia desde áreas

distintas pero complementarias de investigación. Ambas son capaces de entregar conocimiento más acotado y completo de las Representaciones Sociales en este grupo de alumnos. De esta manera se intenta generar nuevo conocimiento acerca de cómo es percibido el SIDA por este grupo de alumnos, y motivar la discusión e investigación respecto a las Representaciones Sociales.

Para conocer la Representación Social del SIDA de este grupo de estudiantes, se comenzará por definir el grado de información y describir la actitud que poseen frente a este objeto social los alumnos del área de la salud, quienes comparten creencias, conocimientos, opiniones, valores y evaluaciones ante el tema. Dichos componentes son elaborados a través de las interacciones que realizan, específicamente en el conversar cotidiano, influidas por sus grupos de pertenencia.

CAPÍTULO I

CONSTRUCCIÓN DEL PROBLEMA Y OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.1. Construcción y Planteamiento del Problema

El ser humano en su largo andar por el mundo ha ido descubriendo e inventando tecnologías a partir de sus propia experiencia y curiosidad, la cual le ha permitido observar desde un organismo microscópico hasta las constelaciones que le rodean.

Han sido necesarios siglos de desarrollo para alcanzar el nivel tecnológico actual. Este crecimiento agigantado da vida a la ilusión de poder controlar y solucionar todo cuanto se puede pensar. Así mismo, los beneficios de esta tecnología vienen acompañados de nuevas interrogantes; por más avances que se logren, siempre van a existir imprevistos y problemas que pondrán en jaque la capacidad del hombre para solucionarlos. Esto conlleva a tomar conciencia de que no sólo son necesarios aportes técnicos para dar explicación a estas situaciones, sino que se requieren soluciones más globales.

Ahora bien, la epidemia del SIDA expone la oculta vulnerabilidad de la condición humana, tanto biológica como social. Su alcance se extiende a toda institución desde familias, colegios y comunidades hasta negocios, cortes judiciales y gobiernos. Además, ha tenido un gran impacto en la manera en que la ciencia, la medicina y salud pública son practicadas en el mundo.

Debido a su asociación con sexo, sangre, drogas y muerte; el SIDA evoca temores e inhibiciones humanas básicas. Es un virus insidioso que corrompe los fluidos vitales, transformando la sangre y semen de recursos de vida a instrumentos de muerte.

Al asociarse con sexo y con un largo período de latencia, el SIDA altera nuestro pensar y provoca discusiones sobre las relaciones humanas, el amor y la sexualidad. Esta epidemia ha intensificado el conocimiento de la homosexualidad en nuestra sociedad, promoviendo entendimiento y tolerancia en algunos y reforzando aversión en otros. El principal problema está ligado al comportamiento relacionado con las drogas y la sexualidad, ya que está biológicamente asentado, socialmente condicionado y resistente al cambio. Existe una amplia distancia entre el conocimiento y la acción personal respecto del SIDA.

Ninguna otra enfermedad de los tiempos modernos ha causado tal frustración, resentimiento y ansiedad, o demandado más compasión, inteligencia, generosidad e integridad de parte de los Profesionales de la Salud¹, quienes deberán abordar esta epidemia desde un enfoque integral debido a que se encuentran en directa relación con los afectados de SIDA: contagiados, enfermos, sus familiares y amigos. Este flagelo requiere de personal médico, social y psicológico para lidiar tanto con los síntomas e infecciones como con el trauma psicológico y el estigma social asociado.

Es por ello, que este estudio aborda a los estudiantes del Área de la Salud con el propósito de definir la información y describir las actitudes que poseen frente al SIDA, pues serán ellos los que estarán a cargo de entregar atención a las personas que sufran esta epidemia. Además, se espera describir el comportamiento sexual que realizan y cuáles son los mecanismos de protección que están utilizando.

¹ Fineberg, 1988.

Para dicho objetivo, se utilizará la Teoría de las Representaciones Sociales que permite describir los conocimientos, opiniones, valoraciones, creencias y actitudes que orientan el actuar en torno a los infectados y enfermos de SIDA. Al darse en el ambiente social de las conversaciones cotidianas, las representaciones sociales se actualizan y enriquecen; sin embargo, se observa que su componente afectivo es capaz de frenar o acelerar el acercamiento al fenómeno social del SIDA. De esta manera, el presente estudio pretende describir esta representación social a modo de diagnóstico para conocer cómo se relacionan éstos jóvenes con el SIDA.

Sobre la base a los antecedentes señalados se plantea la siguiente interrogante:

¿Cuál es la Representación Social del SIDA de los estudiantes del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso?

1.2. Objetivos de la Investigación

1.2.1. Objetivo General del Estudio:

1.- Conocer la Representación Social del SIDA que poseen los Estudiantes del Área de la Salud -Medicina, Enfermería y Obstetricia, Servicio Social y Psicología- de la Universidad de Valparaíso.

1.2.2. Objetivos Específicos del estudio:

1.- Describir las Actitudes hacia el SIDA que tienen los estudiantes de las carreras del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso.

2.- Definir el grado de Información que manejan los estudiantes de las carreras del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso con respecto al SIDA.

3.- Delimitar el Núcleo Figurativo del SIDA que poseen los estudiantes de las carreras del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1. Una Aproximación al SIDA

El Síndrome de Inmuno Deficiencia Adquirida, SIDA, es un conjunto de signos y síntomas interrelacionados que provocan un debilitamiento importante del sistema inmunitario, el cual no es hereditario sino adquirido por infección. El causante es un agente submicroscópico que sobrevive alojándose en células humanas, conocido como Virus de la Inmuno Deficiencia Humana, VIH.

El SIDA es un fenómeno profundo y complejo que desborda las características de un hecho puramente sanitario o de las epidemias históricamente conocidas, ya que comunica muchos de los valores y de las actitudes que orientan la convivencia social, comunitaria y familiar.

El primer caso de SIDA fue descrito en Estados Unidos por Michael Gottlieb en 1981, el cual diagnostica un extraño caso de neumonía en un paciente joven, trastorno que sólo se observa en pacientes con tratamiento basado en drogas supresoras de inmunidad para evitar el rechazo de órganos transplantados; pero esta no era la situación de este paciente. Tanto él como los casos que pronto le siguieron tenían características similares: eran hombres jóvenes con conductas homosexuales, usuarios de drogas intravenosas y con historia de enfermedades venéreas².

² CONASIDA, 1994.

A finales de ese mismo año, los primeros datos epidemiológicos indican que el SIDA es una enfermedad infecciosa, transmisible por vía sexual y sanguínea. Los estudios continuaron, y para mayo de 1983 se realiza la primera descripción del virus. Un año más tarde se consigue aislar este virus. A partir de 1985 se realiza en forma sistemática la prueba de detección a la sangre destinada a la transfusión y fabricación de productos sanguíneos.

Tras años de trabajo se obtienen resultados clínicos que demuestran la prolongación de la supervivencia de los enfermos de SIDA por medio de un antivírico, el AZT (azidotimidina)³. También se ha utilizado la quimioterapia, la cual contribuye a prolongar la sobrevida y mejorar la calidad de vida del enfermo⁴.

A pesar que se han logrado progresos importantes en el conocimiento de los mecanismos de la enfermedad y efectuado los primeros ensayos en el hombre de vacunas potenciales, aún no existe una solución definitiva para esta infección⁵.

2.1.1. Aspectos Médicos del SIDA⁶

Para esta investigación entenderemos el fenómeno del SIDA como: una enfermedad causada por la destrucción del sistema inmunitario, por un virus llamado VIH. Este virus se encuentra en las secreciones sexuales y en la sangre. Hoy, los dos sistemas de transmisión predominantes son las relaciones sexuales, tanto heterosexuales como homosexuales, y el uso compartido de agujas y jeringuillas contaminadas.

³ Montagnier, 1993.

⁴ Bernal, 1989.

⁵ Montagnier, 1993.

⁶ Montagnier, 1993.

El estudio del virus que provoca el SIDA ha cumplido con los pasos metodológicos que se siguen en el tratamiento de cualquier enfermedad. El VIH ha sido aislado e identificado, lo que ha permitido conocer su comportamiento en el organismo humano, pero aún no se encuentra una explicación definitiva a su origen.

En un principio se creía que el SIDA provendría del traspaso de un virus existente en el mono. Otra posibilidad es que el virus se encontraba circunscrito desde hace mucho tiempo en una población aislada, en donde las personas lo habrían tolerado medianamente bien.

Queda la hipótesis que los cambios en el estilo de vida habrían permitido al virus diseminarse y volverse más activo; la facilidad con la que se viaja de un lugar a otro en el mundo y la liberalización de las costumbres sexuales habrían favorecido la transmisión de los agentes patógenos.

Se ve eliminada la posibilidad de que el virus hubiese sido fabricado artificialmente por el hombre, ya que en los inicios de esta enfermedad no se poseía la tecnología necesaria para realizar manipulaciones genéticas de este tipo.

El VIH como cualquier otro virus, no es capaz de sobrevivir por sí solo, sino que requiere de un organismo vivo que lo hospede. Por su parte, el ser humano presenta tanto las condiciones óptimas para su desarrollo y proliferación como los medios de transporte directos, que permiten su transmisión a través de la sangre, semen y secreciones vaginales. Por otra parte para estar infectado se necesita una cantidad mínima de virus o un "umbral". El VIH también se ha encontrado en menores cantidades en otros líquidos corporales como la saliva, sudor y lágrimas, pero esta cantidad está generalmente por debajo del umbral necesario para provocar la infección.

La mayoría de los autores describen cuatro modalidades de transmisión del VIH, los cuales se exponen a continuación:

1- Transmisión sexual: Las relaciones sexuales con penetración anal o vaginal, tanto si son heterosexuales como homosexuales, pueden transmitir este virus. Los tejidos genitales son frágiles y facilitarían la infección a través de las lesiones e inflamaciones microscópicas que se producen durante la penetración, dichas lesiones estarían en contacto con las secreciones vaginales y el espermatozoides. Además, toda infección genital como: herpes, ulceración genital, gonorrea, sífilis, clamidia, microplasma, etc., sería un riesgo de infección.

Las relaciones sexuales anales son más peligrosas, porque la pared de la mucosa del ano es menos resistente que la vaginal. Los contactos orales-genitales pueden transmitir teóricamente el VIH si hay lesiones en la boca o en los genitales. El número de contactos sexuales también es un factor de riesgo de infección, aunque bastaría con una relación sexual para contagiarse.

2.- Transfusiones e inyecciones de productos sanguíneos: Esta vía de transmisión es actualmente excepcional, porque existe una obligatoriedad de la prueba de detección de anticuerpos anti VIH en todas las muestras de sangre. Esta medida se implementó en el mundo a partir de 1985, frenando así la exposición por transfusiones de sangre y hemoderivados. Sin embargo, el riesgo aunque mínimo, no puede descartarse totalmente, puesto que un donante recientemente infectado puede dar un resultado negativo. Toda persona que se crea en una situación de infección reciente debe abstenerse de dar sangre y órganos.

3.- Jeringuillas e instrumentos contaminados: Las jeringuillas y agujas contaminadas, si se comparten, pueden transmitir el virus. Esto sucede entre los consumidores de sustancias inyectables que se “pinchan” con la misma aguja o jeringuilla y los atletas que se inyectan esteroides. Además, la cuchara y los objetos que sirven para preparar la droga pueden estar también contaminados.

Las agujas de acupuntura, tatuaje y las hojas de afeitar podrían transmitir el virus teóricamente, por lo que deben desinfectarse cada vez que se utilicen.

4.- Transmisión de la madre al hijo: Esta transmisión puede producirse durante el embarazo (a través de la placenta), en el parto o el amamantamiento. Una mujer seropositiva tiene un 20% a un 50% de posibilidades de tener un hijo infectado; no todos los hijos de madres infectadas adquieren el VIH. En Chile, 1 de cada 3 mujeres infectada transmite el VIH a su hijo.

Ahora bien, cuando el virus del SIDA penetra en el organismo se comienzan a fabricar anticuerpos contra él, los que podrían detectarse con un examen de sangre entre tres semanas y seis meses después de la infección. Entonces, las personas se vuelven seropositivas -portadoras del VIH- hasta que desarrollan los primeros síntomas de la enfermedad, lo que puede suceder incluso diez años de ocurrido el contagio.

2.1.2. Formas de Expansión de la Pandemia a Nivel Mundial⁷

Cuando una epidemia -el aumento desusado generalmente rápido de una enfermedad en la población- se extiende a todo el mundo se denomina Pandemia; ésta no ha sido homogénea debido a diferentes factores como las condiciones socioeconómicas y culturales de la población, la infraestructura sanitaria y educativa disponible, la normativa jurídica existente, la oportunidad con que se tomen las medidas preventivas, la respuesta de la comunidad, las prácticas sexuales, la presencia de drogadicción intravenosa y sus conductas asociadas, la frecuencia de otras enfermedades de transmisión sexual (ETS) y el acceso a tratamiento.

Para comprender dicha expansión la Organización Mundial de la Salud (OMS) describe tres modelos de diseminación del VIH:

MODELO I: Los enfermos son principalmente hombres con conducta homo o bisexual o usuarios de drogas intravenosas. En un principio un número importante de casos era constituido por personas infectadas a través de transfusiones de sangre o sus derivados. Los casos de heterosexuales han ido en lento aumento. Este modelo es posible de observar en Norteamérica, Europa, Nueva Zelandia, Australia y algunos lugares de Latinoamérica.

MODELO II: Los enfermos son principalmente personas con conductas heterosexuales, con un número similar de hombres y de mujeres enfermas e hijos de ellas. Esto se observa en Africa (al sur del Sahara), Asia, la mayor parte de Latinoamérica y el Caribe.

⁷ CONASIDA, 1994.

MODELO III: Existen pocos enfermos y el desarrollo de la epidemia es reciente. Esto se observa en Africa (del norte del Sahara), Europa del este y Oceanía (excepto Australia y Nueva Zelanda).

2.1.3. Las Tres Epidemias

El fundador del Programa Global del SIDA de la OMS Jonathan Mann, ha señalado tres epidemias interrelacionadas⁸:

1.- La diseminación del VIH en el mundo: La propagación del VIH es silenciosa; a diferencia de otras enfermedades transmisibles el SIDA puede demorar años, incluso décadas en expresarse. En apariencia, un sujeto infectado se ve como cualquier persona sana, por lo tanto puede transmitir el virus a otros sin darse cuenta si no se ha realizado los exámenes de laboratorio correspondientes. Esta epidemia se enfrenta a través de la prevención de la infección.

2.- Aparición de enfermos de SIDA: La epidemia se caracteriza por la aparición de enfermos de SIDA y el aumento de la mortalidad por esta causa. El SIDA es la última etapa de una serie de manifestaciones que son reflejo del VIH en el organismo. Las personas mueren por las infecciones oportunistas, los tumores y las enfermedades neurológicas debido a la destrucción de las defensas del organismo. Esta epidemia se enfrenta con atención integral (médica, psicológica y social) e integración social de las personas afectadas con SIDA.

⁸ CONASIDA, 1994.

3.- Los efectos sociales adversos de la infección por VIH/SIDA: Ante la aparición de la epidemia del SIDA surgen reacciones sociales adversas como son la segregación de las personas infectadas y enfermas en el trabajo, en las escuelas, en los barrios y en las comunidades; la discriminación de las familias de los infectados y enfermos, y del personal de salud que trabaja con ellos; la estigmatización de las personas con las que se asociaba la epidemia en sus comienzos en el mundo occidental (homosexuales y usuarios de drogas intravenosas); y las limitaciones de ciertos derechos, tales como la protección a la vida privada, al trabajo, a la educación, a construir familia, etc., suponiendo que así se protege a la población sana de la epidemia. Para enfrentar esta tercera epidemia las medidas fundamentales son el fomentar la toma de conciencia, organizar a la comunidad y desarrollar iniciativas legales que promuevan la solidaridad con las personas infectadas, enfermas y quienes les rodean.

2.1.4. El SIDA a Nivel Mundial ⁹

Según el Boletín Epidemiológico de Septiembre de 1998 editado por CONASIDA, hasta fines de 1997 ONUSIDA (programa conjunto de Naciones Unidas para el VIH/SIDA), estimaba que había en el mundo un total de 30.5 millones de personas viviendo con VIH/SIDA.

Al mismo tiempo, desde el inicio de la epidemia hasta 1997, se ha estimado un total de 11.7 millones de defunciones por SIDA, y 2.3 millones de éstas se produjeron en 1997.

⁹ CONASIDA, 1998.

Un indicador del impacto social que produce el VIH/SIDA es el caso de los niños huérfanos (no infectados), que han perdido a su madre, padre, o a ambos a causa de esta enfermedad, cuya cifra estimada alcanza a los 8.2 millones.

A pesar de la magnitud estimada de la epidemia, sólo un porcentaje de los casos de SIDA ha sido comunicado a los organismos de salud; hasta Septiembre de 1998 la cifra mundial de casos notificados era de 1.893.784, de ellos un 48% es del continente americano reflejando las diferencias en las estructuras de los sistemas de salud y de vigilancia epidemiológica mundiales.

A nivel Sudamericano, la tasa de incidencia más alta de SIDA durante 1996, fue la de Brasil que alcanzó a 110.2 personas por millón de habitantes. En Chile, la cifra fue de 25,5 por millón de habitantes, ubicándose entre los países que presentan tasas bajas.

2.1.5. Caracterización Epidemiológica del VIH-SIDA en Chile¹⁰

El primer caso de SIDA en Chile se notificó en 1984, sólo tres años habían pasado desde que se conoció el primer infectado en el mundo.

Hoy en día, las comunicaciones han unido al mundo y es posible que las enfermedades se transporten de un continente a otro en tan sólo 24 horas. En Chile, en 1986 más de un millón de personas ingresaron al país provenientes de todos los continentes, de las cuales unas 100.000 eran de regiones con un alto índice de casos de SIDA.

¹⁰ CONASIDA, 1997.

Hasta el 30 de Septiembre de 1998 se han notificado 2.526 enfermos y 3.552 portadores asintomáticos en las trece regiones del país (se refiere al número de portadores notificados, y no refleja necesariamente la situación real de la infección por VIH). Se ha informado el fallecimiento de 1.558 personas. La tasa de incidencia acumulada de SIDA en Chile alcanza a 18.4 por 100.000 habitantes, tendencia que va en aumento. Entre los años 1991 y 1996 la tasa se incrementó en un 94%, siendo la Región Metropolitana 34,2 y la Quinta Región 26,3 las que presentan la tasa de incidencia acumulada más elevada.

Ahora bien, en la distribución por sexos de la enfermedad, el 90.8% de los casos de SIDA son hombres y el 9.2% mujeres, sin embargo, existe un crecimiento mayor de casos de SIDA en mujeres con relación a los hombres. La proporción hombres-mujeres ha ido acercándose desde un 31.5:1 en 1990 a un 10.5:1 en 1995 y ha llegado a 7.3:1 en 1996.

El principal grupo de edad afectado está entre los 20 y 49 años, y concentra el 85% de los casos. Los menores de 20 años representan el 2,9% y los mayores de 50 el 12.1% (no existiendo diferencias significativas entre los sexos).

El SIDA en Chile se clasifica como incipiente, es decir, la prevalencia del VIH en poblaciones con conducta de riesgo es menor que el 5%; esta se caracteriza como de localización urbana, sin marginalización, con tendencia a la feminización (crecimiento mayor de casos de SIDA en mujeres que en hombres), con pauperización de las mujeres (bajo nivel socioeconómico y educacional) y un predominio en hombres homo y bisexuales.

2.1.5.1. Medidas y Criterios de Prevención en Chile¹¹

En Chile la prevención se ha abordado a partir de 3 niveles los cuales intentan combatir esta epidemia involucrando a la población general. Estos son:

- Nivel social, a través de las campañas de comunicación social y la información periodística.
- Nivel grupal, con propuestas de educación y capacitación focalizada dirigida a grupos sociales específicos.
- Nivel individual, a través de la consejería pre y post test y, desde 1995, mediante FONOSIDA un servicio telefónico gratuito y confidencial.

En concreto, las medidas de prevención estipuladas por el Ministerio de Salud en Chile, según las vías de transmisión son las siguientes:

- 1) Transmisión por vía sexual: se proponen tres alternativas partiendo por la abstinencia sexual, el acuerdo de la pareja única y el uso correcto del preservativo.
- 2) Transmisión por vía sanguínea: no compartir agujas ni jeringas.

2.1.5.2. Evaluación de las Campañas de Prevención en Chile

Desde 1991, cuando se realizó la primera campaña de prevención en nuestro país hasta hoy, la población demuestra una mayor comprensión acerca del SIDA, sus características como epidemia y un conocimiento racional de las medidas preventivas.

¹¹ CONASIDA, 1998.

Las investigaciones sobre el impacto de las campañas que realiza CONASIDA a través de empresas independientes de estudios de opinión, señalan que en la población existen conductas que dificultan la adopción de la prevención. En los hombres, la inconsistencia conductual que los hace creer que el impulso sexual es incontrolable y, por tanto, ellos no pueden negarse a tener relaciones sexuales. En las mujeres, vergüenza y temor de plantear sus inquietudes y aprensiones en momentos de definir una relación íntima.

Según el estudio Mercop¹² en lo que respecta a las medidas de prevención por transmisión sexual, las opiniones se pueden resumir en:

- La estrategia “pareja sexual única” aparece socialmente legítima, en particular entre quienes tienen pareja estable. No obstante, la posibilidad real de relacionarse con terceros constituye un tema tabú.
- La abstinencia sexual se sitúa en un grupo social y étnico, hombres y mujeres de estrato social alto, en el que aparece fuertemente la variable religiosa, interpretando la virginidad como un valor de vida.
- El condón o preservativo es la medida que presenta mayores conflictos y parece ser la menos utilizada, ya que se desconfía de su seguridad, existen fuertes prejuicios o barreras para su uso (sentimientos de asco o que disminuye el placer) y problemas asociados (prácticos, de valores y de disponibilidad).

Según el informe Search Marketing¹³, las personas conocen las vías de transmisión del SIDA y las consecuencias de sus conductas, sin embargo, no surgen espontáneamente

¹² CONASIDA, 1994.

¹³ CONASIDA, 1995.

ni la preocupación ni las conductas orientadas a la prevención en las situaciones de riesgo.

2.1.6. Aspectos Psicosociales del SIDA

Para comprender el impacto del SIDA debemos considerar la incertidumbre y ansiedad que genera esta infección, la cual activa antiguos temores y crea nuevos. A diferencia de otras epidemias esta enfermedad necesita tiempo para establecerse y evolucionar, por lo tanto no mata a sus víctimas en un corto plazo. Un gran número de personas enfermarán en unos años más; no sólo se enfrentarán al problema médico sino al estigma social. Además del inocente y el culpable, un nuevo actor social ha sido creado: el seropositivo, no está sano ni enfermo, y para nada a salvo; culpables de su contaminación los seropositivos y los enfermos de SIDA son aislados.

“Los infectados... son infecciosos, pero, en cierto modo, se asocian frecuentemente con comportamiento inmoral o desviado”¹⁴.

Atendiendo a este rechazo se postula la necesidad de un programa biopsicosocial de atención a los pacientes con SIDA, el cual debe apuntar tanto al impacto psicológico como al sociocultural de esta epidemia.

Las muchas preguntas relacionadas con el tratamiento, pronóstico y el curso de la enfermedad que aún no se han podido responder, generan ansiedad y confusión en muchas personas. Se hace necesario que los profesionales de la salud mental y de servicio social, así como los del área médica, den a sus pacientes información adecuada, en forma

¹⁴ Nelkin, 1990, pág. 2.

individual o grupal, que potencie el sentimiento de control sobre sus vidas y disminuya frustraciones e incertidumbres.

En particular, los pacientes requieren información sobre los aspectos médicos del SIDA, el modo de transmisión para reducir riesgos de contagio, el curso de la enfermedad, cómo controlar las infecciones oportunistas, las opciones de futuros tratamientos y sus efectos secundarios.

Los pacientes necesitan acceso a una amplia gama de servicios, incluyendo médicos, salud mental, terapias alternativas y apoyo social. Muchos necesitan conocer las respuestas emocionales, tanto las habituales como las adaptativas, que pudieran experimentar; saber esto puede disminuir sus temores y ansiedades logrando que la sensación de pérdida de control disminuya.

El paciente con SIDA requiere apoyo concreto como asistencia financiera, un lugar donde vivir, cuidados en su hogar y asistencia legal; para esto es necesario desarrollar programas de organización y planificación que cubran dichas necesidades.

Por otra parte, no podemos dejar de lado el aspecto psicosocial de esta epidemia; el sujeto se enfrenta a una serie de sensaciones y reacciones para las cuales no está preparado, requiriendo orientación en el desarrollo social de la enfermedad.

Muchos pacientes necesitan asistencia para lidiar con sus sentimientos de angustia, los cuales son descritos como “montañas rusas de emociones”¹⁵, fluctuaciones de ánimo compuestas por sentimientos de desesperanza. También experimentan los estadios de otras enfermedades como el cáncer: negación, rabia, autocompasión, depresión y finalmente aceptación¹⁶.

¹⁵ Macks, 1987, pág. 31.

¹⁶ Kübler-Ross, en Macks, 1987.

Además, sufren múltiples pérdidas incluyendo cambios en su comportamiento sexual y relaciones íntimas, deterioro de su autoimagen, cambios en los patrones de empleo que repercuten en su estatus y que afectan su autoestima. Más aún, muchos están de luto por un compañero, amigo o conocido que ha muerto de SIDA.

El diagnóstico no sólo involucra enfrentarse a una enfermedad mortal, ya que muchas veces el paciente debe luchar con sus sentimientos de culpa al haber infectado a su pareja. Muchos de estos sentimientos pueden relacionarse con conflictos no resueltos sobre la propia orientación sexual o manifestaciones internalizadas de homofobia, racismo o sexismo. En vez de identificar la causa del SIDA con un virus pueden sentir que han causado el mal, debido a quiénes son o a cómo han vivido. Cuando se trata de un homosexual, la situación se vuelve aún más complicada, especialmente al momento de enfrentar a sus padres, porque dicha situación obliga a la familia a enfrentar un tema que aún es tabú, que involucra una serie de prejuicios en torno a la sexualidad.

Existe un número de crisis que suceden en la evolución de la enfermedad, éstas ocurren: en el momento del diagnóstico inicial; en la aparición o recurrencia de un determinado síntoma o infección particular; en una sorpresiva pérdida de movilidad; cuando fracasa un tratamiento; al ser rechazado por un miembro de la familia o en el estado terminal de la enfermedad. Los pacientes se encuentran propensos a una descompensación psicológica y algunos manifiestan ideación suicida como una forma de reaccionar ante los sentimientos de angustia, de pérdida de control y de temor frente a los eventos futuros¹⁷.

La mayoría de los pacientes con SIDA están en una etapa de productividad y muchas veces en un momento importante de sus carreras, algunos han sido forzados a

¹⁷ Macks, 1987.

abandonar sus medios de subsistencia y autoestima; se dan cuenta que sus sueños y planes para el futuro no se realizarán.

Lo anterior, sumado al deterioro de la independencia funcional del paciente contribuye a que perciba la pérdida de su estatus. Depende cada vez más de la ayuda de sus familiares y amigos, ya que se ve limitado por fatiga crónica, pérdida de movilidad y de funciones del organismo que pueden llevarlo al aislamiento y depresión.

En resumen, se hace necesaria una intervención psicosocial abordando los siguientes aspectos¹⁸:

- a) Asesoría Biopsicosocial: entregar información útil acerca de la enfermedad y sus consecuencias fisiológicas, psicológicas y socioculturales, atendiendo a ellas de manera simultánea.
- b) Intervención en crisis: debe ser diseñada para reforzar las funciones adaptativas e integrativas de los pacientes a través de sus capacidades.
- c) Terapia Individual: se intenta revisar el manejo que hace el sujeto de sus sentimientos de angustia, y pérdida de status. Se trata de aumentar la red de apoyo, mantener la esperanza y maximizar su capacidad en la toma de decisiones.
- d) Grupos de apoyo: entregan la oportunidad de discutir asuntos y problemas relacionados con la enfermedad y con otros que están experimentando problemas similares.

¹⁸ Macks, 1987, pág. 33-34.

2.2 Teoría de las Representaciones Sociales

2.2.1. Antecedentes del concepto de Representación Social

En 1961 Serge Moscovici publica “El Psicoanálisis su imagen y su público”. Esta obra fue el resultado de diez años de investigaciones empíricas y elaboraciones teóricas, que pretendían mostrar de qué manera las dimensiones ideológicas de la vida en la colectividad afectan la interpretación que hacemos de la realidad, determinan los juicios sobre las personas y objetos, son el origen de emociones que están unidas a esos juicios y guían los comportamientos que así constituyen la concreción de las representaciones¹⁹.

Sin embargo, la obra tuvo un escaso éxito y poco interés entre los psicólogos sociales en esos años. Tuvieron que transcurrir otros diez años para que se retomaran los conceptos planteados por Moscovici. Entre las razones de este tiempo de latencia, cabe destacar la tradición conductista que no aceptaba referencias de entidades de tipo mental y menos aún con un origen de producción colectiva; la gran influencia del psicologismo que privilegiaba el estudio de procesos individuales; la desvalorización de las investigaciones de origen europeo -especialmente francés- por ser considerados trabajos que caen en el verbalismo especulativo y desconectados de la realidad; y por último, algunos psicólogos se mostraron escépticos al concepto de Representaciones Sociales, ya que para ellos constituye una reformulación teórica del concepto de actitud, aunque actualmente este constructo es muy utilizado en las investigaciones psicológicas²⁰.

¹⁹ Ibañez, 1986

²⁰ Elejabarrieta, 1994.

Es importante mencionar que en la elaboración del concepto de Representaciones Sociales Moscovici necesitó de varios aportes, estos son:

1. Las Representaciones Colectivas de Durkheim (1898): El autor propone por primera vez esta terminología para designar aquellas producciones mentales sociales que son una especie de ideación colectiva, dotadas de fijación y objetividad, y que se contraponen a la representación individual, estas últimas serían versiones de la objetividad colectiva, por lo tanto inestables, sujetas a todo tipo de influencias externas e internas y que afectan al individuo²¹.

Ahora bien, a pesar que la noción de representaciones colectivas guarda importantes similitudes terminológicas con las Representaciones Sociales, existen grandes diferencias conceptuales entre ambas.

La primera diferencia es que las representaciones colectivas se refieren, al igual que los mitos y las religiones, a formas de conciencia que la sociedad impone a los individuos; en cambio, las Representaciones Sociales son generadas por los sujetos sociales. A este respecto se señala que lo fundamental de esta diferencia se observa apartir del error de confundir lo colectivo con lo social, ya que lo primero hace referencia a lo que es compartido, sea social o no, por una serie de individuos; y lo segundo, otorga un carácter significativo y funcional a los elementos compartidos²².

La segunda diferencia, es que las representaciones colectivas implican una reproducción de la idea social, mientras que la noción de representación en la teoría de Representaciones Sociales, es concebida como una producción y una elaboración de

²¹ Elajabarrieta, 1994.

²² Ibañez, 1988.

carácter social sin que sea impuesta externamente a las conciencias individuales como proponía Durkheim²³.

2. La Psicología Ingenua de Heider (1958): Su importancia radica en el hecho de defender el estudio del pensamiento individual, que no es concebido como un pensamiento ignorante o de segunda clase, sino como un conocimiento fundamental en la determinación del comportamiento. A través de su psicología ingenua, Heider lleva a la psicología social al estudio del sentido común de las personas, sin atribuciones discriminativas o prejuicios sobre los posibles errores dentro de este tipo de conocimiento. Así, se asemeja con la teoría de las Representaciones Sociales en la reivindicación del pensamiento de sentido común, donde Moscovici intenta expresar una forma específica de pensamiento social que tiene su origen en la vida cotidiana de las personas. Heider transforma al individuo ignorante y sugestionable, poseedor de sentido común, en un pensante individual.

3. La Construcción de la Realidad desde la Sociología (1966): La fuente de la sociología del conocimiento no aparece en la primera edición de la obra sobre las Representaciones Sociales de Moscovici, sino que en la segunda en 1976, con una redefinición de la psicología social en cuanto a sus problemas, conceptos, función simbólica y poder de construcción de la realidad. En este caso los aportes de los sociólogos Berger y Luckman constituyen los cimientos fundamentales de la teoría de las Representaciones Sociales, que radican en comprender el carácter generativo y constructivo que tiene el conocimiento de la vida cotidiana. Establecen que la

²³ Elejabarrieta, 1994.

naturaleza de esa generación y construcción es social, y determinan que la base de este proceso es el lenguaje y la comunicación de los individuos, grupos e instituciones como mecanismos en los que se transmite y crea la realidad, y que al mismo tiempo se constituye en marco donde la realidad adquiere sentido²⁴.

Es en éste ambiente en que nace la teoría de las Representaciones Sociales y se observa que no proviene de un sustrato teórico directo.

2.2.2. Concepto de las Representaciones Sociales

Para comenzar se debe tener en cuenta la dificultad que presenta el realizar una definición única y precisa de las Representaciones Sociales, ya que se trata de un concepto compuesto, de tipo psicosociológico, pues en él convergen nociones de origen sociológico y psicológico. Por otra parte el concepto se dirige a una realidad social en la que se observan elementos de diferente naturaleza, como son los procesos cognitivos, inserciones sociales, factores afectivos y sistemas de valores²⁵.

Ante la ambigüedad del constructo se exponen a continuación las definiciones desarrolladas por sus dos grandes representantes Serge Moscovici y Denise Jodelet.

Moscovici designa a las Representaciones Sociales como una “elaboración cognitiva de un objeto social por un grupo con el fin de comunicarse y actuar sobre él.”²⁶. Añadiendo que “constituyen una organización psicológica, una forma de conocimiento

²⁴ Elejabarrieta, 1994.

²⁵ Ibañez, 1988.

²⁶ Moscovici en Páez y cols., 1994.

que es específica de nuestra sociedad y que no es reducible a ninguna otra forma de conocimiento”²⁷

Por su parte, Denise Jodelet intenta formular un concepto más descriptivo de las Representaciones Sociales: “... es un conocimiento espontáneo, ingenuo que tanto interesa en la actualidad a las ciencias sociales, ese que habitualmente se denomina conocimiento del sentido común, o bien pensamiento natural, por oposición al pensamiento científico, este conocimiento se constituye a partir de nuestras experiencias, pero también de las informaciones, conocimientos y modelos de pensamientos que recibimos y transmitimos a través de la educación y la comunicación social. De este modo, este conocimiento es, en muchos aspectos, un conocimiento socialmente elaborado y compartido. Bajo sus múltiples aspectos intenta dominar esencialmente nuestro entorno, comprender y explicar los hechos e ideas que pueblan nuestro universo de vida o que surgen en él, actuar sobre y con otras personas, situarnos respecto de ellas, responder a las preguntas que nos plantea el mundo...”²⁸. Además, considerara a la Representaciones Sociales no sólo como un producto de la realidad sino como proceso dinámico de la construcción de nuestra existencia.

Así mismo, la autora entrega una serie de indicadores que aclaran el complejo concepto de Representación Social, por ser un conjunto de nociones que convergen dentro de esta teoría. Estos son²⁹:

- La conceptualización las Representaciones Sociales está siempre referida a un objeto.

Una representación para ser social debe tener un referente en la realidad.

²⁷ En Ibañez, 1988.

²⁸ en Ibañez, 1986, pág. 33.

²⁹ En Elejabarrieta, 1994.

- Las Representaciones Sociales mantienen una relación de simbolización e interpretación con los objetos, son una actividad tanto constructora de la realidad como expresiva.
- Las Representaciones Sociales adquieren forma de modelos que se superponen a los objetos, los hacen visibles y legibles, e implican elementos lingüísticos, conductuales o materiales.
- Las Representaciones Sociales son una forma de conocimiento práctico, que conducen a preguntarse por los marcos sociales de su génesis y por su función social en la relación con los otros en la vida cotidiana.

2.2.3. La Estructura de las Representaciones Sociales

En una Representaciones Social encontramos elementos tales como valores, opiniones, actitudes, creencias, imágenes e informaciones respecto de un objeto social. A pesar de su heterogeneidad, estos contenidos conforman una unidad funcional altamente organizada. Moscovici desglosa dicha unidad a través del uso pedagógico de tres ejes en torno a los cuales se estructuran los componentes de la Representación Social: Actitud, Información y Campo de Representación³⁰.

³⁰ Ibañez, 1988.

2.2.3.1. Contenidos de las Representaciones Sociales³¹

Los contenidos vienen dados por las creencias, actividades, imágenes, opiniones, proposiciones, reacciones y evaluaciones que producen la significación social de los objetos. La estructura de estos establece tres dimensiones:

1° La Información: da cuenta de la serie de conocimientos que se poseen sobre el objeto social representado. Se habla tanto de la cantidad y calidad del conocimiento de que disponen los individuos o los grupos sociales. Además, se analizan las fuentes de dicha información.

2° La Actitud: permite detectar la tendencia y la orientación valorativa, positiva o negativa, que adopta la representación. Aquí el concepto de actitud difiere de la concepción utilizada en psicología social, destacándose su dimensión afectiva. Además, la actitud, antecede a las otras dimensiones porque prevalece sobre informaciones reducidas o imágenes poco estructuradas y al mismo tiempo es el contenido que orienta los comportamientos.

3° El Campo de Representación: tipo de organización interna que adoptan los elementos que son integrados en la representación. Estos se organizan en torno al Esquema o Núcleo Figurativo, que es la parte más sólida y estable de la Representación; además, confiere significado a todos los elementos presentes en este campo.

³¹ Ibañez, 1988.

2.2.3.2. Procesos de las Representaciones Sociales³²

El Núcleo Figurativo se forma a través del proceso de objetivación y proviene de la transformación de diversos contenidos conceptuales relacionados con el objeto, de manera de llegar a configurar una imagen, es decir, el producto de este proceso es la conversión de ideas abstractas a formas icónicas. Ahora bien, la objetivación es el proceso mediante el cual se materializa un conjunto de significados en torno a una imagen transformando lo abstracto en concreto. En él se presentan tres fases:

- 1) Selección y Descontextualización: En esta primera fase ciertas informaciones son seleccionadas y reorganizadas fuera del contexto en que aparecían, para así ser integradas en las estructuras de pensamiento ya instituidas en el sujeto. Este proceso se puede homologar con la asimilación de Piaget.
- 2) Formación de un Esquema Figurativo: Es el resultado de la información adaptada que se organiza de modo coherente y fácilmente expresable de manera de proporcionar una imagen del objeto representado.
- 3) Naturalización: Mediante este proceso los elementos que componen el esquema o núcleo figurativo aparecen como elementos de realidad. El esquema pasa a ser la expresión directa de una realidad que se le corresponde perfectamente. Así, una vez constituido el núcleo figurativo adquiere la fuerza de los objetos naturales o reales, olvidando el carácter simbólico de él y atribuyéndole existencia fáctica.

Junto al mecanismo de objetivación, Moscovici describe el proceso de anclaje, cuya función consiste en integrar la información sobre un objeto dentro de nuestro sistema de

³² Ibañez, 1988.

pensamiento, permite afrontar las innovaciones de un objeto conocido y el contacto con un objeto no familiar.

Al describir los procesos de objetivación y anclaje, se recurre a su división en fases y contenidos que los estructuran, pero es importante destacar que ambos ocurren simultáneamente y en forma dinámica. Se explican utilizando los procesos de asimilación y acomodación de modo que: la información se selecciona e integra a los esquemas de pensamiento ya existentes, en donde es modificada para no perturbar los contenidos establecidos (asimilación), a la vez esta información reordena los contenidos sin alterar su funcionalidad (acomodación). Es así, como los esquemas de pensamiento modifican y se ven modificados por el ingreso de nueva información, de esta manera en las representaciones sociales se hace visible cómo la realidad social se reconstruye a partir de la asimilación de lo nuevo y la acomodación de lo existente.

Se debe tener en cuenta que la selección, tratamiento y consiguiente significación de lo abstraído, dependerán del fondo cultural común que involucran las creencias, valores, referencias históricas y culturales; de la dinámica de las representaciones sociales y sus mecanismos de formación (objetivación y anclaje); y de los proceso de comunicación donde se origina la construcción de las representaciones sociales.

2.2.4. Funciones de las Representaciones Sociales³³

Existe una relación dialéctica entre los procesos de objetivación y anclaje, la cual articula las principales funciones de las representaciones sociales. Esto se debe a que las representaciones sociales se transforman en copartícipes de todas las funciones que

³³ Ibañez, 1988.

desempeña una realidad social; inciden tanto en la visión como en la construcción de ella.

Estas funciones son:

1) Comunicación social: en la comunicación de la vida cotidiana, los individuos realizan intercambios lingüísticos que tienen de fondo las representaciones sociales, estas ayudan a disminuir los problemas de comprensión de los mensajes emitidos entre los interlocutores, contribuyendo así a una mejor comunicación social.

2) Integra las novedades en el pensamiento social: la dialéctica entre acomodación y asimilación permite mantener la estabilidad del pensamiento social y transforma los nuevos conocimientos en saberes de sentido común.

3) Conformación de las identidades personales y sociales; la expresión y configuración de los grupos: las representaciones sociales comunes están a la base de la configuración de la identidad y conciencia de pertenencia grupal, lo que a su vez proporciona validez a los criterios de actuar de quienes lo conforman. A nivel intergrupal, el tipo de representación social que se posea de otros influirá en la relación que se establezca con ellos. A la vez que su identidad se define por las diferencias con otros.

4) Orientar posturas: las representaciones sociales producen los significados que la gente necesita para comprender, actuar y orientarse en su medio social. Actúan como teorías de la realidad integradas por un conjunto de elementos valorativos que orientan la postura ante un objeto. Como teoría de sentido común, permiten describir, clasificar y explicar fenómenos de las realidades cotidianas, para que el individuo pueda actuar sin dificultades.

5) Aceptación de la realidad instituida: las representaciones sociales permiten al individuo integrarse a las condiciones de la vida social, ocupando en ella una posición determinada. Contribuyen a la legitimación y a la fundación del orden social, lo que ocurre a nivel simbólico como práctico, puesto que suscitan conductas apropiadas y establecidas en la reproducción de las relaciones sociales en un sistema social.

2.2.5. Ventajas y Limitaciones de la Teoría de las Representaciones Sociales³⁴.

Las ventajas de la Teoría de las Representaciones Sociales son:

1. Enfatiza la dimensión social de los procesos cognitivos de los sujetos como formas de interiorización de las ideologías, culturas y prácticas sociales.
2. Articula los procesos cognitivos con los procesos grupales e intergrupales.
3. Intenta examinar operacionalmente el proceso de conocimiento de sentido común.
4. Combina la experiencia de laboratorio con la utilización de encuestas, experiencias de campo y métodos más cualitativo como la observación sistemática.

Las limitaciones del modelo teórico:

1. El modelo original de Moscovici es poco explícito y puede englobar investigaciones que se centran en creencias o imágenes sin explicar elementos teóricos distintivos ni operacionalizables.
2. Se argumenta que este modelo exagera la coherencia y la capacidad cognitiva del hombre de la calle. Intenta dejar de lado el carácter incompleto, fragmentario y

³⁴ Paéz, 1987.

contradictorio del sentido común reconstruyendo estructuras simbólicas excesivamente coherentes.

3. Está constituida por un conjunto de falacias conceptuales. Incurrir en una circularidad explicativa³⁵, es decir, explica una representación social en base al grupo que al contiene y a éste como portador de la representación social; así, esta teoría es tautológica.
4. Es un concepto de escasa utilidad para las ciencias sociales, ya que no aporta nada nuevo en relación a los conceptos que ya están disponibles, tales como actitud, sistemas de creencias, de ideología o los diversos conceptos que han sido elaborados desde el cognitivismo social³⁶.

2.2.6. Representación Social del SIDA

En este estudio, se entenderá como Representación Social del SIDA de los Estudiantes del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso, la realidad reconstruida de un objeto social, a través de la experiencia en el discurso social. Así, poseen conocimientos, actitudes, y modelos de acción que ayudan a guiar las interacciones sociales frente a los contagiados y enfermos de SIDA. De esta manera el presente estudio intenta conocer esta Representación Social del SIDA.

A continuación, se mencionan algunos postulados de las Representaciones Sociales del SIDA propuestos por diversos autores, con el fin de conocer características generales de esta.

³⁵ Potter y Wetherell, en Ibañez, 1988.

³⁶ Ibañez, 1988.

La Representación Social del SIDA posee sus propios contenidos previamente seleccionados, basados en una ideología occidental. Esta representación al igual que las representaciones sociales de la salud y enfermedad, es una combinación de creencias culturales y elementos de conocimientos cuasi-científicos³⁷.

El conocimiento acerca del SIDA es seleccionado y descontextualizado del ámbito médico al social, el cual se centra sobre algunas informaciones particulares (enfermedad, contagio, discriminación, control y prevención), y, a su vez, se asocian con ciertos grupos (conservadores, liberales, drogadictos, promiscuos, homosexuales y jóvenes)³⁸.

Se ha observado que la representación social del SIDA reproduce ciertos aspectos de las enfermedades epidémicas del pasado, reuniendo las dimensiones del cáncer y de la representación social de la sífilis³⁹. Esta última se parece al del SIDA, ya que son enfermedades sexualmente contagiosas, que se asocian a elementos vitales como: la sangre, el semen, el sexo, la reproducción biológica y la muerte. Sin embargo, existen diferencias entre ambas; la representación social del SIDA no posee las connotaciones que tenía la representación social de la sífilis en el siglo pasado, aunque existen elementos asociados como la xenofobia, la defensa moral de la familia y los valores clásicos en dichas representaciones⁴⁰. Además, la representación dominante del SIDA se basa en la búsqueda de una solución científica y no sociopolítica. Y por último, las Representaciones Sociales del SIDA en el plano de la prevención optan por la responsabilidad individual en vez de medidas gubernamentales⁴¹.

³⁷ Elejabarrieta, 1986.

³⁸ Páez, 1994.

³⁹ Pollak, 1998.

⁴⁰ Páez, Ubillos, Paicheler, 1994.

⁴¹ Pollak, 1998.

La creencia de un mundo justo, en el que cada uno recibe lo que se merece, es una ilusión ideológica de la población occidental⁴², la cual le atribuye al sujeto la capacidad de controlar su mundo social; por lo tanto, el contagio del SIDA sería responsabilidad de quién lo adquiere, más aún, si es homosexual o tienen una vida promiscua. Además, esto se asocia a reacciones emocionales negativas y a una menor tendencia a ayudar al enfermo.

En el estudio realizado por Páez y colaboradores sobre una muestra de sujetos entre 15 y 74 años de la comunidad Vasca⁴³, se propone el siguiente núcleo figurativo del SIDA, el que estaría compuesto por dos posiciones ideológicas: una posición conservadora, definida por un discurso moral abstracto que asocia al SIDA como una desviación social; y una posición liberal, definida por el discurso médico que asocia al SIDA con la falta de defensas del organismo y con el desarrollo de la sociedad moderna. A estas posiciones ideológicas corresponderían luego dos posiciones sociales: una marginadora, con una marcada distancia social entre la población general y los grupos de riesgo, siendo la medida preventiva básica la evitación del contacto con grupos de riesgo; y la otra posición es integradora, en la cual existe una noción de proximidad con los grupos de riesgo, con una extensión del peligro de contagio a toda la población, siendo la medida de prevención más importante la higiene sexual.

En otras investigaciones realizadas en España, en EE.UU. y en Francia; se observa que los sujetos comunes clasificaban al SIDA como una enfermedad de transmisión casual y de alta contagiosidad. Los sujetos utilizan las características y los mecanismos de transmisión de enfermedades infantiles comunes como base de su conocimiento sobre las

⁴² Páez, Villareal, Echebarría, Valencia, 1987.

⁴³ Páez y col., 1991.

enfermedades contagiosas. Una interpretación razonable de estos resultados es que el SIDA como enfermedad nueva se ha asimilado dentro de las representaciones sociales como una enfermedad contagiosa⁴⁴.

Ahora bien, en Chile a partir de una muestra de funcionarios del Servicio de Salud Metropolitano Sur de Santiago, se establecen dos representaciones sociales del SIDA: la primera se asocia con un grupo que presenta actitudes de poca tolerancia y rechazo hacia los enfermos de SIDA y a los grupos de riesgo tradicionales, con sentimientos de temor, repulsión y miedo, lo que los conduce a mantener distancia con este objeto representacional; además, se caracteriza por tener una menor cercanía y contacto con estos enfermos y con los grupos de riesgo. La segunda, se asocia a una actitud más neutral frente a los enfermos y grupos de riesgo, relacionada con confianza y aceptación, lo cual da lugar a disposiciones y conductas tendientes a mantener proximidad con este objeto representacional y los grupos de riesgo⁴⁵.

⁴⁴ Páez y col., 1994.

⁴⁵ Barrientos y Morales, 1996.

2.3. Estudiantes del Área de la Salud

El SIDA se ha planteado como “tres epidemias interrelacionadas”. Primero, tenemos la propagación del VIH en el mundo, que se puede contra atacar con la prevención; segundo, la aparición de enfermos de SIDA, que requiere de una atención integral y la integración de los afectados a la sociedad; y tercero, se encuentran los efectos sociales adversos de la infección para lo que se necesita fomentar conciencia, organizar a la comunidad y desarrollar iniciativas legales, que promueva la solidaridad con los enfermos y quienes les rodean⁴⁶.

Ahora bien, en el área de la atención integral se hace referencia a profesionales del ámbito médico, psicológico y social, para lo cual entenderemos como Profesional del Área de la Salud a: “los encargados de promover la salud, prevenir enfermedades, reparar la salud perdida y rehabilitar a las personas que han quedado con daños físicos, psíquicos, emocionales y sociales a consecuencia de una enfermedad. Para ello se necesitan tanto conocimientos y tecnología, como destrezas personales hacia los individuos y su comunidad, lo cual determina la calidad de la atención entregada”⁴⁷. No sólo realizan estas acciones al momento de brindar atención, sino que además, tienen la labor de educar a la población, con el objeto que las efectúen. De esta manera, incentivan el autocuidado⁴⁸.

El trabajo multidisciplinario es necesario debido a que el SIDA es una enfermedad con características biopsicosociales, lo que implica una serie de problemas fisiológicos por la indefensión del organismo ante cualquier tipo de infección.

⁴⁶ Mann en CONASIDA, 1994.

⁴⁷ Goic, 1993.

En el ámbito psicológico, se alude a asumir una enfermedad que no se conoce acabadamente y obliga a enfrentar la concretización de una muerte lenta y el deterioro de las relaciones interpersonales. Con respecto a lo social, existe una carga emocional negativa hacia las personas afectadas con esta enfermedad, lo que involucra un cambio en la posición social. No se pueden pasar por alto los costos económicos que implican tener SIDA, tanto por el hecho de alimentarse bien y tomar medicamentos, como por la pérdida habitual de empleo⁴⁹.

Para la presente investigación se define como Estudiantes del Área de la Salud a aquellos alumnos que cursan el último año académico de las carreras de Medicina, Enfermería y Obstetricia, Servicio Social y Psicología. Estos alumnos han adquirido los conocimientos suficientes en torno a su futura labor profesional en el ámbito de la salud, pero que aún no han efectuado su práctica profesional.

La relevancia de estos agentes sociales para el presente estudio se encuentra en el contexto de su futura labor profesional, pues ellos atenderán en distintos niveles y áreas a personas contagiadas y enfermas de SIDA, sus familiares y amigos.

Todos y cada uno de estos alumnos se desempeñará en el ámbito de la salud a partir de su profesión, la cual no debe funcionar al margen de las otras. Es así como estos estudiantes se enfrentarán una realidad poco conocida en este país y es sólo a través del trabajo multidisciplinario que se logrará ofrecer una atención eficaz, efectiva y de alta calidad.

⁴⁸ Campos, 1985.

⁴⁹ Macks, 1987.

METODOLOGÍA

CAPÍTULO III

3.1. Perspectiva Metodológica

Se observa que existe un desacuerdo respecto a los métodos a utilizar en una investigación, el cual se centra en la diferencia entre los métodos cuantitativos y cualitativos. El primero, se basa en el positivismo lógico que busca los hechos o causas de los fenómenos sociales, dejando de lado los estados subjetivos de los individuos. Además, posee una concepción hipotético deductiva, particularista, objetiva, orientada a los resultados y es propia de las ciencias naturales. El segundo, se interesa en comprender la conducta del ser humano desde el marco de referencia de quién actúa; se fundamenta en la realidad, orientado a los descubrimientos y al proceso descriptivo e inductivo, propio de la antropología⁵⁰.

A pesar de las diferencias mencionadas entre ambas perspectivas, no existe la necesidad de una división estricta entre ellas, ya que empleadas en conjunto y con el mismo propósito, son capaces de potenciarse mutuamente, y brindar percepciones que ninguna de las dos podría conseguir por separado.

De esta manera es posible corregir los inevitables sesgos presentes en cualquier método. Más aún, toda medición se fundamenta en una serie de suposiciones cualitativas acerca de la naturaleza del instrumento de medida y de la realidad evaluada.

⁵⁰ Bodgan y Taylor, en Cook y Reichardt, 1986.

Del mismo modo, el conocimiento cualitativo puede beneficiarse del conocimiento cuantitativo. Lejos de ser antagónicos, estos conocimientos resultan complementarios y operan bien juntos.

Para el presente estudio se utilizaron las dos modalidades metodológicas, de manera de lograr un acercamiento real y enriquecido a las Representaciones Sociales del SIDA que poseen los estudiantes del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso.

Gracias a lo anterior, se pudo acceder a los contenidos de las Representaciones Sociales del SIDA a través de dos instrumentos de recolección de datos, el cuestionario y el grupo focal. El cuestionario permite obtener información estadística acerca de las tendencias de información, actitud y comportamiento de los estudiantes, siendo un aporte a la riqueza de hallazgos que ofrece el grupo focal. Este último al estar compuesto de preguntas abiertas, permite conocer en profundidad las opiniones, creencias, valores, actitudes y, por sobre todo, es capaz de entregar el componente más importante de las Representaciones Sociales: el núcleo figurativo y su imagen. Así, es posible describir e inferir el objeto de estudio planteado.

3.1.1. Tipo de Estudio

Para efectos de la presente investigación se utilizaron metodologías cualitativas y cuantitativas, siendo este estudio de carácter descriptivo, exploratorio, no experimental y transversal.

Es descriptivo y exploratorio, ya que intenta aumentar el grado de familiaridad con el fenómeno de las Representaciones Sociales del SIDA que poseen los estudiantes del

Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso; recopilando datos acerca de este tema como objeto social.

Por otra parte, es cuali-cuantitativo pues realiza un acercamiento a la realidad a través de dos métodos de recolección de datos, el cuestionario y el grupo focal. Con ello, se obtiene información tanto descriptiva como inferencial de las Representaciones Sociales del SIDA de la muestra⁵¹.

Además, es un estudio no experimental, pues se realiza sin manipulación intencionada de variables y, además, observa los fenómenos tal y como se presentan en su contexto natural para después analizarlos⁵².

Por último, se trata de un estudio transversal⁵³, ya que los datos recolectados se observan, por una vez, en un momento determinado.

3.1.2. Campo de estudio

Se determinó como campo de estudio para la siguiente investigación el concepto de Representación Social del SIDA.

Para ello, se entenderá como Representación Social del SIDA al conocimiento práctico obtenido de experiencias e informaciones, que comanda la manera de percibir y reconstruir la realidad; este conocimiento es elaborado y compartido por un grupo social determinado.

⁵¹ Martínez y García, 1992.

⁵² Hernández, 1991.

⁵³ Hernández, 1991.

Las Representaciones Sociales se estructuran a partir de tres elementos: Actitud, Información y Núcleo Figurativo; los cuales entenderemos como:

Actitud: es la dimensión afectiva que expresa la orientación evaluativa, positiva o negativa, hacia el SIDA. Esto otorga a las Representaciones Sociales un carácter dinamizador y orientador de conductas.

Información: conjunto de nociones y conocimientos que se poseen del SIDA.

Núcleo Figurativo: organización interna y jerarquizada que adoptan los elementos informativos sobre el SIDA.

3.2. Diseño de la Investigación

Este diseño emplea conjuntamente las metodologías cualitativas y cuantitativas para alcanzar una profundidad de percepción que ninguna podría proporcionar por sí sola, para lograr la inferencia y descripción del objeto social del SIDA.

3.2.1 Producción de Datos: Cuestionario y Grupo Focal

3.2.1.1. El Cuestionario

Un procedimiento de recolección de datos es el Cuestionario. Este consiste en preguntas respecto a una o más variables a medir. El contenido de ellas depende de los aspectos que pretenda medir, y se pueden utilizar preguntas de tipo cerrada o abiertas; las

primeras contienen categorías o alternativas de respuesta que han sido delimitadas y pueden ser dicotómicas o incluir varias alternativas de respuesta.

El cuestionario a utilizar en el presente estudio fue desarrollado por Darío Páez y col. en 1989 en el País Vasco. La encuesta a la base de este cuestionario, fue realizada en el primer semestre de 1988 a una muestra de 813 sujetos⁵⁴.

A la mitad de ellos se le pidió que respondieran una versión larga de la entrevista cuestionario, en la que se integran preguntas sobre emociones sentidas, impulsos emotivos y nivel de contacto social con drogadictos y homosexuales. A todos los sujetos se les hicieron cinco preguntas abiertas: ¿qué cree que es el SIDA?, ¿a qué tipo de personas cree que afecta?, ¿cómo se contagia?, ¿qué medidas preventivas utiliza contra el SIDA?, ¿tiene relación con personas que corren el riesgo de estar contagiadas por el SIDA?. Estas preguntas abiertas buscaban examinar la información más accesible, el recuerdo libre con indicadores. La respuesta era anotada por el encuestador; a partir de las cien primeras encuestas, y con la participación de los doce encuestadores, se creó una categorización exhaustiva e inclusiva de esas respuestas. Una prueba de fiabilidad sobre una submuestra de 20 encuestas mostró un porcentaje de acuerdo superior al 70% en todas las categorías. A continuación, cada encuestador codificó sus repuestas consultando las dudas con los jefes de campo.

La parte cerrada de la encuesta constaba de: a) cinco ítems sobre causas del SIDA; b) siete ítems sobre qué grupos afecta; c) ocho ítems sobre vías de contagio; d) dos preguntas sobre el grado de riesgo personal de adquirir SIDA y de una persona conviviendo con un seropositivo; e) ocho ítems sobre medidas preventivas de seropositivos; f) seis ítems sobre a quién debe comunicar su enfermedad el enfermo; g) un

⁵⁴ Páez y col., 1991.

diferencial semántico de sentimientos sobre el SIDA, que abarca tanto aspectos afectivos como evaluativos en trece ítems; h) nueve ítems sobre reacciones si un amigo tuviera el SIDA; i) una escala de distancia social de Bogardus ante los seropositivos y dos ítems de distancia social; j) reacciones si la pareja adquiriera el SIDA, cinco ítems; k) precauciones de higiene sexual si la pareja tuviera SIDA, seis ítems; l) medidas preventivas personales ante el SIDA, siete ítems. Se asegura completo anonimato en el cuestionario.

Dicha escala fue modificada al ser administrada a una muestra de trabajadores del servicio de salud sur de Santiago⁵⁵. Las modificaciones estaban en relación con ciertos términos utilizados al momento de exponer algunos conceptos. Una de ellas hace referencia a la homosexualidad que se describe como “personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo”.

3.2.1.2. El Grupo Focal

El Grupo Focal es una instancia de conversación grupal, en la que los participantes hablan acerca de un tema específico.

Como técnica cualitativa los grupos focales se han utilizado para conocer las inquietudes y opiniones de una población determinada a través de preguntas abiertas y no dirigidas, que permitan la libre expresión de los entrevistados.

⁵⁵ Barrientos y Morales, 1996.

McKillip⁵⁶ propone los requerimientos adecuados para una aplicación efectiva de esta técnica:

- 1) Una pareja de moderadores responsable de conducir la discusión, ellos deben estar familiarizados con el fenómeno que se está investigando.
- 2) Los grupos deben establecerse entre 8 y 12 personas representativas de la población. Los grupos deben ser homogéneos para que la conversación y el intercambio se vea favorecido.
- 3) Formular claramente 2 o 3 temas fundamentales de conversación, éstas formulaciones deben reflejar las dimensiones que se desea investigar.
- 4) Las sesiones de conversación deben durar entre 90 minutos y 2 horas. La sesión completa debe ser grabada para su análisis posterior.
- 5) El moderador debe establecer como regla la libre expresión tanto de ideas como de sentimientos en la conversación; además, la tarea del moderador es focalizar la atención de los participantes en sus sentimientos e ideas acerca de los temas en discusión. El moderador debe estimular a que las personas hablen en primera persona, mantener el énfasis en la expresión y el intercambio tanto de opiniones como emociones, evitando el debate y la confrontación, y manteniendo los límites del tema planteado. Si las circunstancias lo ameritan, el moderador puede hacer preguntas aclaratorias o estimular la exploración de detalles, con el fin de lograr una mayor profundidad y especificidad en la información proporcionada por los participantes.

⁵⁶ En Aguayo y col., 1998.

3.2.2 Diseño Muestral

3.2.2.1. Unidades de Investigación

Considerando la pregunta ¿Cuál es la Representación Social del SIDA de los Estudiantes de las carreras del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso?, en el contexto del Cuestionario y el Grupo Focal, se define como muestra:

a)Unidad de Estudio: Estudiantes de las Carreras del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso, es decir, estudiantes de Medicina, Enfermería y Obstetricia, Servicio Social y Psicología.

Estos alumnos fueron seleccionados bajo el criterio de poseer los conocimientos básicos respecto a su futuro laboral en el campo de la salud y estar sólo a pasos de comenzar allí su labor. Son alumnos que han “aprendido un conjunto de actos determinados a promover la salud, prevenir enfermedades, reparar la salud perdida y rehabilitar a las personas que han quedado con dañados físicos, psíquicos, económicos y sociales a consecuencia de una enfermedad”⁵⁷.

b)Unidad de muestreo: se conformó por los alumnos que cursaban el último año académico de sus respectivas carreras. El universo total es de 165 alumnos, de ambos sexos. De ellos fueron encuestados 153, es decir, el 92,1% de la muestra. Se produjo una mortandad del 7,2%.

⁵⁷ Goic, 1993.

De estos alumnos el 85,4% se encontraban en rango de edad de 20 a 25 años, el 11,9% entre los 26 a 30 años y el 2,6% de 31 años o más. Según las carreras a las cuales pertenecían se distribuían de la siguiente manera: 43 alumnos de Medicina, 46 alumnos de Enfermería y Obstetricia, Servicio Social y Psicología con 38 alumnos cada una.

De la muestra del cuestionario, se seleccionaron para el grupo focal 16 estudiantes del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso interesados en participar de forma voluntaria. De los cuales confirmaron 8 estudiantes.

3.2.2.2. Procedimiento de Muestreo

Una vez definida la unidad de estudio, o sea, el universo de los estudiantes del último año académico de las carreras del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso, se hicieron los contactos a través de la Escuela de Psicología con los directores de las carreras implicadas en esta investigación. Se les envió cartas solicitando su autorización y colaboración en este estudio.

Posteriormente, las investigadoras se entrevistaron con cada uno de ellos, para acordar el día y la hora en que podría ser aplicado el cuestionario a los estudiantes.

De esta forma, el cuestionario fue aplicado a 40 estudiantes de Medicina, 33 de Servicio Social, 36 de Psicología y 44 de Enfermería y Obstetricia.

Ahora bien, el mismo día en que se aplicó el cuestionario, se invitó a algunos de los estudiantes de las diversas carreras a participar en el grupo focal, que se realizaría un mes después. Se les solicitó el número de teléfono para hacer el contacto posteriormente.

Se entrevistó a cada sujeto seleccionado para motivar su participación, de los 16 estudiantes seleccionados (4 por carrera), finalmente se pudo contar con 8 de ellos, que asistieron efectivamente el día y hora en que se realizó el grupo focal.

3.3. Procedimiento de Recolección de Datos

Una vez establecida la muestra se procedió a aplicar el cuestionario en las diferentes Escuelas el día y hora acordados con anterioridad. A todos los estudiantes se les dió la misma instrucción: “este es un cuestionario anónimo, no hay respuestas correctas o incorrectas, por favor respondan todas las preguntas”, finalmente se les agradeció su colaboración resaltando la confidencialidad del estudio.

Posteriormente, se realizó el grupo focal en la Escuela de Psicología de la Universidad de Valparaíso. Al inicio de la reunión las conductoras se presentaron y agradecieron a los participantes su asistencia, se les explicó el tema a tratar poniendo énfasis en que son muy importantes las opiniones de todos. Se les comunicó que la reunión tendría una duración de 90 minutos. Por último, se señaló que la sesión será grabada y que se utilizará sólo para fines de la investigación.

El tema en discusión fue la Representación Social del SIDA, el cual fue abordado desde las siguientes categorías de recolección de datos:

- 1) Concepción general del SIDA: se tratan de recopilar los conocimientos, creencias, opiniones y mitos que poseen los estudiantes en relación al SIDA. Para ello, se planteó la siguiente pregunta: *¿Qué es el SIDA?*

- 2) Medidas de Prevención: se intenta conocer cuáles son las medidas de prevención que utilizan los estudiantes y qué posturas tienen frente a éstas. En este caso la pregunta es: *¿Qué medidas de prevención conocen?*
- 3) Mecanismos de Contagio: Se intenta conocer los mecanismos de contagio y averiguar las emociones que poseen los estudiantes cuando se ven enfrentados al riesgo de contraer el SIDA; entonces es importante plantear la siguiente pregunta: *¿Cuáles son los mecanismos de transmisión del SIDA?*
- 4) Contacto Personal con un Enfermo de SIDA: se intenta descubrir la actitud más o menos favorable y el grado de cercanía que tienen los estudiantes respecto a una persona con VIH/SIDA. La pregunta en este caso es: *¿Conocen a alguien que tenga SIDA?*
- 5) Atención de los Pacientes con SIDA: se intenta conocer la percepción que los estudiantes tienen de la atención de los pacientes con SIDA en Chile, y cuál será su postura en relación a esta como futuros profesionales. La pregunta es: *¿Cómo creen que es la atención a los pacientes con SIDA en Chile?*
- 6) Hablar de SIDA: se indagan las sensaciones, emociones e imágenes que se generan al conversar de SIDA. En este caso la pregunta es: *¿Qué sienten al hablar de SIDA?*

3.4. Técnicas de Análisis de Datos

Los datos obtenidos a través de los instrumentos señalados fueron procesados por diferentes técnicas de análisis según la naturaleza de ellos.

3.4.1. El Cuestionario

Las técnicas utilizadas en el cuestionario son el Paquete Estadístico para las Ciencias Sociales, SPSS, y el Sistema de Análisis Multidimensional para Datos Números versión N°3, SPADN-3⁵⁸. Ambos permiten el procesamiento estadístico de una o más variables de modo de hacer una descripción simultánea de ellas. Este tipo de estadística permite describir, visualizar y hacer una síntesis de observaciones realizadas sobre una población o muestra, sin utilizar el cálculo de las probabilidades. Esta metodología se desarrolló principalmente en Francia en el período entre 1960-1980.

El procedimiento para realizar el ingreso de datos a los paquetes estadísticos comienza con la identificación de cada cuestionario con un número. Luego se establece un sistema de codificación de las modalidades de respuesta de cada ítem del cuestionario. Se hace ingreso de los valores numéricos a una planilla de doble entrada - líneas x columnas- denominada tabla de datos, en este caso, sujeto por respuesta⁵⁹.

En primera instancia, el SPSS permite observar valores ausentes, leer datos y realizar cálculos⁶⁰. Para fines de esta investigación, se obtuvieron las frecuencias de las respuestas en porcentajes de manera de describir cuál (es) fueron las más escogidas, las omitidas y las menos escogidas.

En segunda instancia, el SPADN-3 ofrece ventajas en la interpretación del grado de asociación entre variables categóricas -cualitativas- que poseen un número limitado de modalidades de respuesta por ítem. Este programa se basa en el Análisis de Correspondencias Múltiples, que permite visualizar mediante proyecciones sobre planos las proximidades entre variables.

⁵⁸ Crivinsqui, 1997.

⁵⁹ Crivinsqui, 1997.

⁶⁰ Vivanco, 1994.

Los datos codificados se entregan en formato gráfico, en el cual es posible de observar los distintos planos de los datos que se organizan en torno a ejes o factores. La representación obtenida de los datos ocurre en un espacio de múltiples dimensiones, es decir, los resultados, los datos graficados en el espacio, no se encuentran en uno o dos planos, sino en un universo multidimensional. Por lo tanto, lo que los gráficos muestran son cortes transversales de un cúmulo de datos. Esto permite observar y dar nombre a los ejes que dividen estos gráficos.

Por último, permiten relacionar características (respuestas o variables) escogidas para así entregar tipologías configuradas a partir de dichas características.

El Análisis de Correspondencias Múltiples entrega un “tipo de resultados que tiene un carácter meramente descriptivo del colectivo estudiado, siendo especialmente idóneo para aplicarlo a situaciones donde sean pocas o ninguna las hipótesis previas de trabajo y se requiera un análisis exploratorio de la situación a tratar, con el fin de establecer los puntos de partida de análisis posteriores...”⁶¹.

3.4.2. El Grupo Focal

La técnica utilizada para el análisis del Grupo Focal es el Análisis de Contenido. Krippendorff la define como: “una técnica de investigación para hacer inferencias válidas y confiables de datos con respecto a su contexto”⁶². Es una técnica muy útil para analizar los procesos de comunicación en muy diversos contextos.

⁶¹ García, 1984.

⁶² En Aguayo y col.,1998.

El Análisis de Contenido puede ser aplicado a cualquier forma de comunicación como son programas de televisión, libros, poemas, conversaciones, discursos, etc.

Ahora bien, el Análisis de Contenido se efectúa por medio de la identificación de las unidades de análisis, que es el proceso a través del cual las características relevantes del contenido de un mensaje son transformadas a unidades que permitan su descripción y análisis preciso. Lo importante es que el mensaje se convierta en algo susceptible de describir y analizar⁶³.

A continuación se describen los elementos que constituyen el procedimiento estándar del Análisis de Contenido⁶⁴:

- 1) *Los Datos*: es la unidad de análisis de información grabada en un medio resistente y duradero.
- 2) *Unidades de Análisis*: son los elementos de la comunicación en que se va a centrar el análisis.
 - a) Unidades de muestreo: son aquellas porciones de la realidad observada, o de la secuencia de expresiones de la lengua fuente; y se consideran independientes unas de otras.
 - b) Unidades de registro: es el segmento específico de contenido que se caracteriza al situarlo en una categoría determinada.
 - c) Unidades de contexto: fijan los límites a la información contextual que puede incorporarse a la descripción de una unidad de registro. Demarcan aquella porción del material simbólico que debe examinarse para caracterizar la unidad de registro.

⁶³ Hernández, 1991.

⁶⁴ Krippendorf, 1990.

- 3) *Codificación y Categorización de los Datos*: Los datos brutos son sistemáticamente transformados y clasificados en categorías que permiten la descripción precisa de las características importantes del contenido. Y posteriormente, se clasifican las unidades de registro según el criterio establecido en cada investigación.

- 4) *Las Inferencias*: Se trata de formular conclusiones acerca de los temas tratados basándose en los resultados del análisis de datos que se ha realizado.

3.4.3. Procedimiento y Pasos Metodológicos de la Investigación

A continuación se describen los procedimientos que se realizaron tanto en el cuestionario como en el grupo focal. Cabe mencionar que la interpretación de los datos obtenidos se realizó de manera conjunta para así llegar a configurar el Campo Representacional del SIDA

Los pasos metodológicos del Cuestionario se resumen como sigue:

- 1) Aplicación del cuestionario a la muestra seleccionada.
- 2) Codificación de las respuestas del cuestionario.
- 3) Las respuestas codificadas se transcriben en una planilla de datos de dos entradas (sujetos por respuestas).
- 4) Se realiza el análisis de frecuencia de respuesta, a través del programa estadístico SPSS.

- 5) Sobre la base del análisis de frecuencia, se realiza una descripción y se seleccionan según la preponderancia de la información obtenida las preguntas que seguirán el proceso de Análisis Descriptivo.
- 6) Se organizan dos grupos de análisis, para cada uno se efectúa una nueva planilla con los datos que correspondan, procesándolos a través del paquete estadístico para datos cualitativos SPADN-3.
- 7) Sobre la base de los resultados graficados de las relaciones entre las respuestas seleccionadas, se procede a describir los grupos encontrados.

El procedimiento del Grupo Focal es el siguiente:

- 1) Se transcribieron los datos grabados en la cinta de sonido para luego efectuar el análisis de contenido. En las hojas transcritas se identificaron las unidades de registro, segmentos textuales que aluden al tema del SIDA.
- 2) Se procedió a describir el material discursivo que aludía al tema del SIDA.
- 3) Se categorizaron y clasificaron las unidades de registro: se seleccionaron cada uno de los segmentos textuales dentro de las dimensiones de análisis de la teoría de las Representaciones Sociales: Información, Actitud y Campo Representacional.

Sobre la base de los datos obtenidos de los análisis realizados al cuestionario y grupo focal, se realizó la interpretación e inferencias desde la perspectiva de las Representaciones Sociales.

CAPÍTULO IV

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

A continuación se presentan los resultados obtenidos de los 153 cuestionarios respondidos por los alumnos del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso. Más adelante, se presentará la descripción y caracterización del grupo focal.

4.1. Cuestionario

Los resultados de frecuencia de respuesta se obtuvieron gracias al programa estadístico SPSS. Estos fueron los siguientes:

- Pregunta 1: propone 5 causas del SIDA; se contesta en graduaciones cada una de ellas. El ítem con mayor frecuencia de respuesta fue el de “por contagio y transmisión” obteniendo el 86,9%. En segundo lugar, con un 35,3% apunta a “la marginación social”. En tercer lugar, se encuentra “los vicios y degeneración humana”, con un 28,8%. Le siguen “la falta de defensas del organismo” y “el desarrollo de la sociedad moderna” con un 9,2% y un 5,9% respectivamente.
- Pregunta 2: presenta 7 grupos de personas a quienes afecta el SIDA, respondiendo también a modo de graduaciones. Con un 84,3% encontramos “a las personas que tienen muchas parejas sexuales”. Luego se encuentra “personas que ejercen el comercio sexual” con un 76,5%. Le siguen, con un 67,3%, “personas que usan drogas intravenosas” (DI); con un 49,7% “personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo” (PRSMS); con un 46,5% “todos en general”; con un 17,6% “a hemofílicos”, y “a gente de dinero, artistas y famosos”, en último lugar, con un 8,5%.

- Pregunta 3: indaga las vías de transmisión del VIH; propone 8 medios y se debe responder “SÍ” o “NO” a ellas. Primero, se encuentran la “sangre” y el “semen” ambos con un 99,3%; luego “jeringuillas” con un 98%; las “hojas de afeitar” le siguen con un 68,9%; “cepillo de dientes” obtiene un 28,7%; “picadura de mosquitos” un 7,4%; “saliva” un 5,9% y “lágrimas” un 4,6%.
- Pregunta 4: pide al sujeto clasificar cuál es el grado de riesgo que posee de adquirir VIH. El 50% opina no correr riesgo; el 35,3% opina tener un riesgo medio; el 13,7% opina que corre mucho riesgo en adquirir VIH.
- Pregunta 5: propone sentimientos o sensaciones que produce el SIDA. Se muestran 4 pares de sentimientos en un continuo. En primer lugar, con un 81,7% por sobre un 2%, se encuentra “preocupación” sobre “indiferencia”. Segundo, está 56,2% de sentimiento “negativo” por sobre 3,3% de “positivo”. Tercero, encontramos “miedo”, con un 54,3% por sobre un 4,8% de “confianza”. En cuarto lugar, con un 23,5% contra 5,9%, encontramos “repulsión” y “atracción”.
- Pregunta 6: indaga las conductas a realizar en caso de saber de un amigo(a) afectado por SIDA, pudiendo escoger una o más de las propuestas. En primer lugar está “intentaría ayudarlo de algún modo” con un 90,8%. En segundo lugar, con un 29,4%, encontramos “le compadecería”. En tercer lugar “no sé” con un 16,3%. “No haría nada especial” en cuarto lugar, con un 10,5%. “Le aislaría” con un 2,6% en quinto lugar. Por último, con un 1,3% cada una, “no mantendría ningún contacto con él/ella”, “no le hablaría” y “no le tocaría”.

- Pregunta 7: requiere puntuar el riesgo que corre una persona de vivir con un enfermo de SIDA. El 63,4% opina que “ningún riesgo”, el 22,2% un riesgo medio, y el 13,1% opina que “mucho riesgo”.
- Pregunta 8: indaga la aceptación de una persona enferma de SIDA según el grado de cercanía con ella. Las respuestas son “SÍ” o “NO”. En el caso de un “vecino”, se observa un 97,4% de aceptación. En el caso de un “compañero de trabajo” tenemos un 96,7% de aceptación. Un 89,5% en el caso de un “amigo personal”. Un 78,7% si fuera un “compañero de casa o pensión”. Y en caso de ser “esposo/a”, sólo un 28,5% de aceptación. Cabe mencionar que sólo 137 personas de un total de 153, responde este ítem.
- Pregunta 9: apunta a las medidas de precaución que eventualmente utilizaría si supiera o creyera que su pareja está infectada con VIH. Pueden ser escogidas una o más de las opciones. En primer lugar “no mantendría ningún tipo de relación sexual” obtiene un 72,5% de las respuestas. En segundo lugar, con un 30,1%, encontramos “utilizaría preservativos”. En tercer lugar “no sé” obtiene un 15,7%. Con un 6,5% se encuentra, en cuarto lugar, ”mantendría relaciones sexuales sin llegar al coito”. En quinto lugar “utilizaría cualquier tipo de anticonceptivo” obtiene un 3,3%. Por último, con un 2%, se encuentra “no haría nada”.
- Pregunta 10: indaga las conductas que el sujeto realiza para evitar el contagio del SIDA; también puede marcar una o más. La opción con un mayor número de respuestas 62,7% es “mantengo relaciones sexuales con una sola pareja de manera

estable”. Con un 35,3% le sigue, “uso preservativos”. Un 31,4% de las respuestas se concentran en “no comparto jeringuillas”. Un 30,1% obtiene “no tengo relaciones sexuales”. Le sigue “no frecuento lugares habituales de PRSMS, DI y personas que ejercen el comercio sexual”, con un 22,2%. Con porcentajes menores se encuentran “evito los contactos con gente que sospecho puedan tener SIDA”, con un 7,2%; “no bebo del mismo vaso que otra persona” con un 2,6%, “uso anticonceptivos” con un 2%, y con un 1,3% “no comparto del mismo vaso que otra persona”.

- Pregunta 11: a través de una serie de 7 ítems se indaga sobre distintos tipos de actividades y contactos realizados por el sujeto, con PRSMS y con DI (estos últimos fueron excluidos de los análisis debido a su poca ocurrencia en nuestro país). Las opciones de respuesta son “SI” o “NO”. El 65% de las respuestas hablan de haber tenido alguna vez contacto con PRSMS. El 31,3% ha realizado alguna actividad relacionada con “ayudar” a PRSMS. El 18% “visita” a PRSMS y un 16,8% es visitado por ellos. Un 13,6% “ha realizado un hobby” con PRSMS; un 13% “ha tenido contacto íntimo de tipo sexual” y un 8,1% “ha tenido una disputa o pelea” con PRSMS.
- Pregunta 12: pide al sujeto que dé su opinión general acerca de personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo y sobre los drogadictos intravenosos. El modo de respuesta es: 0-50 como desfavorable y 51-100 como favorable. El 62,7% tiene una impresión desfavorable de las personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo (PRSMS), así mismo un 81% en el caso de los drogadictos intravenosos (DI).

- Pregunta 13: intenta conocer el grado de contacto y de aceptación que tiene el sujeto respecto de las personas que tiene relaciones sexuales con otras del mismo sexo y con drogadictos intravenosos:
 - A) En cuanto a “haber tenido el impulso de mantenerse distante” de PRSMS y DI, el 17% de las respuestas apuntan al Acuerdo en ambas, mientras que en Desacuerdo encontramos un 37,9% y 35,9%, respectivamente.
 - B) Luego, “haber tenido el impulso de tener contacto con” PRSMS obtenemos un 9,8% de Acuerdo, en el caso de los DI un 7,8%. En Desacuerdo obtenemos un 60,1% y 58,8%, respectivamente.
 - C) En el ítem “ha sentido el impulso de agredir físicamente a” PRSMS y DI obtenemos un 2,6% en ambas para la clasificación en Acuerdo. En Desacuerdo obtenemos un 85,6% y un 87,6%, respectivamente.
 - D) En cuanto a “ha sentido el impulso de ayudar a”, se observa un 27,5% para PRSMS y un 41,8% para DI de respuestas en Acuerdo. En cambio el 28,8% y el 20,3% de las respuestas son en Desacuerdo para PRSMS y DI, respectivamente.
 - E) Ante el ítem “ha sentido el impulso de atacar verbalmente a” el 5,9% y el 4,6% de las respuestas se adhieren al Acuerdo para PRSMS como DI respectivamente. En Desacuerdo se obtiene un 79,1% para las PRSMS y un 80,4% para DI.
 - F) En el ítem “ha sentido el impulso de conversar con” el 35,3% para PRSMS, y el 34% para DI, de las respuestas están en Acuerdo. El Desacuerdo lo encontramos en el 2% y 18,3% de las respuestas para PRSMS y DI, respectivamente.
 - G) En cuanto a “Ha deseado usted que las/los... se vayan del barrio, población, país”, se obtiene un 8,5% de Acuerdo para las PRSMS y un 13,7 para los DI. En Desacuerdo obtenemos un 72,5% para las PRSMS y un 66,7% para los DI.

- H) Para el ítem “ha deseado usted que las/los... estén en su barrio, población, país” las PRSMS obtienen el 11,8 % y los DI un 9,2% en Acuerdo. En Desacuerdo las PRSMS obtienen un 41,2% y los DI un 46,4%.
- I) Para “se ha dirigido mentalmente de manera hostil con pensamientos ¡¿por qué no se mueren?!, aunque no de manera abierta a”, obtenemos un 22,2% de las respuestas para las PRSMS en Acuerdo y un 7,2% para los DI. Las respuestas en Desacuerdo arrojan un 54,2% para PRSMS y un 62,7% para DI.
- J) Finalmente para “se ha dirigido mentalmente de manera positiva a”, en el caso de las respuestas en Acuerdo, obtenemos un 20,9% para las PRSMS y un 17% para los DI. En el caso de los Desacuerdos, para las PRSMS tenemos un 36,6% de las respuestas y un 35,9% para los DI.
- Pregunta 14: se refiere a la variable sexo, es decir, hombre o mujer. En esta muestra encontramos un 27,5% de hombres y un 72,5% de mujeres.
 - Pregunta 15: variable Edad. En esta muestra encontramos que un 85,4% de la muestra se encuentra en el rango de edad de 20 a 25 años. Luego el 11,9% pertenece al rango de 26 a 30 años de edad y un 2,6% está en el rango de 31 y más años.
 - Pregunta 16: variable carrera. En ella solicitamos al sujeto mencionar la carrera que cursa. En esta muestra el 21,7% de los sujetos pertenecía a la carrera de Servicio Social, el 26,3% a la carrera de Medicina, el 23% a la carrera de Psicología y el 28,8% a Enfermería y Obstetricia.

De lo anterior, se describe que los jóvenes reconocen como principal causa del SIDA el contagio y transmisión de la enfermedad, así como que afecta mayormente a personas con muchas parejas sexuales y a aquellas que ejercen el comercio sexual.

En cuanto a los modos de transmisión no existen dudas sobre la capacidad que poseen tanto la sangre, el semen y las jeringuillas como principales medios en el riesgo de adquirir VIH.

Se destaca que la mayor parte de la muestra encuestada no se percibe en riesgo de adquirir el VIH; por otra parte, existen sentimientos de preocupación, miedo y negativismo frente a esta enfermedad.

En el caso de tener un amigo (a) con SIDA, su actuar está en relación con ayudarlo. Además, no encuentran mayor peligro en vivir con un enfermo de SIDA. Ahora bien, la aceptación se relaciona directamente con el grado de cercanía física que posean con el infectado, así en el caso de mayor aceptación se encuentra el vecino por sobre el compañero de trabajo o amigo personal; cabe destacar que la mayoría no acepta a un esposo (a) con SIDA y, más aún, dicho ítem tuvo tal efecto que obtuvo el menor número de respuestas del cuestionario.

Al colocar al encuestado en la situación de saber o creer que su pololo (a) estuviera contagiado con VIH, optarían por no mantener ningún tipo de relación sexual. Ahora bien, la medida que más utilizan los jóvenes para prevenir el contagio del SIDA es mantener relaciones sexuales con una pareja estable.

En el plano de las relaciones interpersonales con personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo, los jóvenes han tenido en su mayoría, algún tipo de contacto social con ellos, a pesar que predomina una impresión desfavorable y de rechazo.

La información obtenida refleja la opinión y conducta de la gran mayoría de la muestra (aproximadamente el 85%). Ahora bien, a pesar de la homogeneidad de los resultados observamos personas que se conducen de manera distinta (aproximadamente el 15%). Para recopilar información acerca de ellos se realizaron dos análisis de correspondencia múltiples utilizando para ello el SPADN-3⁶⁵.

Continuación se presenta el primer análisis:

Análisis N°1

Pregunta 3: Vías de transmisión del VIH.

Pregunta 4: Grado de riesgo personal de adquirir VIH.

Pregunta 8: Aceptación de enfermo de SIDA según grado de cercanía.

Pregunta 9: Medidas que tomaría la persona si su pololo (a) está infectado (a) con SIDA.

Pregunta 10: Medidas que toma para prevenir el contagio de SIDA.

Estas preguntas fueron escogidas para observar tanto el conocimiento que poseen de las vías de transmisión y ver que relación tiene con las medidas preventivas a seguir y las que ya realiza, además para ver qué actitud tienen hacia los infectados de SIDA, a pesar de la información que poseen de su transmisión. Por último, se intenta ver la relación entre las medidas de precaución que toman y el riesgo de adquirir VIH que creen tener.

⁶⁵ Para mayor información respecto del procesamiento de datos del SPAN-3 revisar "Apartado Tesis Representaciones Sociales del SIDA"

Los gráficos obtenidos permiten describir dos ejes principales. El eje 1 se refiere a la Actitud positiva/negativa y el eje 2 a la Información correcta/incorrecta, que posee la muestra encuestada. En los distintos cuadrantes, que son divididos por estos ejes, es posible apreciar grupos de sujetos con ciertas características. Estos grupos son:

Grupo 1: Estos sujetos muestran una actitud negativa, de rechazo, hacia personas con SIDA; toman medidas preventivas extremas y no están, necesariamente, bien informados.

Grupo2: Poseen una actitud más positiva hacia sujetos con SIDA; están mal informados y toman medidas preventivas incorrectas.

Grupo3: Estos sujetos están mal informados o desinformados, pero son conscientes de esta situación.

Grupo 4: Poseen información correcta y tienen una autopercepción de riesgo mediano de adquirir VIH. No contestan a preguntas relacionadas con actitud.

Grupo 5: Están bien informados y utilizan medidas preventivas correctas, más no develan una actitud clara.

Grupo 6: Están desinformados sobre el SIDA y su actitud es positiva.

Se describe de este análisis que a menor información sobre las vías de transmisión del VIH, se observa una actitud más positiva frente a personas con SIDA; sin embargo, no es posible determinar que suceda lo contrario.

Análisis N°2

Pregunta 1: Causas del SIDA.

Pregunta 2: A quiénes afecta el SIDA.

Pregunta 4: Grado de riesgo personal de adquirir VIH.

Pregunta 10: Medidas que toma para prevenir el contagio de SIDA.

Estas preguntas fueron escogidas con el objetivo de observar qué información poseen sobre las causas del SIDA y a quiénes afecta, relacionándolo con el riesgo personal para ver si se identifican como grupo de riesgo y, finalmente, conocer cuáles medidas preventivas están utilizando para prevenir el SIDA.

Aquí destacan el eje 1 como tipología definida/no definida, el eje 2 como contestan/no contestan, y el eje 3 como percepción de riesgo nada/mucho. En los distintos cuadrantes se observan los siguientes grupos:

Grupo 7: Poseen una tipología clara acerca de a quiénes afecta el SIDA; así, clasifican y tienen prejuicios que les hacen tomar medidas extremas de prevención.

Grupo 8: No poseen una tipología clara y manejan información incorrecta sobre a quiénes afecta el SIDA, así como utilizan medidas de prevención erróneas para evitar el contagio de esta enfermedad. Además poseen una percepción de riesgo bajo.

Grupo 9: Poseen una tipología no muy clara y una percepción de riesgo medio de adquirir VIH.

Grupo 10: Este grupo no contesta en relación con la información sobre las causas del SIDA y a quiénes éste afecta.

Se observa que aquellas personas que tienen una tipología clara del grupo de riesgo de contagio de VIH, toman medidas de prevención extremas.

4.2. Descripción del Grupo Focal⁶⁶

A continuación se describe la conversación realizada a los estudiantes de las carreras del Área de la Salud:

Los estudiantes saben que el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual producida por un virus; que es un síndrome que tiene toda una parte médica, además es una enfermedad mortal, ya que aún no se descubre una vacuna efectiva contra esta epidemia, por lo que hay que tratar de evitarla de alguna manera.

Consideran que el SIDA tiene muchas más aristas de las que a veces uno puede ver, en ese sentido postulan que esta infección tendría la misma connotación de una enfermedad mental cargada de mitos, especulaciones y desconocimiento.

Plantean que se estigmatiza al enfermo de SIDA y que cuesta sacarse la predisposición negativa en relación con estas personas.

Algunos piensan que se ha construido el SIDA como otro ente, algo malo que posee al hombre y que lo transforma en alguien distinto. El que tiene esta enfermedad muchas veces pasa a ser alguien malo puede ser una prostituta u homosexual, una persona que

⁶⁶ Para mayor información acerca de la transcripción de los datos, revisar "Apartado Tesis Representaciones Sociales del SIDA"

no se comportaba bien y por algo contrajo la enfermedad, es como el mal que castiga al mal hombre.

Otros piensan que el SIDA es una enfermedad rara y que se excluye a las personas que la padecen, tengan éstas o no un camino pecaminoso, puede ser un cura, pero tiene SIDA.

Esta infección les genera un sentimiento de temor y lejanía, es como una enfermedad que se ve en la TV solamente.

Cuando se les preguntó acerca de las medidas de prevención de dicha epidemia, ellos mencionaron: preservativo, pareja única (siempre y cuando uno tenga la certeza de que el otro no está contagiado) y abstinencia. Además, algunos plantearon que la mejor forma de prevenir el SIDA es mantenerse informados.

Ahora bien, en relación con los medios de transmisión saben que la manera de contraer la enfermedad es a través de las relaciones sexuales, transfusiones de sangre, jeringas contaminadas y de la madre infectada al hijo. Algunos han escuchado que la saliva también transmite el SIDA. Otros piensan que el virus está presente en todos los fluidos del cuerpo, excepto en la saliva. Plantean también que la infección se transmitiría a través del sexo oral y anal, este último sería incluso más riesgoso.

Ellos consideran que es bastante lo que saben respecto de cómo prevenir el SIDA, sin embargo, creen que la información que manejan es superficial y poco técnica; que los reclames de SIDA chilenos son pésimos y que hace tiempo que no aparecen en la televisión. También creen que la información no basta, que el prevenir el SIDA es más bien una cuestión de actitud.

Saben que deben tomar las medidas preventivas adecuadas para tener relaciones sexuales tranquilas y sin preocupación, pero al mismo tiempo ven el SIDA como algo tan

lejano, que para algunos sería complicado pedirle a su pareja el examen del SIDA, y más difícil aún sería hacérselo ellos mismos, porque implicaría que tienen la posibilidad de tener dicha enfermedad; entonces, toman conciencia que ellos también pueden infectarse, y eso les causa tal temor que creen que negando el problema y no haciéndose el examen no se van a enfermar.

Para algunos el pedir el examen a alguien que recién conocen sería ofensivo, además señalan que existe un inconveniente en esta petición, ya que las relaciones sexuales no se programan; en ese sentido encuentran que hay que andar con los profilácticos bajo la manga si van a tener relaciones con más de una persona, y que la petición del examen les cuadra más con una pareja estable. Otros creen que habría que pedirle el examen con mayor razón a alguien que no conocen, porque habría mayor riesgo de contraer el SIDA, a raíz de esto se plantea que la confianza o el grado de conocimiento de la pareja no es garantía de estar a salvo de esta epidemia.

Transcurre la conversación, y se aborda el tema de los roles sexuales, se cuestiona que la mujer tome la iniciativa en la relación, es catalogada de promiscua y "caliente"; pero al mismo tiempo es la mujer la que toma en sus manos la responsabilidad de la prevención en la pareja al insistir que el hombre se ponga el condón.

Ellos también critican los spots de SIDA que aparecían en la televisión, dicen que son campañas que tratan de sensibilizar a la gente a través del miedo y del terror, porque hay instituciones que no van a permitir un tipo de publicidad más directa. Al respecto señalan que la propaganda adecuada debería estar apoyada por criterios médicos y sociales; y que el SIDA debería ser tratado como un problema clínico y no valórico, que hay que privilegiar la vida antes que problemas políticos. Además, plantean que habría que partir previniendo el SIDA desde la educación temprana.

Plantean que el SIDA está ligado a la educación sexual y que lo único que se enseña en los colegios es genitalidad; que la educación sexual debería ser natural y que la información acerca de SIDA debería ser más directa para que no queden dudas al respecto.

Creen que se estigmatiza demasiado el tema en determinadas instituciones sociales, ya que cada vez que se hable de SIDA va implicar tener que hablar de sexo y homosexualidad, temas que son tabú en nuestro país.

Ellos piensan que la Iglesia Católica ha influido para que no se repartan públicamente condones e incluso ha censurado programas de sexualidad y spots de SIDA, porque éstos se oponen a su forma particular de ver la realidad. Encuentran que la postura de la Iglesia es contradictoria y hasta aberrante, que se preocupan de los que están muriendo y no por prevenir la enfermedad educando a las personas.

Plantean que lo fundamental es que la vida se desarrolle sanamente y que no se puede subordinar la vida a determinados valores en este caso de la Iglesia Católica. Postulan que en la medida en que la Iglesia plantee su visión y no la imponga las cosas van a andar mejor; y que no es posible que una institución que representa a un sector importante de la población tenga el poder para determinar qué es lo más idóneo en un tema que va más allá de lo religioso, de lo moral o ético como es el caso del SIDA.

Les molesta que en esta misma Universidad sea todo "pa' callao", llama a este teléfono y te vamos a informar de SIDA, se preguntan por qué no informan en los afiches publicitarios.

También plantean que el SIDA es mirado feo y que las personas reaccionan de manera especial cuando se enfrentan con un enfermo de SIDA. Algunos sentirían un poco de temor y les daría "nervio" que se pudieran contagiar sin darse cuenta (al tocar una

herida de un infectado por ejemplo). Es tanto el temor a infectarse que se vuelven un poco paranoicos; sin embargo, creen que en la medida que establezcan vínculos con un infectado sería más fácil aceptarlo.

Creen que actualmente existe una política convencional que excluye a los enfermos de SIDA y que ellos como futuros profesionales de la Salud deben hacer este tema un poco más público y aterrizado, que las personas tomen conciencia que el SIDA le puede ocurrir a cualquiera.

Ellos creen que el miedo hacia el SIDA es un miedo que va con todo lo diferente y desconocido: con los locos, deficientes mentales, enfermos terminales e incluso con los homosexuales; algunos manifestaron cierta reticencia hacia este último grupo, mientras que otros encuentran entretenido el conocerlos.

Otro de los temas tratados fue el origen de la enfermedad, algunos creen que los "gringos" inventaron el SIDA para exterminar a los negros y homosexuales, dos grupos que estaban adquiriendo poder en el mundo, y que el SIDA simplemente se les escapó de las manos al hacerse un problema mundial. Esta afirmación causó controversia y extrañeza, mientras unos se adhirieron a esta postura, otros plantearon que hay formas más fáciles y menos peligrosas de eliminar personas que crear el SIDA.

Ninguno ha tenido contacto con un enfermo de SIDA, al menos no conscientemente; creen que mientras más cercana sea la relación con personas infectadas de VIH va cambiando la perspectiva, se les percibe de manera distinta y sin tantos prejuicios.

Ahora bien, la atención a los pacientes con SIDA sería como a cualquier otra persona o enfermo terminal, y utilizarían las debidas precauciones como en el caso de una enfermedad contagiosa.

Consideran que la atención médica en general a los enfermos de SIDA es mala, que prácticamente no los atienden en los hospitales. Mencionan que en Cuba existen sidarios donde se encuentran todas las personas que tienen SIDA; se las mantiene en estos lugares para evitar el contagio al resto de la población, pero creen que se les aísla demasiado. En cambio los enfermos de cáncer son aceptados socialmente. Creen que existe una distancia social con el enfermo de SIDA.

Al hablar de SIDA experimentan diversas sensaciones y emociones. Creen que es importante tomar conciencia de que el SIDA es un tema relevante y que hay que seguir hablando de él.

Al finalizar la conversación, plantean que hace falta un cambio cultural en Chile para que de una vez por todas se aborde el tema del SIDA responsable y efectivamente.

Además plantean que como jóvenes deben ayudar a que este tema se vaya insertando dentro de la comunidad.

En resumen, los estudiantes saben que el SIDA es una enfermedad de transmisión sexual, conocen sus mecanismos de transmisión y modos de prevención, pero creen que la información no basta al momento de enfrentar esta epidemia.

También plantean que actualmente se estigmatiza y se excluye a los enfermos de SIDA; es difícil no discriminarlos cuando el SIDA es una infección que genera tantos temores.

Además, señalan que el hablar de SIDA implica tener que hablar de temas como sexualidad y homosexualidad que aún son tabú en Chile.

Por último, plantean que se ha transformado al SIDA en otro “ente”, no es solamente una enfermedad, sino que es una problemática valórica, ética, psicológica y social.

4.2.1. Caracterización de los contenidos del Grupo Focal, según la categorización de la Teoría de las Representaciones Sociales

A continuación se realizará una transcripción textual de los contenidos de la conversación del grupo focal que hacen mención al objeto social tratado en este estudio, visto desde la perspectiva de las Representaciones Sociales (información, actitud y núcleo figurativo).

Información Acerca del SIDA

a) El SIDA como enfermedad:

* Es una enfermedad de transmisión sexual, que no necesariamente lleva a la muerte, pero a gran cantidad de gente la conduce a la muerte, generándose como bajar las defensas y morir, bueno hay personas que les afecta, pero que solamente portan.

*Es una enfermedad que tiene toda una parte médica conocida; un virus que se yo, un síndrome: conjunto de síntomas que hacen un complejo.

*Es una enfermedad venérea de transmisión sexual mortal, hasta el momento.

*Por un lado lo que uno cree o sabe por ahí, como la parte formal... por ejemplo se sabe que dentro de poco, un par de años más decían que iban a tener la cura.

b) Frente a las formas de prevenir la enfermedad:

*Pareja estable, preservativo, abstinencia ¡qué otra cosa más! esas son las tres, ¿parece?

*Bueno, yo cacho el condón... la pareja única siempre y cuando la otra persona tenga la certeza que no tiene contagio.

c) En relación con los medios de transmisión de la enfermedad:

*Bueno, la transmisión sexual, las jeringas, transfusiones de sangre.. como todo lo que sea intercambio de fluidos entre personas, eso tengo entendido no sé; he escuchado que también es por la saliva, he escuchado de casos de gente que tiene SIDA y ha mordido a otras personas, pero no tengo muy claro si eso conlleva a algún peligro de contagio o no?

*A bueno la otra que creo que ha ido como en aumento es de la mamá al hijo.

*Yo tengo entendido que es solamente la transmisión de sangre, no de cualquier tipo de fluidos.

*Al final es porque cuando tú tienes relaciones sexuales creo que hay una irritación en el pene y se te rompen unos vasos sanguíneos muy pequeños y a la mujer también, entonces, es por el contacto de sangre y no creo que por los fluidos vaginales, no estoy seguro.

*Igual yo tengo entendido que es a través de fluidos en la medida que tenga un contacto con el torrente sanguíneo; el semen del hombre transmitiría en la medida que hay una herida en la vagina de la mujer. Lo decía en el sentido que hay rompimiento y es de sangre a sangre.

*Yo tengo entendido que el virus está presente en todos los fluidos del cuerpo, excepto en la saliva por supuesto.

*A ver, pero y si el sexo oral por ejemplo, se pega o no se pega, no sé.

*Lo que pasa es como cualquier virus está presente en cualquier parte.

*Pero eso del sexo oral, pero el sexo anal creo que es más peligroso incluso.

d) En relación con la atención a los pacientes con SIDA:

*Yo sé que es mala, un tío mío trabaja en el Van Buren y él me cuenta que es uno de los pocos médicos que cambia las jeringas, sueros y esas cosas y drogas. A la gente que tiene SIDA prácticamente no la atienden. Son muy pocos los médicos que están onda ahí dispuestos a manejar una jeringa o cualquier cosa con una persona que tenga SIDA, eso es lo que yo sé.

*En Cuba, tienen a todos los sidosos en un sidario, es como un leprosario, los aíslan, tienen un censo de sidosos. A estos sidosos no los dejan salir, ni mantener relaciones sexuales con otras personas, pero sí dentro del sidario.

Actitud Negativa hacia el SIDA

*De todas maneras igual se estigmatiza, se excluye a la persona... puede ser un cura, pero tiene SIDA cachai.

*Mi actitud es como de temor, el sentimiento mejor dicho es de temor... y como de lejanía, me da la impresión de que fuera una enfermedad como lejana a mi, como que uno la ve en la tele solamente.

*Sii! Yo creo que es poquísima, es pésima -refiriéndose a la información a la cual acceden- los reclames del SIDA chilenos son pésimos.

*Yo me urgiría, me daría lata preguntarle ¿oye tení el examen?

*Estaba pensando que ni siquiera en términos actitudinales no te hablo en términos racionales me cago de miedo, incluso de ir a verme yo, en ese caso me daría más como cuática de pedírselo a otra persona, yo sé que es lo recomendable, sé que es así... pero...

*A mí también me da miedo, si llegas a hacerte el examen es porque tení la posibilidad de tener SIDA o no?

*Por eso si se lo pidiera a una pareja que recién estoy conociendo sería super complicado, onda se va a enojar la mina, me va a mandar a la cresta.

*No creo que ese sea el punto, yo no me considero promiscuo y creo que se lo podría pedir a una persona que la conozco un mes, pero a una persona que apenas conozco, ni cagando.

*Pero si tú estai al lado de un gallo con SIDA igual te da nervio po'.

*Pero si me hablan de SIDA en general y me ponen a mi en una institución llena con gente de SIDA yo no sé, yo no voy a reaccionar así como yuppi! amigos conversemos entre todos cachai, voy a estar igual con cierta renuencia... a estar ahí.

*A mí me daría nervio; porque yo me pudiera contagiar. Temor a que te lo pudieran contagiar por alguna vía y uno sin darse cuenta.

*La manera de controlarlo es no acercarte a ella (a la persona infectada) y tampoco sería agradable. Yo creo que le manifestaría igual un temor y eso igual me daría lata por él; no sé, como que van esas dos cosas, un lado por mí, por el temor a que me vaya a pasar a mí, y por otro también que mis reacciones vayan a hacerlo sentir a él que está siendo en cierta medida excluido, no sé.

*Ah! Ya! yo tengo SIDA, toma Diego querí un vasito, tú sabí que por la saliva no se pega; y no tení na', pero puta! Esa cuestión de... no sé po' te da nervio, si es verdad po' cachai.

*Es un poco brutal encuentro como aislarlos de la comunidad (en relación con los sidarios en Cuba).

*Si bien por ejemplo a mí el tema del SIDA me preocupa, pero siempre me genera un poco de temor hablar, o sea, la palabra SIDA genera emociones y entre ellas el temor.

*Siento con el SIDA un poco de temor también.

Actitud positiva hacia el SIDA

*A pesar de lo mal informados que estamos y todo a través de la tele y otros medios de prensa, es bastante lo que sabemos acerca de prevención y todo.

*Mira quizás si estoy frente a una persona con SIDA, yo creo que voy a tratar de reaccionar lo más normal posible.

*Creo que es muy importante los vínculos que uno pueda tener con esa persona; cuando tú tení a alguien como cercano, como que en vez de darle la espalda, igual lo apoyai.

Núcleo figurativo del SIDA

A continuación se mencionan algunas frases dichas por los estudiantes que hacen mención a la posible imagen que éstos poseen del SIDA.

*El estigma de que está asociado como a algo negativo... está como esta idea de que hay algo malo, oscuro... es como igual una apreciación que cuesta sacarse, por más que uno se convenza de que es una enfermedad no más

*El SIDA es una enfermedad rara.

*El SIDA es algo que hay que tener cuidado porque es peligroso.

*El SIDA implica que la persona que se lo pegó no vai a pensar fue, la mayoría no piensa fue porque pucha, una transfusión de sangre que sé yo cachai, es que anduvo acostándose con más personas y eso es lo que la iglesia no permite.

*Porque hoy en día el SIDA ya no es una enfermedad, o sea, no es el resfrío, sino que el SIDA es ahora como una connotación de alguien extraño, ya se ha construido el SIDA como otro ente, algo malo que posee al hombre y que lo transforma en alguien distinto y hasta malo.

CAPÍTULO V

INTERPRETACIÓN DE LOS RESULTADOS

5.1. Interpretación de los Resultados

A continuación se presenta la interpretación de los resultados a partir de la teoría de las Representaciones Sociales, la que permite por su estructura y procesos describir los contenidos presentes en el campo representacional del objeto social de esta investigación: el SIDA.

Se establece que los jóvenes encuestados poseen los conocimientos teóricos adecuados acerca del SIDA; son capaces de nombrar espontáneamente tanto las medidas de prevención - pareja estable, uso del preservativo y la abstinencia - como los modos de transmisión de esta enfermedad - sexual, madre a hijo, transfusiones y jeringuillas - descritos en las campañas del Ministerio de Salud. Da la impresión que por el hecho de enunciar de memoria dichos conocimientos, manejarían el tema del SIDA sin dificultad; pero en realidad al momento de profundizar lo que ellos saben surgen algunas dudas que, por una parte no son cubiertas por la información disponible y por otra, no es requerida por ellos. Han seleccionado la información necesaria pero incompleta del SIDA, ya que adquirir mayor información sobre el tema está en directa relación con que los jóvenes se perciben libres del riesgo. Creen que por estar insertados en un grupo de pertenencia, comparten también la característica de “estar sanos”, no contagiados; al poseer esa identidad grupal se diferencian de los grupos de riesgo. Además, dicha pertenencia guía la selección de la información.

Identifican como el grupo de más alto riesgo a las personas con muchas parejas sexuales; aquí entran en juego los estereotipos, donde habitualmente se confunde a la mujer que toma la iniciativa en la relación como promiscua. A este le siguen los grupos descritos en el inicio de esta epidemia, es decir, prostitutas, drogadictos y homosexuales. Se observa una vez más, cómo interviene el grupo de referencia en la manera en que actúan, en este caso, discriminando y rechazando a quienes consideran como posibles agentes de contagio.

Los jóvenes son parte de los que discriminan y no quieren pertenecer al grupo de los discriminados; se dan cuenta que el SIDA conlleva a una muerte física y social; además de las implicancias médicas, se suman las psicológicas y sociales, que dejan al individuo a merced de diversas infecciones oportunistas, que lo vuelven débil, temeroso, vulnerable al rechazo y estigma asociados.

Al establecer cualquier tipo de relación sexual, se evalúa negativamente el hecho de pedir el examen del SIDA. Es así como en una relación casual –de una noche en una fiesta- es absurdo siquiera pensar pedirle al otro el examen, porque atentaría contra la espontaneidad del momento y, ante la premura, es casi imposible saber cómo reaccionaría el otro, lo que podría dificultar la concretización de la relación sexual. En el caso de las relaciones con una pareja estable - exclusividad en las relaciones sexuales - existe un compromiso del uno para con el otro basado en la confianza mutua y así el tema del examen queda nuevamente excluido, porque cuestiona y evalúa la conducta sexual del otro, lo que es una ofensa. Este tipo de relación no es garantía para evitar el SIDA, sin embargo, es la principal forma de prevención utilizada.

Finalmente, el examen más que ser un requisito o un retardo para la consumación del acto sexual, es una toma de conciencia del riesgo de contagio del SIDA. Cuando se

comprende que a partir de un contacto sexual se puede adquirir el virus, enfermar y sin remedio fallecer, se desvanece la falsa idea de seguridad que los ha mantenido tranquilos y ha hecho sentir invulnerables.

En ambas situaciones no toman las medidas preventivas adecuadas, consideran la relación sexual como espontánea y no planificada. No obstante, reconocen que existe una diferencia entre las relaciones casuales y las estables, con respecto al grado de compromiso afectivo. Esta es la realidad social que comparten como grupo al relacionarse sexualmente y es así como dirigen su actuar.

Ahora bien, la reacción que puedan tener ante un enfermo de SIDA dependerá, tanto del tipo de vínculo establecido previamente con el enfermo, como con el grado de conocimiento que se tenga de la enfermedad. Por una parte si el enfermo fuese un miembro de la familia sería más fácil aceptarlo, pero esto no implica que el temor al contagio desaparezca. Por otra parte, si esto ocurre en las relaciones interpersonales no familiares, se observa que, mientras más estrechas son las relaciones interpersonales con el enfermo, menor es el grado de aceptación de éste. La valoración negativa hacia el SIDA puede modificarse por el grado de conocimiento y cercanía con una persona afectada. A mayor interacción con una persona enferma o contagiada, más conocida se hace la enfermedad; por lo tanto, se lograría un cambio en la valoración de ésta.

Entonces, es preferible esconder a los infectados y enfermos de SIDA en sidarios, y de esta forma mantenerlos reprimidos en el recuerdo de nuestras mentes, porque se ha personificado en ellos el temor a lo desconocido, a lo que no podemos manejar o controlar; es mejor no conocer la verdad acerca de la transmisión de esta enfermedad, así como tampoco de la propia condición de contagio ni la de sus parejas sexuales.

CAPÍTULO VI

CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

6.1 Conclusiones

De la interpretación de los datos se concluye que los Estudiantes del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso poseen una Representación Social del SIDA, la cual se fundamenta en un conocimiento parcializado y estigmatizado de la enfermedad arraigado en el rechazo del estilo de vida de los grupos de riesgo iniciales de la epidemia (prostitutas, drogadictos y homosexuales). Lo anterior, conlleva una falta de conciencia de riesgo por parte de la población heterosexual sexualmente activa, quienes no adoptan las medidas de prevención adecuadas. Con esto, se cumple con el objetivo general de esta investigación.

Respecto al primer objetivo específico, el grado de información sobre el SIDA, se observó que los estudiantes poseen la información difundida por el Ministerio de Salud, la cual se restringe a los medios de transmisión y prevención del contagio del VIH. Esta información es adecuada pero insuficiente para erradicar las dudas que presentan los estudiantes al momento de llevarla a la práctica. Ahora bien, las concepciones ideológicas del grupo de pertenencia de los estudiantes inciden en la selección de la información que será asimilada por el grupo, a la vez que guiará la acomodación de su contenido de modo que este ajuste sea funcional.

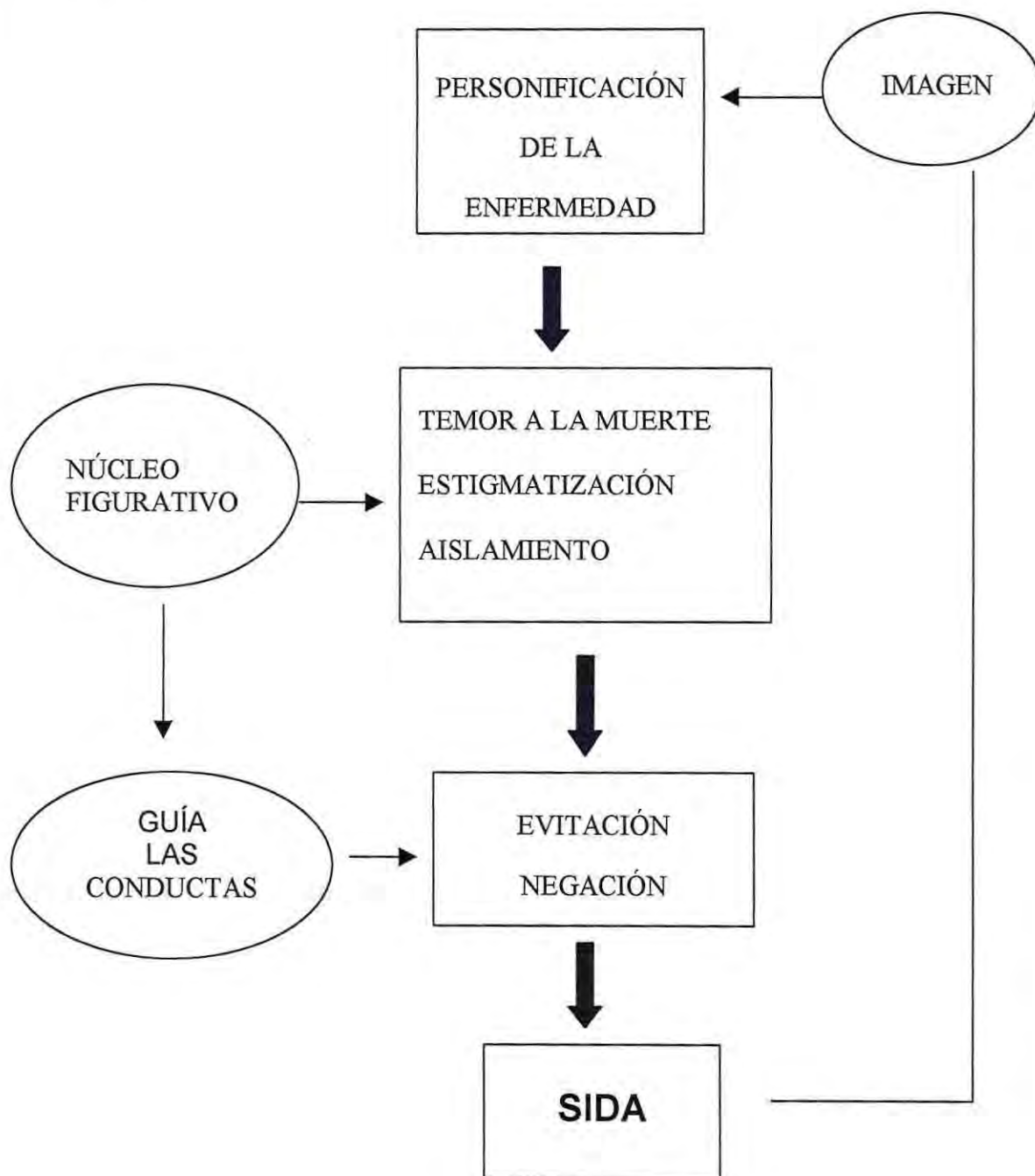
Se describe como segundo objetivo específico, la actitud predominante en la muestra, una valoración negativa del SIDA. Esta enfermedad genera miedo, por lo que intentan alejarla de su realidad. Los estudiantes presentan rechazo hacia los enfermos de SIDA el

cual se basa en prejuicios que apuntan a los grupos de riesgo del inicio de la epidemia. Así, se aísla a los enfermos que sufren una muerte social primero, antes que la física.

La valoración negativa hacia el SIDA puede modificarse por el grado de conocimiento y cercanía con una persona afectada.

Al delimitar el tercer objetivo específico, se observa cómo el núcleo figurativo se estructura a partir de los conocimientos y de las actitudes que poseen los estudiantes, siendo capaces de condensar en la imagen de un enfermo terminal sufriente y aislado, el temor a ser marginado, rechazado y discriminado.

El siguiente esquema del Campo Representacional pretende dar una ordenación de la Representación Social del SIDA de los Estudiantes del Área de la Salud de la Universidad de Valparaíso:



En el Campo Representacional observado en los Estudiantes del Área de la Salud, se describe una jerarquización de las ideas, comportamientos y actitudes que surgen a partir de la imagen personificada de un enfermo de SIDA.

Esta imagen produce tal *temor* que impacta en el comportamiento de los estudiantes, los cuales niegan el hecho de estar en riesgo al relacionarse sexualmente con otros e incluso niegan la enfermedad y su naturaleza silenciosa; ya que entre el momento de la infección y la aparición de los síntomas, existe un período de latencia que puede tardar años. Además, al creer que pueden reconocer a un infectado por su apariencia física, evitan a quiénes creen pueden ser peligrosos. Tanto la negación como la evitación en sus conductas, les impiden protegerse del SIDA adecuadamente.

Ahora bien, el SIDA -y todas sus repercusiones- se vincula a dimensiones importantes de la vida de todo ser humano como son la sexualidad, el compromiso afectivo y la muerte. Por lo tanto, la imagen y las emociones que sustentan la Representación Social del SIDA, se comprenden desde su impacto como epidemia mundial.

Finalmente, si se logra hacer cotidiana la enfermedad y se establece una relación directa con la persona afectada se logrará un cambio en la manera de percibir el SIDA, entonces, la connotación negativa podría hacerse positiva. De esta manera, se comenzaría a ver al enfermo como una persona libre de estigmatización.

6.2. Discusión

En la investigación de las Representaciones Sociales del SIDA surge la necesidad de comprender lo abstracto del concepto; a través de las descripciones observables de la realidad acerca de un objeto social, es posible redefinir varias nociones las que se ven involucradas en un proceso dinámico por encontrarse en la conversación social, lo que forma una unidad funcional desde la cual los actores de un grupo guían sus acciones frente al objeto social del SIDA. Dicha redefinición de conceptos provocó la demora en la realización del análisis de contenido del grupo focal, ya que al analizar el material obtenido hubo que dejar atrás los conceptos ya internalizados desde la perspectiva psicológica y tratarlos desde la social.

Al usar una metodología cuanti-cualitativa se logra una visión más global del fenómeno del SIDA, debido a lo descriptivo del cuestionario y lo inferencial del grupo focal. El análisis de contenido ofreció no solo respuesta a las preguntas sino que además logró explicitar aspectos que no estaban contemplados.

Ahora bien, sin desmerecer el aporte del cuestionario, que fue más bien un apoyo confirmatorio de la información que los estudiantes manejan del SIDA y su actitud hacia éste. Sin embargo, se denota la necesidad de revisar y reformular el cuestionario utilizado, ya que se encuentra descontextualizado a la realidad de Chile, y apunta a aspectos referidos a la población de riesgo inicial en la epidemia reforzando la discriminación e identificación del peligro de contagio con ellos. Además, surgieron dudas por parte de los encuestados debido a la ambigüedad de ciertos enunciados del cuestionario tales como: “se ha encontrado Ud. o se ha contactado alguna vez con un/a ...” los estudiantes plantearon a qué tipo de contacto se refiere la pregunta. También, se planteó la falta de

alternativas como “no sé”, pues muchos comentaban que posiblemente han tenido algún tipo de contacto con personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo, pero que no saben abiertamente que lo sean o no. Por último, algunos alumnos acotaron el hecho de no existir un ítem de orientación sexual que incluyera la diversidad de preferencias, sólo se pregunta sexo biológico, es decir, hombre o mujer.

A través de este estudio se logró observar la dificultad para describir y explicar las Representaciones Sociales que posee un grupo de personas sobre un objeto social, es de nuestra consideración que futuros estudios sobre Representaciones Sociales del SIDA se centren en la recopilación de datos, a través de técnicas cualitativas, pues ofrecen mejor y mayor información que responde de sobremanera a la naturaleza de las Representaciones Sociales; sin olvidar tampoco el apoyo obtenido con técnicas cuantitativas.

Es importante destacar que los resultados obtenidos en este estudio no presentan diferencias significativas respecto de las actitudes de rechazo hacia los enfermos de SIDA encontrados en otras investigaciones. Se plantea la interrogante de cuál es la causa de este rechazo partiendo de la base que este grupo posee mayor información suficiente sobre SIDA que la población en general.

Además, es de interés conocer las Representaciones Sociales de todo grupo de personas, tanto estudiantes como profesionales de diversas áreas, ya que es necesario enfatizar que el SIDA afecta a todo grupo e institución social.

Cabe preguntarse por el 15% de la muestra que respondió el cuestionario presentando conocimientos y actitudes diferentes a la mayoría de los estudiantes. Al parecer, los que manejan menor información sobre las vías de transmisión presentan una actitud positiva frente a las personas con SIDA, pero no queda claro cuál es la actitud al tener mayor información sobre la enfermedad.

Además, algunos de ellos muestran medidas de prevención derivadas de las tipologías que poseen de los enfermos de SIDA. De modo que, los que poseen una tipología específica de grupo de riesgo, presentan medidas de prevención extremas.

Así mismo, sería interesante poder desarrollar una metodología que permita detectar la Representación Social que poseen grupos diferentes a la media, ya que en este caso, este grupo no contestó las preguntas directamente relacionadas con la actitud hacia los grupos de riesgo. Por lo tanto, no se puede afirmar su participación en la Representación Social del SIDA de la mayoría de los encuestados.

Por último, una Representación Social tiene a la base un núcleo figurativo y un componente actitudinal que guía los comportamientos de quienes la poseen. En el caso del SIDA, se requiere de un cambio en el núcleo figurativo -el portador de la imagen del enfermo terminal de SIDA, aislado, temeroso y estigmatizado- y para ello se necesita una serie de modificaciones a nivel de toda organización.

A modo de propuesta se presentan los siguientes elementos posibles de ser incluidos en un futuro programa de educación dirigido a los estudiantes del área de la salud en primera instancia, y que luego se incluyan en otras carreras. Se propone focalizar el programa en los siguientes puntos: facilitar información clara y específica del riesgo real que conlleva el tratamiento de pacientes con SIDA a través de charlas, testimonios, boletines, artículos, etc.; trabajar las reacciones emocionales y actitudes de los estudiantes, aprendiendo a diferenciar los temores irracionales de los racionales a través de dinámicas grupales, foros y rol playing; proveer de recursos técnicos y psicológicos a través de entrenamiento en técnicas de asesoramiento, resolución de problemas, intervención en crisis, etc.; además de facilitar a los alumnos técnicas de cohesión de grupo.

De todo lo anterior, se desprende la necesidad de continuar investigando el fenómeno del SIDA, desde un enfoque multidisciplinario para el bien de los afectados y la comunidad.

BIBLIOGRAFÍA

ALVAREZ, M. Y COLS. (1980). Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, Fundamentos Básicos y Clínica. Santiago: Ediciones UC.

ARRANZ, P. (1992). Predicción del grado de conocimiento sobre el VIH/SIDA de los estudiantes de Medicina y Enfermería y su resistencia a trabajar con paciente con SIDA. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 3(2), 91.

BASABE, N., PAEZ, D., USIETO, R., PAICHELER, H. Y DESCHAMPS, J.C. (1997) El desafío Social del SIDA. Madrid: Fundamentos.

BAYES, R. (1992). Análisis funcional de la transmisión heterosexual del VIH. Publicaciones oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 3(3), 117-118.

BAYES, R. (1998). Efecto de las pérdidas sufridas a consecuencia del SIDA y de la enfermedad asociada al VIH sobre la angustia psicológica en los varones homosexuales: un estudio longitudinal de 7 años de duración, 1985-1991. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 4(6), 367,368.

BAYES, R. (1996). Organización de las actitudes relacionadas con el VIH/SIDA y factores predictivos de actitudes. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 3(6), 319-321.

BLANCO, A. Y COLS. (1994). Percepción de riesgo versus sentimiento de invulnerabilidad y conductas de prevención frente al SIDA, Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 5(3), 161.

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO TRIMESTRAL. (1997, Diciembre). CONASIDA, 3. Ministerio de Salud.

BOLETIN EPIDEMIOLOGICO TRIMESTRAL (1998, Junio). CONASIDA 5, Ministerio de Salud.

CAMPOS, M. (1985). Concepto de autocuidado y el profesional de la salud en su rol de educador. Revista de Educación Para el Autocuidado, 2(8), 12-21.

CARRASCO, L. (1996). El Virus del Sida, Un desafío pendiente. Madrid: Helice.

CASTRODEZA, J.J. Y COLS. (1992). Encuesta de SIDA a estudiantes de Medicina de Valladolid. Conocimientos sobre mecanismos de transmisión en la infección VIH/SIDA. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 3(3), 161.

CONVERSEMOS SOBRE SIDA. (sin fecha). CONASIDA, Ministerio de Salud.

CRIVINSQUI, E.(1997). Seminario: Introducción al Análisis Multivariado en Ciencias Sociales. PRESTA: Concepción Chile.

DIÁZ, C.; NAVARRO, P.(1995). Análisis de Contenido. En: J. DELGADO, y J. GUTIERREZ,: Métodos y técnicas de investigación en Ciencias Sociales. Madrid: Editorial Síntesis S.A., 177-224.

DI GIACOMO, J.P. (1998). En V. Aguayo, D. Vega y K. Zamora: Género en los adolescentes de hoy: un estudio de Representaciones Sociales en una población de adolescentes secundarios de Establecimientos Educativos, de Valparaíso y Viña del Mar. Universidad de Valparaíso.

ELEJABARRIETA, F.(1994). Las Representaciones Sociales. En A. Echevarría. Psicología Social Sociocognitiva. España: Descleé de Bouver, 257-273.

FARR, R. (1986). Las Representaciones Sociales. En S. Moscovici: Psicología Social II Barcelona: Paidós, 495-505.

FINEBERG, H.(1988). The Social Dimensions of AIDS. Scientific American. 259(4), 106-12.

FRONTERA, L. (1995). Argentina: País HIV. Argentina: Galerna.

GALA LEON, F. Y COLS. (1994). Prejuicios hacia SIDA entre profesionales de enfermería (PE). Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 5(3), 162.

GOIC, A.(1993). Rol y Responsabilidad de las Profesiones en el Acto Médico y las Acciones de Salud. Revista Médica. 121(1),89-93.

- HERNANDEZ, R. (1991). Metodología de la Investigación. Santiago: Mc Graw-Hill.
- IBAÑEZ, T. (1988). La Ideología de la Vida Cotidiana. Barcelona: Sendai.
- JODELET, D. (1986). La Representación Social: fenómeno, concepto y teoría. En S. Moscovici, Psicología Social II, Barcelona: Paidós, 469-494.
- KORNBLIT, A.L. Y COLS. (1997). Y el SIDA está entre nosotros. Argentina: Corregidor.
- KRIPPENDORFF, K. (1990). Metodología de Análisis de Contenido: Teoría y Práctica. Barcelona: Ediciones Paidós, Ibérica S.A.
- LOPEZ, F. (1995). Sexualidad, salud y cultura: el caso del SIDA. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 6(3), 239-241.
- MACKS, J. (1987). Meeting the Psychosocial Needs of People with AIDS. En: FIMBRES, M.; LEUKEFELD, C. Responding to AIDS: Psychosocial Initiatives. National Association of Social Workers, Inc. Library of Congress. U.S.A, 25-38.
- MANUAL DE INFORMACIÓN PARA LA EDUCACIÓN. SIDA. (1994). CONASIDA. Ministerio de Salud.
- MARTÍNEZ, M. y GARCÍA, M. (1992): Técnicas y procedimientos para el estudio de las representaciones sociales. En M. Clemente: Psicología Social. Métodos y Técnicas de Investigación, Madrid: Eudema S.A, 390-400.
- MASTERS, W. Y JOHNSON, V. (1998). El sexo en los tiempos del Sida. Barcelona: Ediciones B., S.A.
- McKILLIP (1998). En V. Aguayo, D. Vega y C. Zamora: Género en los adolescentes de hoy: un estudio de Representaciones Sociales en una población de adolescentes secundarios de establecimientos educacionales de Valparaíso y Viña del Mar. Universidad de Valparaíso.

MINISTERIO DE SANIDAD Y CONSUMO DE ESPAÑA, PLAN NACIONAL SOBRE EL SIDA (Dic.88-En.89). Actitudes Sociales ante el SIDA entre el colectivo de trabajadores en salud. Madrid: Neografis.

MONTAGNIER, L.(1993) Manual sin título del Instituto Pasteur. Asociación SIDA-STUDI. Sant Pere més Alt, 17 baixos, 08003 Barcelona. Primera edición en castellano.

MOSCOVICI, S. (1979). El Psicoanálisis, su imagen y su público. Buenos Aires: Huemul.

NAJERA, P. (1996). Comunicación sobre el SIDA: ¿qué predice las decisiones de los profesionales sanitarios?. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA 7(5), 312-313.

PÁEZ, D. (1987). Características, funciones y proceso de formación de las representaciones sociales. En D. Páez: Pensamiento, individuo y sociedad; cognición y representación social, Madrid: Fundamentos,297-317.

PÁEZ, D., SAN JUAN, C., ROMOP, I.Y VERGARA, A. (1991). SIDA, imagen y prevención. Madrid: Fundamentos.

PÁEZ, D. Y COLS. (1992). Actitudes, creencias y previsión de la transmisión heterosexual del SIDA. . Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 3(3), 119-120.

PÁEZ, D., UBILLOS, S. Y PAICHELER, H. Representaciones sociales del SIDA: una revisión empírica y teórica. . Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, Tercer volumen de la serie Avances en Sida, 58-65.

PAICHELER, G.: Society Facing AIDS. Current Sociology. 40(3) 1992, 11-23.

PETRACI, M. (1994). Feliz posteridad. Argentina: Letra Buena.

PIZARRO, M. Y COLS. (1992). Cambio de creencias, actitudes y conductas sexuales en adolescentes y prevención del SIDA. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 6(3), 180-181.

REICHARDT, CH. Y COOK, D. (1986). Hacia una superación del enfrentamiento entre los métodos cualitativos y los cuantitativos. En D. Cook y Ch. Reichardt: Metodología Cualitativa y Cuantitativa en Investigación Evaluativa, Madrid: Morata, 25-55.

REPRESENTACIONES SOCIALES DEL SIDA: Estudio Exploratorio sobre una muestra de Funcionarios de Salud del Servicio Metropolitano Sur de Santiago, Barrientos, y Morales, A. Escuela de Psicología de la Universidad Diego Portales, 1996.

REYES, M.(1990). Aspectos Psicológicos en el paciente con Inmuno Deficiencia Adquirida. Revista de Educación Para el Autoconocimiento en Salud, 7(5), 20-21).

SANCHEZ, F. Y PENIN, M. (1992). Categorización de la enfermedad. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 3(3),161.

SANCHEZ, F. Y BLANCO, A. (1993). Una aproximación funcional al entendimiento de las actitudes hacia las víctimas del Sida. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 4(1), 30.

SANCHEZ, F., PÁEZ, D Y SASTRE, J. (1995). Amor, sexualidad y prevención ante el SIDA. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 6(3), 180-181.

SARABIA, B. (1996). Actitudes hacia la gente con VIH: ¿están realmente tan marginados como creen estar?. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 7(2), 95.

SASTRE, J. (1993). Actitudes, representaciones sociales y prevención en el caso del SIDA. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 4(1), 29.

SASTRE, J. (1993). Creencias sobre el contagio mágico y el miedo al SIDA. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 4(6), 367-368.

SELWYN, P. (1996). HIV therapy in the real world. AIDS, 10(13),1591-1593.

SOLDEVILLA, L.C. (1992). ¿Cuándo aprenderán? Gente joven, promoción de la salud investigación social del VIH/SIDA. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 3(4),226-227.

SOLDEVILLA, L.C. (1992). Determinantes de las actitudes de los trabajadores sanitarios hacia las personas con SIDA. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 3(7),358-359.

SOLDEVILLA, L.C. (1993). ¿Para quién es justo este mundo?: Orientación sexual y SIDA Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 4(2),81.

UBILLOS, S.Y PÁEZ, D. (1992). Patrones sexuales y prevención del SIDA: variaciones en el seguimiento de las normas para un sexo más seguro entre los adolescentes heterosexuales. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 3(9),454-455.

UBILLOS, S. Y PÁEZ, D. (1994) Representaciones Sociales del SIDA y actitudes con respecto a las personas seropositivas. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 5(1),455.

UBILLOS, S. Y PÁEZ, D. (1997) Representaciones Sociales del SIDA y percepción de las categorías sociales de riesgo. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 8(8),592.

UBILLOS, S. Y PÁEZ, D. (1997) Estigma asociado al SIDA: Un metanálisis. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 8(10),697.

USIETO, R. (1992) La transmisión heterosexual de VIH, y los procesos de marginación social. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 3(3),117.

VALPARAÍSO, SEGUNDO EN NÚMERO DE ENFERMOS DEL SIDA. (1997, 27 de noviembre). El Expreso, 6.

VERGARA, A. Y PÁEZ, D. (1992) Imágenes en torno al Sida y su contagio en la prostitución callejera. Publicaciones Oficiales del Servicio Español Interdisciplinario de SIDA, 3(4),223.

VIDAL, W. (1995). Normas de estilo y formato para la presentación de Tesis de Grado. Escuela de Psicología, Universidad de Valparaíso.

VIVANCO, M. (1994). Análisis estadístico de datos mediante computador. Santiago: Bravo y Allende Editores.

ANEXOS

ANEXO N°1

PROTOCOLO DEL GRUPO FOCAL

Las siguientes son las preguntas dirigidas al grupo seleccionado:

- 1.- ¿Qué es el SIDA?
- 2.- ¿Qué medidas de prevención conocen?
- 3.- ¿Cuáles son los mecanismos de transmisión del SIDA?
- 4.- ¿Conocen a alguien que tenga SIDA ?
- 5.- ¿Cómo creen que es la atención de los pacientes con SIDA en Chile?
- 6.- ¿Qué sienten al hablar de SIDA?

ANEXO N°2

CUESTIONARIO

1. De acuerdo a lo que Ud. conoce y piensa, las principales causas del SIDA serían:

- a) La marginación social (existencia de grupos marginales, personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo, drogadictos/as, personas que ejercen el comercio sexual, delincuentes, etc.

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

- b) La falta de defensas del organismo

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

- c) Los vicios, la degeneración humana y el exceso de libertad.

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

- d) El desarrollo de la sociedad moderna industrial, la contaminación y el alejamiento de lo natural.

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

- e) Por contagio y transmisión.

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

2. Principalmente, ¿A quiénes afecta el SIDA?.

- a) A Personas que tienen relaciones sexuales con otras personas del mismo sexo.

Nada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Mucho

- b) A personas que usan drogas intravenosas.

Nada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Mucho

- c) A personas que ejercen el comercio sexual (tanto mujeres como hombres).

Nada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Mucho

d) A personas que tienen muchas parejas sexuales.

Nada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Mucho

e) A hemofílicos

Nada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Mucho

f) A gente de dinero, artistas, y famosos.

Nada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Mucho

g) A todos en general.

Nada

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Mucho

3. ¿Cuál de las siguientes vías es capaz de transmitir el VIH? (Si=1; no=0)

- Saliva _____
- Sangre _____
- Lágrimas _____
- Picaduras de mosquitos _____
- Cepillos de dientes _____
- Jeringuillas _____
- Semen _____
- Hojas de afeitar _____

4. ¿Qué grado de riesgo de adquirir el VIH se atribuye Ud. mismo?

Ningún riesgo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

 Mucho riesgo

5. ¿Qué sentimiento o sensación interna le produce el SIDA?

Repulsión

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Atracción

Indiferencia

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Preocupación

Positivo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Negativo

Miedo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 Confianza

6. ¿Qué haría Ud. si un miembro de su grupo de amigos/as estuviera afectado/a por el SIDA? (marque con un X la/s que corresponda/n).

- No mantendrá ningún contacto con él/ella _____
- No le hablaría _____
- No le tocaría _____
- Intentaría ayudarle de algún modo _____
- Le compadecería _____
- Le aislaría _____
- No haría nada especial _____
- No sé _____

7. ¿Qué riesgo cree Ud. que existe para las personas que viven con un enfermo de SIDA?

Ningún riesgo

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Mucho riesgo

8. ¿Aceptaría Ud. a un enfermo de SIDA como...

- | | SI | NO |
|--------------------------|----|----|
| - Vecino/a | — | — |
| - Compañero/a de trabajo | — | — |
| - Amigo/a personal | — | — |
| - Compañero/a de casa | — | — |
| - Yerno o nuera | — | — |

9. ¿Cuál de las siguientes medidas de precaución tomaría Ud. si creyera o supiera que su pareja está infectada con el VIH? (Marque con una X sobre la raya. Puede marcar más de una si lo cree necesario).

- No mantendría ningún tipo de relación sexual _____
- Mantendría relaciones sexuales sin llegar al coito _____
- Utilizaría cualquier tipo de anticonceptivos _____
- Utilizaría preservativos _____
- No haría nada _____
- No sé _____

10. ¿Qué medidas preventivas toma Ud. para evitar el contagio del SIDA? (marque con una x sobre la raya.) Puede marcar más de un si Ud. lo cree necesario.

- Uso anticonceptivo _____
- Uso preservativos _____
- No tengo relaciones sexuales _____
- No comparto jeringuillas _____

- Mantengo relaciones sexuales con una sola pareja de manera estable
- No frecuento lugares habituales de personas que, tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo, drogadictos/as, y personas que ejercen el comercio sexual.
- Evito los contactos con gente que sospecho que pueda tener SIDA
- No comparto el mismo cigarrillo
- No bebo del mismo vaso que otra persona

11.

- a) ¿Se ha encontrado Ud. o se ha contactado alguna vez con un/a:
- | | SI | NO |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Persona que tiene relaciones sexuales con otra del mismo sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drogadicto/a intravenoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- b) ¿Ha tenido Ud. disputa o pelea con un/a:
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Persona que tiene relaciones sexuales con otra del mismo sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drogadicto/a intravenoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- c) ¿Visita Ud. algún/a:
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Persona que tiene relaciones sexuales con otra del mismo sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drogadicto/a intravenoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- d) ¿Le visita a Ud. algún/a:
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Persona que tiene relaciones sexuales con otra del mismo sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drogadicto/a intravenoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
- e) ¿Ha tenido algún contacto íntimo de tipo no sexual con un/a:
- | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|
| Persona que tiene relaciones sexuales con otra del mismo sexo | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Drogadicto/a intravenoso | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

f) ¿Ha tenido algún contacto íntimo de tipo sexual con un/a:

Persona que tiene relaciones sexuales
con otra del mismo sexo

— —

Drogadicto/a intravenoso

— —

g) ¿Ha realizado Ud. algún tipo de actividad con un/a:

SI NO

Persona que tiene relaciones sexuales
con otra del mismo sexo

Deporte

— —

Hobby

— —

Ayudarle

— —

Otras

— —

Drogadicto/a intravenoso

Deporte

— —

Hobby

— —

Ayudarle

— —

Otras

— —

12. Dé su impresión general sobre:

(0 – 50 Desfavorable/ 51 – 100 Favorable)

PUNTUACIÓN

- Personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo
- Drogadicto/a intravenosa

—

—

13.

a) ¿Ha tenido Ud. el impulso de mantenerse distante de..

Personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

En Acuerdo

Drogadicto/a intravenosa

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

En Acuerdo

b) ¿Ha tenido Ud. el impulso de tener contacto con...

Personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

Drogadicto/a intravenosa

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

c)¿Ha sentido Ud. el impulso de agredir físicamente a...

Personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

Drogadicto/a intravenosa

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

d)¿Ha sentido Ud. el impulso de ayudar a ...

Personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

Drogadicto/a intravenosa

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

e)¿Ha sentido Ud. el impulso de atacar verbalmente a...

Personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

Drogadicto/a intravenosa

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

f)¿Ha sentido Ud. el impulso de conversar con ...

Personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

Drogadicto/a intravenosa

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

g)¿Ha deseado Ud. que las/los se vayan del barrio, población, país?.

Personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

Drogadicto/a intravenosa

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

h)¿Ha deseado Ud. que las/los estén en su barrio, población, país?.

Personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

Drogadicto/a intravenosa

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

i)¿ Se ha dirigido mentalmente de manera hostil con pensamientos como “¡por que no se mueren?” , “¡Qué asco!” , aunque sin decirlo abiertamente a ...

Personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

Drogadicto/a intravenosa

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

j)¿Se ha dirigido mentalmente de manera positiva a...

Personas que tienen relaciones sexuales con otras del mismo sexo

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

Drogadicto/a intravenosa

En Desacuerdo

1	2	3	4	5	6	7
---	---	---	---	---	---	---

 En Acuerdo

14. Sexo

Hombre _____

Mujer _____

15. Edad _____

16. Carrera

. Servicio Social _____

. Medicina _____

. Psicología _____

. Enfermería y Obstetricia _____